

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE – PPGENSAU
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL

EVELINE RODRIGUES

**O CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2014

EVELINE RODRIGUES

**O CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção de título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof Dr. Marcelo Zulbaram Goldani

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Rodrigues, Eveline
O CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE / Eveline
Rodrigues. -- 2014.
130 f.

Orientador: Marcelo Zulbaram Goldani.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-
RS, 2014.

1. Saúde Pública. 2. Atenção Primária a Saúde. 3.
Saúde da Família. 4. Tuberculose. 5. Descentralização.
I. Zulbaram Goldani, Marcelo, orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Eveline Rodrigues, com ingresso em 31/08/2012

Título: **O CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Zubaran Goldani

Data: 30/08/2014

Horário: 14:00

Local: FAMED

<u>Banca Examinadora</u>	<u>Origem</u>
Roger Dos Santos Rosa	UFRGS
Norma Regina Marzola	UFRGS
Vânia Celina Dezoti Micheletti	SES

Porto Alegre, 30 de agosto de 2014.

<u>Membros</u>	<u>Assinatura</u>	<u>Conceito</u>	<u>Indicação de Voto de Louvor</u>
Roger Dos Santos Rosa		Aprovado	-
Norma Regina Marzola		Aprovado	-
Vânia Celina Dezoti Micheletti		Aprovado	-

Conceito Geral da Banca: () Correções solicitadas: (X) Sim () Não

Indicação de Voto de Louvor: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio e incentivo aos meus sonhos desde 1985.

Ao meu marido que está sempre ao meu lado acreditando em minhas escolhas.

À Enfermeira Cleusa, querida colega e amiga, que contribui para que fosse despertada em mim a paixão por trabalhar na área da Tisiologia e com usuário acometido por Tuberculose.

À equipe da GD LENO, colegas e amigos que me apoiaram minha formação e viabilizaram este mestrado.

À Rosane Terezinha Baltazar pelo incentivo no início desta caminhada.

Aos profissionais de Saúde da GD LENO, colegas dedicados que deram contribuições muito ricas para que essa pesquisa fosse desenvolvida.

Ao PPG Mestrado ensino na saúde, colegas e discentes. À Walcy, secretária do curso; ao meu orientador Marcelo Goldani e especialmente à Professora Carmen e ao Professor Manfroij, idealizadores do sonho em constituir o PPG Mestrado ensino na saúde.

Dedico este trabalho aos usuários do Sistema Único de Saúde e trabalhadores da Atenção Básica: eles acreditam, trabalham e enfrentam dificuldades, mas permanecem convictos na efetivação de políticas públicas de qualidade.

RESUMO

Porto Alegre é 2ª Capital brasileira com maior taxa de incidência de Tuberculose em nível nacional. Apesar de investimentos do Município, o índice de cura diminuiu, e aumentou o abandono do tratamento, segundo relatório de gestão do Município de 2013. O Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias nacionais que objetivam possibilitar o controle da tuberculose no país. Uma dessas é a descentralização do tratamento que corresponde ao meu contexto atual de trabalho. No ano de 2013, no município de Porto Alegre, as gerências distritais estiveram em processo de descentralização do tratamento da Tuberculose, assim, os usuários não farão seu tratamento no centro de referência e sim em sua Unidade de Saúde da Família. Todos os profissionais passaram por capacitações teóricas desencadeadas pela área técnica da Pneumologia, que ocorreram de forma descentralizada por gerências. Frente a esta importante mudança do processo de trabalho, em que as Estratégias de Saúde da Família assumiram o tratamento e cuidado do usuário com tuberculose, bem como a complexidade do tratamento da doença - relacionada com determinantes sociais, aspectos culturais, tratamento clínico prolongado, discriminação, necessidade de articulação de redes - fez-se necessário contextualizar essas questões e identificar os nós que permeiam neste contexto. Neste sentido, o presente trabalho, que se caracteriza por uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo, teve como objetivo analisar o processo de descentralização do Tratamento da Tuberculose em uma gerência distrital da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre no período de 2013 a 2014. Os trabalhadores elencaram os nós que permeiam esta mudança do processo de trabalho bem como aspectos positivos da descentralização e sugestões para as intervenções pedagógicas. Pretende-se que, com o resultado da pesquisa, possa ser desenvolvidas propostas de reorganização dos processos de trabalho relacionado ao atendimento ao usuário com tuberculose e pensada a cogestão dos coletivos.

Palavras-chave: Saúde Pública. Atenção Primária a Saúde. Saúde da Família. Tuberculose.

ABSTRACT

Porto Alegre has the second highest tuberculosis index among the Brazilian capitals. Despite investments from the government, the number of cured people has decreased while the number of people abandoning treatment has increased, according to an official report from 2013. The government's Health Department has been developing national strategies with the goal of controlling the incidence of TB in the country. One of these strategies is the decentralization of treatment, which corresponds to my actual work. During 2013 in Porto Alegre the district managers were in the process of decentralization of the treatment of TB, so the users would not get their treatment from their reference health centers anymore, but from their Family Health Units. All the professionals involved did a Pneumology technical-theoretical training. This important change means that the Family Health Strategies took on the care of people with TB, and also the complexity of the treatment – related to social determinants, cultural aspects, prolonged clinical treatment, prejudice, and the need for the Units to be better articulated. Because of all that, it was necessary to study these issues and identify what happens in this context. This descriptive, qualitative and exploratory research had the goal of analyzing the process of decentralization of the treatment of TB in one of the district management centers of the Municipal Department of Health of Porto Alegre during 2013/2014. The employees talked about the problems which permeate this change, and also about the positive aspects of the decentralization. They also give suggestions for pedagogical interventions. The results of this research will hopefully help develop new proposals for the organization of the processes related to care of patients with TB.

Keywords: Public Health. Primary health care. Family Health. Tuberculosis.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS - Atenção primária a Saúde
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
ASSEPLA – Assessoria de Planejamento
AT – Área Técnica
BCG – Bacilus Calmette Guerin
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CADWEB - Sistema Cadastro Único
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CGAPSES – Coordenação Geral de Atenção Primária a Saúde e Serviços Especializados e Substitutivos
CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNCT – comissão Nacional de Controle à Tuberculose
CNPS – Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
CGAPSES – Coordenação Geral de Atenção Primária e Serviços Especializados e Substitutivos
CR – Centro de Referência
CRPHF – Centro de Referência Professor Hélio Fraga
CRTB – Centro de Referência em Tuberculose
DOTS – Directly Observed Therapy Short-Course
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EB – Esquema Básico
EC – Educação Continuada
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GD – Gerência Distrital
GEAF – Gerência de Acompanhamento Funcional
GIQ – Gratificação por Incentivo e Qualidade
HIV – Vírus Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
ILTB – Infecção Latente por Tuberculose
IMESF – Instituto Municipal de estratégia de Saúde da Família
LENO – Leste/ Nordeste
MDR – Multi Droga Resistente
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEB – Norte Eixo Baltasar
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PCAT- Primary Care Assessment Tool
PCT – Programa de Controle à Tuberculose
PET- Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria de Acesso a Qualidade da Atenção Básica
PMPA- Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PMS- Plano Municipal de Saúde
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PNCT- Programa Nacional de Controle à Tuberculose
PPD- Purified Protein Derivative
PSF – Programa de Saúde da Família
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RD – Redução de Danos
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SIMPA – Sindicato dos Municipários de Porto Alegre
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG – Sistema de Regulação

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TB – Tuberculose

TBDR – Tratamento Tuberculose droga resistente

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO- Tratamento Diretamente Observado

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organograma extraído do Relatório de Gestão 2013.	37
Gráfico 1 – Quadro Funcional ESF GD Leno	42
GRÁFICO 2 – Identificação do Sintomático Respiratório 2012 – 2013 Distrito Leste...46	
GRÁFICO 3 – Identificação do Sintomático Respiratório 2012 – 2013 DISTRITO NORDESTE.....	46
Gráfico 4 – Tratamento da Tuberculose CRTB GD LENO	47
Gráfico 5 – Série Histórica de Encerramento dos Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, em residentes de Porto Alegre, no período de 2001 a 2012.....	50
Gráfico 6 – Diagnóstico de 80% dos casos novos estimados de tuberculose.....	51
Gráfico 7 – Fontes de notificação.....	63
Gráfico 8 – Acesso ao tratamento 1	64
Gráfico 9 – Acesso ao tratamento 2	66
Gráfico 10 – O que a equipe oferece	80
Gráfico 11 – Atividades realizadas para adesão ao tratamento	82
Gráfico 12 – O processo de Trabalho na Tuberculose.....	84
Gráfico 13 – Insumos	86
Gráfico 14 – Ações oferecidas aos profissionais.....	105
Gráfico 15 – Frequência das intervenções pedagógicas.....	106

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Evolução da Força de Trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período 2012-2013.....	28
Tabela 1 – Características demográficas gerência leste/nordeste	41
Tabela 2 - Composição dos serviços da gerência distrital	41
Quadro 2 - Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Poeto Alegre, 1º quadrimestre/2014.....	48
Quadro 3 - Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre	48
Quadro 4 – Caracterização dos respondentes	57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 GERAL	19
3.2 ESPECÍFICOS	19
4 REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1 O CONTEXTO BRASILEIRO EM RELAÇÃO À TUBERCULOSE.....	20
4.2 A DESCRIÇÃO DO CENÁRIO	28
4.2.1 Descrevendo O Município: as relações trabalhistas	28
4.2.2 Descrevendo a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre: a Rede de Atenção Primária	37
4.3 A GERÊNCIA DISTRITAL LESTE/NORDESTE	40
4.4 INDICADORES DA TUBERCULOSE NA GERÊNCIA DISTRITAL:	44
4.5 A TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO	49
5 METODOLOGIA	53
5.1 PROBLEMA DE PESQUISA	53
5.2 SUJEITOS DE PESQUISA.....	53
5.3 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS	53
5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	55
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	55
5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	56
6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	57
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	57
6.2 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS.....	58
6.2.1 Facilidade de Acesso ao Tratamento x Preconceito e estigma	59
6.2.2 Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose	62
6.2.3 Preconceito e Estigma	69
6.2.3.1 Da doença e do paciente, o mito da tuberculose	69
6.2.4 O Processo de Trabalho: o trabalho prescrito e a burocracia	73
6.2.4.1 O trabalho prescrito	73
6.2.4.2 A descrição do trabalho nas ações de combate a tuberculose	79
6.2.4.3 A Burocracia	88

6.2.5 Responsabilização da Equipe e Empoderamento	95
6.2.6 Contextualizando as Intervenções Pedagógicas	101
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO - PROFISSIONAIS DE SAÚDE	120
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	125
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	127

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, foram diagnosticados e notificados 6,2 milhões de casos de tuberculose (TB) no mundo, sendo 5,4 milhões de casos novos, equivalentes a 65% dos casos estimados para o mesmo ano. Neste contexto, o Brasil é um dos 22 países que abrigam 80% dos casos de TB no mundo (BRASIL, 2012), sendo Porto Alegre a 3ª capital brasileira com maior taxa de incidência da doença, registrando, aproximadamente, 99,5 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2014).

O município de Porto Alegre, enquanto organização de rede de atenção primária, é dividido em oito Gerências Distritais de Saúde, sob a coordenação da Coordenação Geral de Atenção Primária a Saúde e Serviços Especializados e Substitutivos (CGAPSES). No local onde o estudo foi realizado – Gerência Distrital leste/nordeste – no ano de 2012, a taxa de cura diminuiu de 64,8% para 48,6%, comparando o ano de 2010 e 2011, e a taxa de abandono aumentou de 26,7 para 39,4: a terceira maior taxa do município. A taxa de óbito de casos de TB diminuiu de 9,5 para 4,6 (PORTO ALEGRE, 2013).

Acosta e Bassanesi (2008) apontam, em seu trabalho intitulado “O Mapa de Porto Alegre e a Tuberculose: distribuição espacial e determinantes sociais”, dois bairros que apresentaram quadros extremos de incidência de Tuberculose Bacilífera: Bom Jesus e Mário Quintana, ambos pertencentes à gerência citada.

Cabe ressaltar que, no ano de 2011 e 2012, houve um investimento do município relacionado às questões da Tuberculose. A exemplo disso, na gerência leste/nordeste, ao invés de um posto de coleta para os pacientes levarem as baciloscopias, foram organizados seis locais possíveis para entrega, avaliados conforme facilidade de acesso aos usuários. Além disso, as gerências distritais passaram a ser capacitadas para descentralização do tratamento por meio de capacitações regionais.

Mesmo com as ações e investimentos citados, e a Tuberculose sendo uma das dezessete metas prioritárias do contrato de gestão entre Secretaria Municipal da Saúde e Prefeitura; neste sentido em específico, a descentralização do tratamento, no ano de 2012, ocorreu o aumento do abandono dos casos e a diminuição da cura, sugerindo que o tratamento efetivo da tuberculose vai além de investimentos e capacitações teóricas.

Tal descompasso pode encontrar fundamentação em Netto (2002), para quem os governos confundem metas sociopolíticas com metas programáticas, ocorrendo assim múltiplas distorções. Eles os usam, equivocadamente, cifras médias nacionais e informações questionáveis, e não tomam consciência das profundas diferenças e injustiças sociais que aumentam dia a dia.

Para Hino et al. (2011), o empobrecimento das famílias, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o envelhecimento da população, o crescimento de grupos marginalizados socialmente e o aumento das migrações internas e externas são algumas das condições que favorecem a manutenção da TB em nosso País. As autoras destacam, também, como dificuldades, alguns aspectos clínicos como associação da TB com a AIDS e o desenvolvimento da multirresistência às drogas.

O contexto das condições de vida e do espaço geossocial em que vivem as pessoas acometidas pela Tuberculose reflete o estágio de desenvolvimento social do país, que, por sua vez, determina o estado de pobreza dos doentes. Esse quadro, associado a um sistema de saúde, ainda frágil em sua organização e com déficits na gestão dos Serviços de saúde, condiciona a manutenção de doenças como essa, que são determinadas pelo contexto social (HINO et al, 2011).

No Brasil, a TB é uma doença que afeta, principalmente, as periferias urbanas ou aglomerados urbanos denominados de favelas; geralmente, está associada às más condições de moradia e de alimentação, à falta de saneamento básico, ao abuso de álcool, tabaco e de outras drogas, evidenciando assim a relação direta com a miséria e exclusão social (BRASIL, 2012).

Algumas iniciativas têm sido tomadas em relação às políticas públicas relacionadas à Tuberculose como, por exemplo, O Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015 (*The Global Plan to Stop Tuberculosis 2011-2015*) proposto pela OMS e tem como visão “livrar” o mundo da tuberculose. Seu objetivo é reduzir drasticamente a carga da doença até 2015 (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias nacionais que visam a possibilitar o controle da tuberculose no país; uma delas é a descentralização do tratamento que corresponde ao meu contexto atual de trabalho. Ao longo da última década, foram desenvolvidas e incentivadas, pelo Ministério da Saúde, cerca de 110 pesquisas cujo tema principal foi tuberculose (BRASIL, 2012).

No ano de 2013, no município de Porto Alegre, as gerências estão em processo de descentralização do tratamento da Tuberculose: os pacientes não farão

seu tratamento no Centro de Referência e sim em sua Unidade de Saúde da Família. Todos os profissionais, de todas as categorias, passaram por capacitações teóricas – organizadas por gerências – desencadeadas pela área técnica da Pneumologia. Esse processo de capacitação que visou, além da qualificação técnica, sensibilizar os profissionais para o diagnóstico e tratamento do paciente, está sendo recebido com algumas resistências por alguns profissionais acostumados a referenciar seus pacientes.

As capacitações foram regionalizadas e, na Gerência leste/nordeste, ocorreu, em agosto de 2012, a primeira turma; a segunda em março de 2013 e, em maio de 2014, a 3ª turma; só dessa última, vinte e oito novos profissionais (médicos e enfermeiros) das Unidades de Saúde da Família foram capacitados em virtude da rotatividade que permeou o cenário do Município na Atenção Primária desde 2012 de maneira muito intensa. Nos dias de capacitação, no turno da manhã reuniam-se todas as categorias profissionais, no turno da tarde ficavam apenas enfermeiros e médicos, com exceção da 3ª turma que contou apenas com médicos e enfermeiros. Estava prevista uma capacitação prática o que ocorreu apenas parcialmente, por problemas na logística dessa organização.

No trabalho de Cunha, Cavalcanti e Costa (2012), que relata o resultado de uma avaliação normativa com abordagem qualitativa, para verificar a descentralização do controle da tuberculose em um bairro no Rio de Janeiro, os autores trouxeram algumas considerações preocupantes. Os resultados apontaram um processo de descentralização lento em decorrência de problemas de estrutura e planejamento, como a escassez e rotatividade de recursos humanos, bem como desarmonia entre o planejado e o executado.

Os aspectos relacionados conectam-se a nós críticos muito importantes como a precariedade no trabalho e a ausência de fóruns onde se discutam processos de trabalho, pois a descentralização é uma mudança importante e deveria ser discutida à luz da Educação Permanente em Saúde (EPS). Soma-se a isso a formação dos profissionais que ainda se colocam como detentores do saber e não utilizam ferramentas adequadas na relação profissional de saúde e usuário. No caso da tuberculose, esse usuário possui várias especificidades como as relacionadas às questões sociais já citadas e toda a complexidade deste tratamento de duração prolongada. Além disso, nos discursos políticos, a doença tem prioridade; a prática faz pensar o contrário.

Em especial, sobre a precariedade do trabalho, alguns registros históricos nos mostram que, por muitas vezes, a Tuberculose foi pauta nos discursos políticos, porém na prática não houve os investimentos necessários. Os estudos epidemiológicos nos apontam a relevância do problema, então a doença continua apenas como um discurso?

No ano de 2009, ingressei como trabalhadora na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, trabalhando, por dois anos, no Centro de Saúde Bom Jesus, onde acompanhei, de maneira muito próxima, o tratamento da Tuberculose. Durante o período de um ano, o setor de Tuberculose da Bom Jesus, que é referência para a Gerência Distrital Leste/nordeste e conta com aproximadamente 170.000 mil habitantes, teve apenas um profissional trabalhando no setor, e os atendimentos médicos eram em alguns dias da semana, por profissionais que se disponibilizaram a atender. A estrutura física do setor não é ideal e, mesmo com excesso de demanda, a única profissional do setor conseguia organizá-lo e manter vínculo com os pacientes.

No ano de 2012, o serviço recebeu novos trabalhadores: três técnicos de enfermagem e uma médica fixa do setor. Foi neste ano de 2012 que ingressei como apoiadora institucional da gerência. Segundo o Programa de Melhoria de Acesso à Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) “o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde”. Além disso, o apoio institucional deve servir de disparador de processos que favoreçam o movimento de mudança bem como fortalecer os coletivos (BRASIL, 2011).

Neste contexto, faço apoio, juntamente, com duas colegas apoiadoras para quatorze Unidades de Saúde da Família perfazendo um total de vinte e quatro equipes de Saúde da Família e quatro Unidades Básicas de Saúde. Enquanto apoiadora, venho participando, ativamente, nesta importante mudança no processo de trabalho que é a descentralização do tratamento, neste acompanhamento observo as facilidades e dificuldades relacionadas à problemática.

2 JUSTIFICATIVA

Frente a esta importante mudança do processo de trabalho, onde as Estratégias de Saúde da Família estão assumindo o tratamento e cuidado do paciente com tuberculose, a complexidade do tratamento da doença relacionada com determinantes sociais, aspectos culturais, tratamento clínico prolongado, discriminação, necessidade de articulação de redes. É necessário contextualizar essas questões e identificar os nós críticos que permeiam neste contexto, para que se possa pensar em alternativas, principalmente focadas no apoio as mudanças do processo de trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar o processo de descentralização do Tratamento da Tuberculose em uma gerência distrital da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Porto Alegre de 2013 a 2014.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar, na perspectiva dos profissionais de saúde, a descentralização do tratamento da tuberculose;
- Analisar as dificuldades/ facilidades do acesso ao usuário com Tuberculose na perspectiva dos profissionais da Saúde;
- Descrever o processo de trabalho dos técnicos de saúde bem como insumos e ferramentas que as Unidades de Saúde necessitam para o atendimento ao paciente com TB;
- Descrever os processos de educação em saúde utilizados com os profissionais no processo de descentralização do tratamento;
- Comparar indicadores da tuberculose que possibilitem realizar uma avaliação deste um ano de tratamento descentralizado.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Para compor a revisão de literatura, foram trabalhados alguns aspectos históricos da doença no contexto nacional, a descrição dos aspectos trabalhistas do município de Porto Alegre bem como a constituição da rede de Atenção Primária da Secretaria Municipal da Saúde.

4.1 O CONTEXTO BRASILEIRO EM RELAÇÃO À TUBERCULOSE

No Brasil, com a cultura do café, que antecedeu o período de 1885, a sociedade passou por grandes transformações. Em termos de políticas de saúde, o presidente da Junta Central de Higiene da capital do império conseguiu junto ao Parlamento que novas medidas sanitárias para o início do controle da TB fossem aprovadas. Então, em 1876, estabeleceu-se o Decreto nº 6.387, de 15 de novembro, que reorganizava os serviços sanitários nas cidades do império. Nos anos seguintes, foram decretadas leis relacionadas à habitação e, no período de 1876 a 1886, houve cinco decretos e um aviso ministerial relativos à polícia sanitária domiciliar (FILHO, 2001).

Em 1886 as autoridades sanitárias do Império buscaram seguir o modelo de tratamento preconizado na Europa, e assim entrou em atividade o primeiro nosocômio especializado na assistência aos tísicos, localizado no subúrbio de Cascadura. Este período de tratamento hospitalar permaneceu por apenas duas décadas; após, a unidade foi desativada em virtude da escassez de donativos públicos e privados (FILHO, 2001).

A exemplo do que ocorreu na Europa durante a Revolução Industrial, a epidemia de TB no País tornou-se realidade na maior parte das cidades, sendo denominada “a praga dos pobres”, em virtude da relação da doença com as condições de moradias insalubres, falta de higiene e alimentação deficiente. Além disso, como fator complicador do cenário apresentado no século XIX, a atenção à saúde era deficiente e o investimento relacionado à higiene e à urbanização, nas grandes cidades, era restrito às medidas das autoridades locais (MACIEL, 2012).

Cabe destacar, também, que a Saúde Pública no País estava em consonância com os interesses econômicos e políticos das classes dominantes. Neste sentido, as práticas sanitárias objetivavam o controle de doenças que pudessem comprometer diretamente a expansão econômica capitalista. Ao final do

século XIX e início do século XX, a enfermidade passou a ser considerada a principal causa de morte no Rio de Janeiro, trazendo grandes repercussões sociais (MACIEL, 2012).

A necessidade de limitar os prejuízos causados pelo conjunto de enfermidades que feria o corpo social tinha como elemento incentivador a urgência de dinamizar a circulação de homens e mercadorias, itens vitais para o bom funcionamento de uma economia com base no esquema agrário-exportador. Isto porque as doenças que assolavam as urbes brasileiras e especialmente as áreas portuárias inibiam a chegada de novos contingentes de imigrantes, afugentando igualmente os negociantes que buscavam estabelecer elos econômicos com o país (ANTUNES, WALDMAN e MORAES., 2000).

Em virtude desta circunstância, o governo federal e as autoridades estaduais buscaram conter a disseminação das endemias e das epidemias que configuravam uma ameaça as grandes cidades. Neste sentido, foi dispensando verbas e servidores para o combate da febre amarela, da varíola, da peste bubônica e da febre tifoide (ANTUNES, WALDMAN e MORAES., 2000). Mesmo com o fato de a Tuberculose ser reconhecida como uma das patologias com alto índice de mortalidade, no entanto, isso não foi suficiente para motivar as autoridades da Primeira República a elaborar dispositivos de combate à moléstia, que ainda não dispunha de estratégias preventivas e curativas de aceitação geral pela corporação clínica (ANTUNES, WALDMAN e MORAES., 2000).

A TB caracterizou-se por elevadas taxas de mortalidade e foi uma das principais causas de óbito nas capitais brasileiras. Em geral o índice de mortalidade da doença só não era maior do que o de diarreias e pneumonias. Em São Paulo, nesta época, estimava-se que 10% do total de óbitos estavam relacionados à enfermidade e no Rio de Janeiro este valor era mais elevado (ANTUNES, WALDMAN e MORAES., 2000). Mesmo com este quadro preocupante instalado, não foi suficiente para a doença receber atenção das políticas públicas:

Assim, diferentemente das demais enfermidades que assolavam as cidades, a tísica não contou com as atenções e os recursos oficiais, fazendo com que a sociedade assumisse as tarefas de criação e de patrocínio das instituições que tinham o objetivo de prevenir o contágio e amparar os tuberculosos (FILHO, 2001. p.61).

Foi neste contexto que a ausência de participação efetiva do poder público para o controle da TB permitiu o surgimento, entre médicos e sociedade civil, das primeiras instituições criadas com o objetivo de abordar o problema. Em 1899, foram

fundadas a Liga Brasileira Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro e em São Paulo. Elas tinham como foco a propagação dos seguintes métodos, todos inspirados no modelo europeu: campanhas de educação sanitária, atendimento aos pobres e estímulo à criação de sanatórios e dispensários (FILHO, 2001).

No início do século 19, a prestação de assistência se dava por meio de organizações filantrópicas; neste período, o motivo de um terço dos óbitos brasileiros era devido à tuberculose. No início do século 20, Oswaldo Cruz reconhece a necessidade da atenção das autoridades sanitárias sobre a TB; este instituiu um plano de ação para o combate da tuberculose, contudo o impacto das ações não foi conforme desejado. Carlos Chagas, com a Reforma, no final da década de 10, instituiu a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose; os objetivos eram o diagnóstico e tratamento dos casos de TB (NETTO, 2002).

Na década de 40, inicia grande alteração na tendência da mortalidade por TB em decorrência da utilização do tratamento quimioterápico através dos tuberculostáticos. O esquema do tratamento com os tuberculostáticos em 1960 era de 18 meses; em 1965 reduziram para 12 meses de tratamento (NETTO, 2002).

Em 1975, inaugura-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que inclui o Programa de Controle da Tuberculose financiado pelo MS/INAMPS/SES, tendo por objetivo integrar os diferentes níveis do governo para reduzir a morbidade, mortalidade e problemas socioeconômicos decorrentes da TB. Em 1976, organiza-se a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) cuja abrangência era um tanto indefinida no momento da criação (NETTO, 2002).

Em 1990, criou-se a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), ligada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e o presidente da época, Fernando Collor de Mello, extingue a Comissão Nacional de Controle à Tuberculose – CNCT. Com isso, ocorre a desestrutura do programa em nível federal e a consequente não-priorização do controle da doença, enfraquecimento das coordenações estaduais, diminuição dos recursos financeiros, diminuição das supervisões do programa, disseminação da AIDS, queda da cobertura, diminuição da busca de casos novos, piora dos resultados de tratamento e o aumento do abandono (NETTO, 2002).

Em virtude do quadro instalado em 1992, ressurgiu o Programa Nacional de Controle à Tuberculose (PNCT), na lógica da descentralização, e as

responsabilidades de capacitações e monitoramento do tratamento e campanhas públicas passaram a ser também dos Estados (NETTO, 2002).

Em 1993, a OMS declara a TB como emergência mundial, devido ao reaparecimento da doença em países desenvolvidos, e em virtude da enfermidade permanecer como a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde lança, em 1996, o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, recomendando a implantação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado - cujo termo em inglês *Directly Observed Therapy Short-Course* (DOTS) - para o controle da Tuberculose no Brasil. Os DOTS foram oficializados em 1999 por intermédio do PNCT. A estratégia permanece uma das prioridades para que o País atinja a meta de curar 85% dos doentes, diminuindo a taxa de abandono a menos de 5%, evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da tuberculose no país (NETTO, 2002).

Em 1998, o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) em parceria com o Núcleo de Centros de Excelência da COPPE da Universidade Federal do Rio de Janeiro, elaboram o planejamento estratégico para o controle da TB no Brasil. O planejamento foi incorporado pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Baseado nas estratégias deste planejamento, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Combate à Tuberculose. O plano unia as diretrizes técnicas do Plano Emergencial à metodologia de construção de Centros de Excelência (HIIJARL, *et al.*, 2007).

As metas dos planos eram: implementar ações de controle da TB e hanseníase em 100% dos municípios prioritários e reafirmar as metas do plano emergencial de diagnosticar, no mínimo, 90% dos casos esperados e tratar, com sucesso, pelo menos 85% deles, que foi o pacto do Brasil com a OMS (HIIJARL *et al.*, 2007). Na lógica da descentralização, em 2003, com o Decreto 4726 que reformou o Ministério da Saúde, houve a descentralização de alguns programas de Epidemiologia, controle e vigilância de agravos à saúde para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Para o autor:

Nesse cenário, o universo excessivamente programático encaixota os temas prioritários e não permite uma dinâmica realmente descentralizada. Isso prejudica o enfrentamento inteligente de questões, como a associação TB/AIDS, aumento da multirresistência, abandono de tratamento, dentre outras (HIIJARL *et al.*, 2007, p.56).

Santos (2007) discorre que o PNCT, que é estruturado em componentes distintos, deve articular as ações de vigilância, prevenção e controle da TB com os estados e municípios. Para isso ocorrer, porém, é necessária a sustentação político-social para mobilizar os setores políticos em busca da priorização do controle da doença. Em relação ao apoio financeiro, o autor traz que:

O apoio financeiro e a articulação intersetorial garantirão a execução das ações e atividades de vigilância e controle da TB, permitindo que seja exercido o controle social das ações, evidenciando a importância do papel participativo da sociedade civil no controle da TB. (SANTOS, 2007, p.90).

Com a descentralização, a inserção do PNCT nas atividades da atenção básica, depende da priorização das ações de controle da TB por parte dos gestores nas três esferas de governo. Para tentar mobilizar os gestores, foi adotado como metodologia oficinas nas macrorregionais com objetivo de sensibilizar, dimensionar responsabilidades e informar sobre os meios e recursos financeiros dedicados ao combate à Tuberculose no âmbito do SUS. Essas oficinas vêm sendo realizadas desde 2004. As principais ações do PNCT estão baseadas na vigilância epidemiológica, prevenção e controle de casos (SANTOS, 2007).

O programa definiu, em 2004, 315 municípios para as ações prioritárias. Para a escolha dos municípios foram considerados: a carga de tuberculose e os coeficientes de incidência/ notificação. No Rio Grande do Sul, vinte e quatro municípios foram elencados, dentre eles Porto Alegre (OTT; JARCZEWSKI, 2007).

A política, os objetivos e as metas do PNCT estão definidos e, para o cumprimento do que foi proposto, considerou-se fundamental a descentralização das ações de controle para a “rede” de Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios, especialmente para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (OTT ; JARCZEWSKI, 2007).

No Rio Grande do Sul, a descentralização das ações de controle da tuberculose, em muitos desses municípios prioritários, ainda não ocorreu. Alguns gestores municipais não tomaram conhecimento de suas responsabilidades e conseqüentemente não as assumiram. Em sendo assim, os profissionais das UBS e do PACS/PSF, a rigor, nunca tiveram envolvimento com o Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), cuja base técnico operacional obedece ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose (OTT; JARCZEWSKI, 2007, P.3).

Arretche e Marques (2007) dizem que políticas organizadas de modo descentralizado podem assumir uma diversidade de arranjos institucionais, que variam com a autoridade do governo central e os espaços e autonomia dos governos locais. Um sistema descentralizado por meio de portarias, no entanto, como o do Ministério da Saúde Brasileiro, significa que, nesse nível de governo, está centrada a autoridade para formular regras que definem ações de saúde de estados e municípios. “O modelo de descentralização no SUS, caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como por financiar a política de saúde por meio de um abrangente sistema de transferências inter-regionais” (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Para Vasconcelos e Pasche (2007), a descentralização em saúde no Brasil avançou de forma decisiva nos anos 90 com a municipalização e foi operada num tempo relativamente curto. Contudo, a implementação desta foi marcada por conflitos e disputas, a exemplo disto a competição partidária e eleitoral. Essa disputa permanece na atualidade e dificulta a cooperação necessária neste processo.

Apesar disto, existem muitos resultados que demonstram que o processo avançou. Em 2006 já havia, no contexto brasileiro, 682 municípios habilitados à gestão plena. A ampliação do acesso à população é considerada, pelos autores, como o ganho mais significativo desse processo (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

A Atenção Básica foi atribuída como responsabilidade do município; neste sentido, a adoção da estratégia de saúde da família com os incentivos financeiros contribuiu para que esta fosse hoje a forma prioritária de organização da atenção básica (VASCONCELOS e PASCHE, 2007). Em relação à atenção primária à Saúde no Brasil, Matta e Guimarães (2009) afirmam que, no País, a APS incorporou os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi, gradativamente, se fortalecendo e se definindo como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). O PACS, existente desde os anos 90, porém regulamentado apenas em 1997, consistiu em uma importante estratégia para consolidação do SUS. O programa visa à prevenção de doenças por meio de orientações sobre cuidados de saúde e traz os

Agentes Comunitários de Saúde como profissionais importantes neste processo (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de contribuir para reorientação do modelo assistencial da época, em 1994 é constituído o Programa de Saúde da Família, que tem como foco o vínculo entre os profissionais de saúde e a população. Ainda nesse contexto, o Pacto pela Vida de 2006 definiu como prioridade a consolidação e qualificação das Estratégias de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes do SUS. Este Pacto foi um trabalho desenvolvido com diversos técnicos e a direção das áreas do Ministério da Saúde (SAUPE, CUTOLO e SANDRI, 2008).

Considerando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada prioritária do sistema de saúde que vem provocando um importante movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro e com o objetivo de apoiar esta estratégia, em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que devem ser constituídos por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) define a Atenção Primária à Saúde (APS) como caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Para Matta e Morosini (2009), atualmente, a saúde da família configura-se como a principal estratégia de estruturação da ABS no Brasil e tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. Para os autores, a saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família é considerada a porta de entrada do SUS e eixo central da organização do sistema. Caracteriza-se pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência, além de estar centrada na família e contar com a participação comunitária. Neste contexto de participação comunitária destaca-se a atuação dos conselhos locais, distritais e municipais de saúde (BRASIL, 2009). Porém, apesar do reconhecimento da importância da APS, é

preciso qualificar a atenção primária para que ela possa cumprir sua função de porta de entrada do SUS com qualidade.

A esse respeito, relacionando à ESF e à descentralização, em Vasconcelos e Pasche (2007) p. 552, pode-se ler:

Os impasses atuais no campo da gestão descentralizada retratam as dificuldades da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutive e de qualidade e os entraves em viabilizar o acesso aos usuários que demandam atenção especializada diante do insucesso na efetivação da proposta de regionalização preconizada na noas. Essa situação tem levado muitos municípios a buscar auto-suficiência na oferta da maioria dos serviços, agravando os problemas de ineficiência da gestão dos recursos, sem resolver os problemas da integralidade da atenção.

Capela (2007) faz os seguintes questionamentos: Por que alguns problemas se tornam importantes para um governo? Como uma ideia se insere no conjunto de preocupações dos formuladores, transformando em políticas? Para o autor, existem quatro processos: estabelecimento de uma agenda, alternativas para a formulação, escolhas dominantes entre o conjunto de alternativas e implementação. Neste processo, existiriam três fluxos: o de problemas, soluções e o fluxo político, este influenciado pelo humor nacional, forças políticas e mudanças no governo. Os fluxos convergem entre si e a partir deles surge a oportunidade de mudança, e por fim o acesso a uma agenda. Os atores envolvidos neste processo estariam classificados entre visíveis (presidente, alta burocracia, legislativo e grupos de interesse) e invisíveis (ideias geradas postas em circulação), todos com influências da mídia.

Cohn (2012) traz o seguinte questionamento: Como implantar políticas sociais de saúde que priorizem populações mais vulneráveis em um primeiro momento focando a lógica da universalização, integralidade e equidade? Para a autora, políticas públicas não dependem apenas de governantes e estão permeadas por diversas variáveis dinâmicas: econômicas, sociais, políticas, governos e jogos de interesse público, privado e relações de mercado. Para a autora, faz-se fundamental nesta formulação a participação do usuário de forma cidadã e responsável. “O Estado é a única instância da sociedade que detém instrumentos legítimos e competentes para redistribuir de forma efetiva as riquezas socialmente produzidas dentre elas “a atenção a saúde como direito de todos e dever do Estado” (COHN, 2012, p.245).

4.2 A DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Com o intuito de entender o contexto atual do Município, Secretaria Municipal da Saúde e Gerência distrital, bem como o contexto da tuberculose nesses espaços, optou-se por realizar uma descrição desses cenários.

4.2.1 Descrevendo O Município: as relações trabalhistas

A atenção básica do município é formada por servidores estatutários municipais, estaduais e federais, bem como celetistas contratados pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, cuja a contratação iniciou em 2012, após muitas polêmicas e contradições.

Segue o quadro de servidores totais extraídos do Relatório de Gestão 2013.

Quadro 1- Evolução da Força de Trabalho da SMS, por tipo de vínculo, período 2012-2013

Vínculo	2013 %	2012 %	Varição 2013/2012%
Municipal	57,06	58,01	-1,06
Estadual	6,32	7,1	-10,42
Federal	3,1	3,41	-8,66
Lei 7.770/96*	0	0,62	-100
Terceirizados**	10,98	10,81	2,17
ESF	22,54	20,04	13,1
Total	100	100	0,59

Fonte: Relatório Procempa 0927p. * Lei Municipal 7770/96 estabelece diretrizes para contratação temporária no âmbito da Prefeitura Municipal de Porto Alegre

**Terceirizados: profissionais contratados através de processo licitatório.

O IMESF foi criado através do Projeto de Lei nº 532010. O Conselho Municipal de Saúde mencionou que "o Projeto feria frontalmente as disposições constitucionais" e em janeiro de 2011 o projeto foi reprovado pelo CMS por 28 votos a 2. Em fevereiro de 2011 a Câmara dos Vereadores aprovou o IMESF por 26 votos a 2, e em julho de 2011 foi publicado o Decreto nº 17131/2011 que aprova o Estatuto da Fundação IMESF, mesmo sem a aprovação do projeto pelo Conselho Municipal de Saúde (WOLTMANN, 2012). Alguns agentes comunitários de saúde foram mantidos, tendo em vista a Emenda Constitucional 51/2006. Para os outros cargos foram realizados concursos públicos ao longo do ano de 2012 2013 (Porto Alegre, 2013). Hoje o IMESF possui 171 enfermeiros, 78 médicos, 67 médicos do Programa Mais Médicos, 291 técnicos de enfermagem, 35 técnicos de saúde bucal, 641

agentes comunitários de saúde e 57 auxiliares de gabinete odontológico. (PORTO ALEGRE, 2013).

Woltmann (2012) discorre que a criação do IMESF em Porto Alegre é um progresso mesmo estando sobre a égide de fundação pública de direito privado. Contudo, entende que acesso a serviços, promoção e proteção à saúde é um dever do Estado.

Girardi *et. al.* (2010) discorrem que, na década de 2000, houve uma importante desprecarização do trabalho nas equipes de estratégia de saúde da família, com vínculos mais protegidos de trabalho, diminuindo consideravelmente as terceirizações. Houve a expansão da proporção dos municípios que utilizam vínculos estatutários na ESF para todas as categorias profissionais, contudo a principal via utilizada para a regularização dos vínculos não foi a da criação de cargos e realização dos concursos, mas a solução transitória da criação de contratos temporários regidos por legislação especial. “Vale lembrar que, se com esse movimento os municípios cumprem o requisito da legalidade – regularizando os vínculos por um tempo determinado –, postergam para o futuro a solução definitiva do problema da precarização” (GIRARDI *et al.*, 2010).

O Município conta com a terceirização, cooperativas, credenciamento, contrato temporário, como é o caso do setor da Vigilância e Higienização. Existe a possibilidade de contratos temporários conforme a demanda como, por exemplo, operação inverno ou situações específicas, como o surto de dengue (PORTO ALEGRE, 2013).

Porto Alegre tem contratos com o Grupo Hospitalar Conceição, o Hospital Mãe de Deus, o Moinhos de Vento e o hospital da PUCRS. O Grupo Hospitalar Conceição possui doze Unidades de Atenção Primária, quatro delas encontram-se no território da Gerência Distrital Leste/Nordeste (PORTO ALEGRE, 2013).

No ano de 2013, o município recebeu profissionais do Programa Mais Médicos que, conforme o Ministério da Saúde, este programa visa fazer parte de um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, e prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde não existem profissionais. Esses profissionais estão atuando na Atenção Básica no País, e em Porto Alegre até o momento são 67 profissionais trabalhando nas unidades de saúde da família (PORTO ALEGRE, 2013).

Em relação aos profissionais estatutários, existe um debate com trabalhadores e sindicatos para a construção do plano de cargos e carreiras. Hoje o município possui somente a Progressão Funcional, que é um processo que ocorre a cada dois anos e permite ao funcionário passar de uma referência (letra) a outra, segundo pontuação que atenda aos critérios legais estabelecidos, concorrendo com outros servidores de mesmo cargo e referência, que poderá proporcionar um aumento em seu vencimento básico. (PORTO ALEGRE, 1985).

O Sindicato dos Municipários de Porto Alegre (SIMPA) criou uma comissão para elaborar um Plano de Carreira para saúde que ainda não foi aprovado. Esse documento foi intitulado de plano de cargos, carreiras e vencimentos para a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre que, dentre outras questões, propõe 30 horas para os funcionários da saúde, tema que está sendo debatido atualmente.

O Instituto Municipal de Saúde da Família também não conta com Plano de Cargos e Salários, bem como Progressões Funcionais. Existe um grupo de trabalhadores, gestores e sindicatos debatendo essas questões. Percebo o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde mais atuantes nas lutas por categorias; conseqüentemente, hoje configura o grupo de profissionais com mais vantagens, como o direito à folga que hoje os demais profissionais de Saúde do IMESF não possuem.

Sobre a formação acadêmica destes profissionais estatutários, existe um estudo na Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) com uma amostra de 17.482 servidores, com ingresso no quadro até maio de 2012, lotados em 28 secretarias/órgãos municipais. Desse total, 5.641 servidores encontram-se situados em cargos com nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental, 4.620 em cargos para os quais a escolaridade exigida é o ensino médio, e outros 7.221 estão em cargos de nível superior (PORTO ALEGRE, 2013).

Para requer novos servidores estatutários, existem duas maneiras: mediante concurso público e mediante concurso interno no caso de recrutamento preferencial para funcionários estáveis. Em geral, o servidor público de Porto Alegre deve entrar em uma banca. Alguns serviços na área da Saúde fazem entrevistas internas para verificar se o servidor tem perfil para aquela atividade. A cedência dos profissionais estatutários é permitida, porém sem reposição de vaga (PORTO ALEGRE, 1985).

Os cargos públicos municipais são de provimento efetivo ou em comissão. A função gratificada aos estatutários do município é instituída por lei para atender a

encargos de chefia, assessoramento e outros de confiança, sendo privativa de funcionário público detentor de cargo de provimento efetivo, observados os requisitos estabelecidos para o exercício (PORTO ALEGRE, 1985).

A substituição do trabalhador pode ser feita de forma automática ou na forma de regulamento. Durante o período de afastamento do titular, o substituto recebe o vencimento ou a gratificação. Pode ser considerados como de impedimento os trinta dias que se seguirem à vacância do cargo em comissão ou da função gratificada (PORTO ALEGRE, 1985),

Relacionado ao manejo de situações difíceis e problemas comportamentais, como Porto Alegre possui diversos vínculos, os encaminhamentos acabam sendo por diferentes instancias. Na prática, a pesquisadora observa alguns encaminhamentos: tenta-se investir nos trabalhadores, as gerências distritais assumem, na atenção primária, esta posição de manejos de conflitos; são realizados encaminhamentos como abertura de processos, realocação do profissional, ou, em alguns casos, o profissional é colocado à disposição.

Os estatutários possuem como recurso possível o setor da Gerência de Acompanhamento Funcional (GEAF), que é a área responsável pela elaboração e execução das políticas de Assessoria Gerencial, Acompanhamento Funcional, Estágio Probatório, Readaptação e Delimitação de Tarefas da Administração Centralizada, na PMPA e a Equipe de Administração de Pessoal que pode ser acionada para manejar alguns conflitos. (PORTO ALEGRE, 1985) Quando isso ocorre, os trabalhadores do IMESF são manejados pelos apoiadores e gerência distrital; Contudo, em situações de maior gravidade, é seguido o fluxo de advertências, suspensões e, em última instância, a demissão do profissional.

As licenças saúde e gestação, amamentação são todas concedidas aos estatutários da seguinte forma:

Art. 148 - Será integralmente assegurada a retribuição pecuniária ao funcionário licenciado para tratamento de saúde, acidentado em serviço, vítima de agressão não-provocada no exercício de suas atribuições ou acometido de moléstia profissional. (PORTO ALEGRE, 1985)

Art. 152 - À funcionária gestante será concedida mediante inspeção médica, no período perinatal, licença de cento e vinte dias, assegurada a retribuição pecuniária. (PORTO ALEGRE, 1985)

Aos servidores estudantes, é assegurado, no artigo 90 do Estatuto Municipal, o afastamento do funcionário efetivo, sem prejuízo de sua retribuição

pecuniária, durante os dias de provas finais do ano ou semestre letivo, para os estudantes de ensino superior, 1º e 2º graus; durante os dias de provas em exames supletivos e de habilitação a curso superior; para assistir às aulas obrigatórias, em número de hora até um terço do regime semanal de trabalho estabelecido para o cargo, em curso técnico, superior de especialização, mediante algumas condições específicas (LEI, 133/85).

No IMESF, os profissionais somente são liberados para pós-graduações quando esses cursos se relacionam a áreas afins ao trabalho dos profissionais do IMESF (Medicina de Família, Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Epidemiologia, Educação em Saúde, ou áreas diretamente relacionadas ao trabalho diário dos profissionais). Percebo que, na prática, estes fluxos se efetivam; no IMESF, também existe esta liberação com critérios diferentes.

Porto Alegre, com as mudanças de vínculos, teve muitas trocas de profissionais. Somente na gerência distrital onde trabalho, gerência leste/nordeste, foram 68 profissionais em 2013 do vínculo celetista. Não tem setor formal que realize a orientação e supervisão de novos funcionários no IMESF, ficando a cargo das gerências distritais este papel, o que gera uma sobrecarga importante. Neste sentido, observo o papel dos apoiadores institucionais e responsáveis técnicos muito atuantes apesar de entender que deveria haver um setor que se responsabilizasse de maneira efetiva, pois na prática alguns profissionais ingressam sem o perfil adequado para a Saúde Pública, o que gera transtornos para os gestores, equipes e principalmente usuários, bem como erros técnicos sérios. Questiono a responsabilização dos gestores em não adotar um critério de seleção adequado para a atuação destes profissionais na atenção primária.

Sou estatutária e, quando fui chamada, estava fazendo a residência em saúde da família, com perfil para atuar neste espaço. O setor de recrutamento me ofereceu o que estava “sobrando”, uma vaga do Pronto Atendimento. Após muitas brigas para não assumir este setor, “surgiu” uma vaga na Atenção Básica. Complicado termos profissionais certos nos locais certos neste formato. Da mesma forma o IMESF, que não valorizou devidamente os títulos de profissionais que trabalhavam há mais de 10 anos na Saúde da Família! Com uma prova com questões sobre densitometria óssea! Que mudou toda a bibliografia 20 dias antes da prova! Parece mesmo uma conspiração! Quem sofre as consequências infelizmente é o usuário (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA, 06.02.14).

O estágio probatório para os estatutários é de três anos. Segundo a legislação, o trabalhador em estágio probatório será submetido a treinamento e

acompanhamento, sob a orientação e controle do órgão de recursos humanos, sempre que julgado necessário. Se verificado, em qualquer fase do estágio, seu resultado totalmente insatisfatório, será processada a exoneração do funcionário com período da apresentação de defesa pelo funcionário. Neste período de estágio probatório, a chefia imediata realiza avaliações por meio de um instrumento prévio em uma regularidade trimestral. (PORTO ALEGRE, 1985)

No IMESF este período é de três meses, sendo o funcionário avaliado em 30, 60 e 80 dias também com instrumento prévio, construído em conjunto com os apoiadores institucionais. Os dois instrumentos focam mais na avaliação de desempenho e não tanto nas competências. No IMESF, no ano de 2014 estão sendo instituídas avaliações anuais.

Percebo dificuldades dos coordenadores, tanto de celetistas quanto estatutários, em realizar as avaliações, muitas vezes aprovando profissionais sem as competências necessárias para atuar em atenção básica.

Enquanto incentivo na Atenção Básica, os estatutários recebem a GIQ (Gratificação por Incentivo e Qualidade). Teoricamente este incentivo está relacionado a metas, mas, na prática, não estão claras quais são.

O município de Porto Alegre aderiu ao Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e recebe incentivos do ministério da saúde. O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização) (BRASIL, 2011).

Os indicadores trabalhados pelo programa são 47, divididos nas seguintes áreas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Hipertensão e Diabetes, Saúde Bucal, Produção Geral, Tuberculose e Hanseníase, e Saúde Mental. Os indicadores pactuados que estão diretamente relacionados ao incentivo financeiro dos trabalhadores são 24 (BRASIL, 2011).

Nas estratégias de Saúde da Família, os profissionais recebem o incentivo do PMAQ; cada gestor municipal poderia escolher onde iria investir o incentivo financeiro. Na adesão ao programa, o gestor de Porto Alegre destinou esta verba para o salário dos funcionários; teoricamente, este incentivo também estava relacionado a metas, podendo variar entre 0, 3, 7 e 10% do salário. Hoje os valores

continuam os mesmos, independentemente das metas atingidas, o que corresponde a 10% do salário.

Questiono se os trabalhadores sabem o que é este incentivo. Também a forma como ele é organizado por atingimento de metas: uma equipe com deficiências de profissionais, muitas demandas e estrutura física inadequada terá razões óbvias para o não atingimento de metas; seria justo o desconto?

Incentivos salariais são sempre interessantes, porém observo que os trabalhadores esperam outras formas de valorização também, como trabalhar em estruturas físicas adequadas e ter disponíveis insumos para a prestação de cuidados. Essas questões afetam o grau de motivação e engajamento dos trabalhadores, aliadas a muita demanda, pressão, as descentralizações para a Atenção Básica sem os recursos necessários, com capacitações frágeis que não significam os processos de trabalho e a crítica da mídia. Percebo que o engajamento é facilitado quando os trabalhadores se envolvem no processo, na cogestão, na participação das decisões e quando são acolhidos em suas demandas. Também observo que: quanto maior a adequação do perfil para atuar em determinada atividade ou local, maior o engajamento e a motivação.

Do ano de 2009 a 2011, os profissionais da estratégia de Saúde da Família do Município eram contratados pelo Instituto de Cardiologia, a partir de 2012 trocou-se o vínculo e os trabalhadores passaram a ser contratados pelo IMESF. A rotatividade é outro elemento crítico, troca de vínculo cardiologia/IMESF afetou a todos; na gerência distrital leste/nordeste, foram 68 profissionais.

É um grande problema nas ESF: vínculos frágeis e desgaste dos trabalhadores que ficam; além disso, os profissionais aprovados em outros concursos continuam saindo para locais onde podem estabelecer vínculos mais sólidos.

Pesquisas, têm exposto as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato, a infra-estrutura material, a dinâmica da assistência e condições sócio políticas para desenvolvimento do trabalho. Assim, os autores citados apontam para composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária; sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de

Informação de Atenção Básica (SIAB); diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004, p. 442).

Essa condição não é específica em relação ao IMESF, faz parte de um contexto histórico de muitos municípios. Ribeiro, Pires e Blank(2004) discorre que as condições de trabalho em saúde se deterioraram no Brasil, a partir do final da década de 80, por influência de uma política neoliberal e em virtude do aumento das demandas em saúde de uma grande parcela da população empobrecida e desprotegida socialmente. Soma-se a este fato a submissão do setor saúde a uma rígida contenção de custos.

A precariedade do trabalho é uma condição multifacetada, com desdobramentos econômicos, jurídicos, políticos e morais. Não se trata de um fenômeno unívoco, pois varia no tempo, entre países e num mesmo país entre regiões, territórios e tipo de atividade econômica. Também não é um fenômeno novo, pois existe desde o início do trabalho assalariado. (GIRARDI et.al., 2010, p.12).

É fundamental que a organização dos serviços de saúde esteja pautada em condições sociopolíticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. A não realização de um trabalho focado nesse olhar para o PSF, *“corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à referida proposta”*. As contradições são importantes para que se possa ir em busca de uma qualificação (RIBEIRO, PIRES e BALNK, 2004).

Sobre as capacitações e atividades de educação permanente, estas são promovidas pelas áreas técnicas do município, gerências distritais, pelas próprias equipes e setores da Administração Centralizada. Algumas capacitações são pertinentes aos trabalhadores, tantas outras são pontuais e não refletem as vontades destes. Cada AT, por exemplo, muitas vezes desencadeia sua capacitação sem conexão com outras, os profissionais participam, poucos socializam ou efetivam o que aprenderam. Fala-se em Educação Permanente em Saúde, mas ainda estamos muito na lógica do treinamento; neste modelo, muitas questões não se efetivam na prática.

É possível perceber que, quanto mais próximas aos serviços as atividades pedagógicas ocorrem, mais efetivas elas são, por contextualizar uma realidade que toca aos trabalhadores. Alguns gestores fazem este movimento de vir até a prática, conhecer a realidade dos trabalhadores, mas ainda são poucos. Não estou aqui excluindo que estes gestores também têm muitas demandas e pressões externas de outros níveis de governabilidade.

Em relação à produtividade, os trabalhadores preenchem formulários específicos que contabilizam esta produção e, ao final de cada mês, as coordenações ou colegas designados por estas digitam o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) que gera a produção daquela unidade. Precisamos avançar em dar significado para estes dados produzidos, pensar uma abordagem qualitativa para estes e problematizar o processo de trabalho pensando na qualidade do que é realizado.

Muitos nós críticos e avanços permeiam o contexto das relações trabalhistas, em especial na estratégia de Saúde da Família. Porto Alegre manteve, por muitos anos, contratos de gestão terceirizados e agora busca uma administração direta com o IMESF, sob regime da CLT. Apesar de ser um vínculo formal de emprego, discute-se a questão de que o modelo da ESF foi implantado e ganha visibilidade com o discurso de ser a porta de entrada e o ordenador do Sistema de Saúde. "...o município de Porto Alegre optou pela ESF como modelo prioritário na organização da Atenção Primária em Saúde." (PMS 2014-2017).

Para uma estratégia dessa magnitude, os trabalhadores precisam da estabilidade e das garantias que o regime estatutário pode possibilitar. O que vemos hoje, porém, são trabalhadores migrando das unidades para outros locais onde esta estabilidade é garantida.

Nesta reunião que fui no CMS ouvi falas que me incomodaram muito, querem confundir o controle social trazendo sob a ótica que os estatutários não podem se achar melhores que os profissionais de vínculo CLT. Isto é uma distorção para a comunidade, não se trata de profissionais melhores que outros todos são trabalhadores tão competentes quanto, se trata do fortalecimento da atenção básica e respeito a este setor que dizem que é prioridade, os profissionais precisam de estabilidade até mesmo para se colocarem com tranquilidade politicamente nunca foi uma discussão dos estatutários serem melhores ou piores isto é uma forma de distorcer e evitar a discussão de políticas públicas de qualidade (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

4.2.2 Descrevendo a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre: a Rede de Atenção Primária

A Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre possui diferentes níveis de hierarquização e governabilidades de gestão conforme consta na figura a seguir.

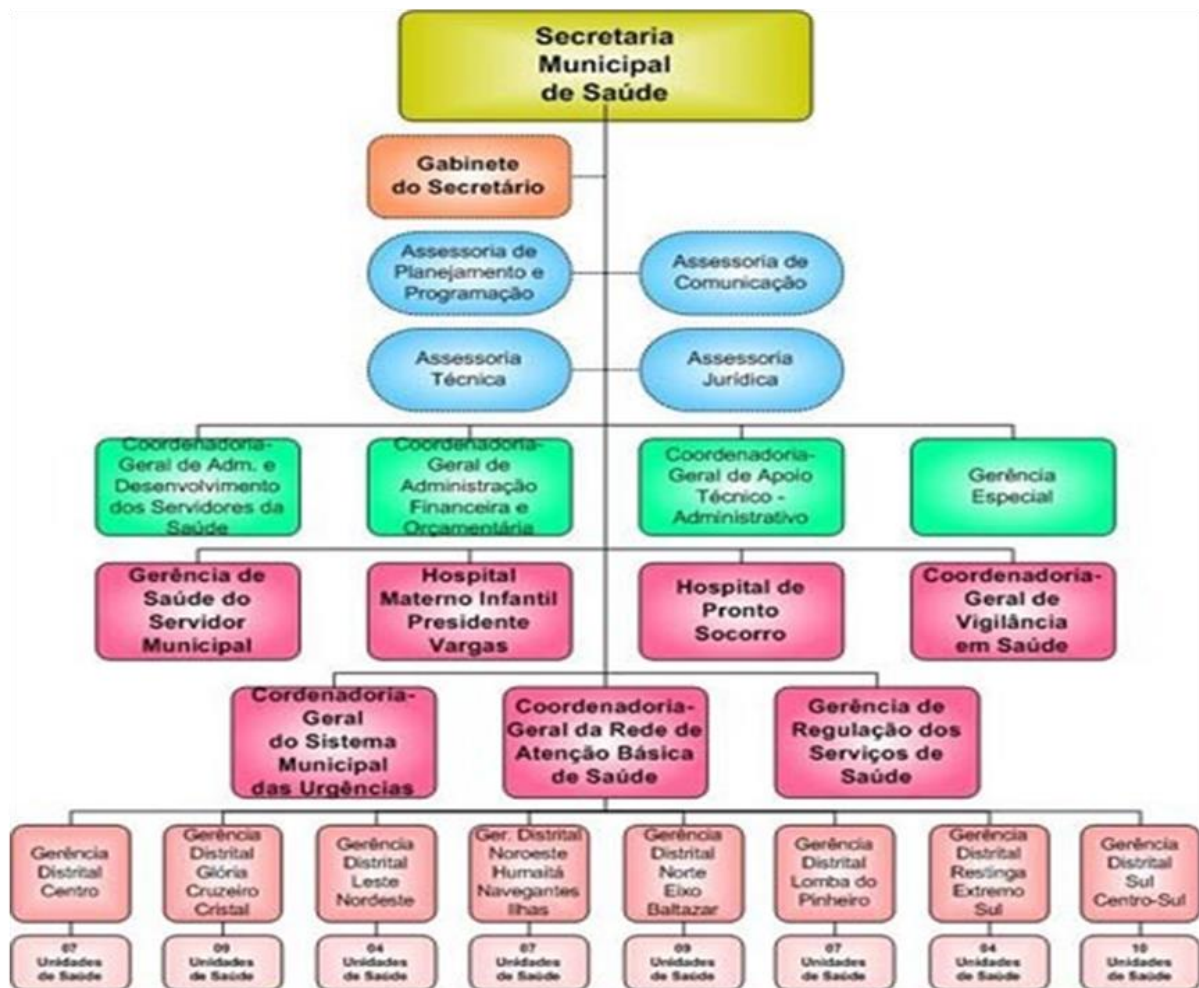


Figura 1 - Organograma extraído do relatório de gestão 2013.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

Em Porto Alegre, a APS é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), que compõem os principais serviços da esfera da APS. Estas têm como suporte os Consultórios na Rua (CR), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a equipe de Redução de Danos (RD) (PMS, 2014-2017).

A Atenção Primária de Porto Alegre é dividida em oito gerências distritais de Saúde, com planejamento de compor dez gerências. Estas estão sob coordenação da CGAPSES (Coordenação Geral de Atenção Primária a Saúde e Serviços

Especializados), que coordena, além das gerências distritais de saúde, todas as áreas técnicas do município.

As Gerências Distritais (GD), que são estruturas administrativas e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas as estratégias para a Atenção Primária à Saúde e de Atenção Especializada Ambulatorial e Substitutiva na esfera do SUS, abrangem o território de um ou mais DS. (PMS, 2014-2017).

As gerências distritais de saúde, por sua vez, podem ter uma composição variada, mas em geral são compostas por: gerente distrital, assessores, apoiadores e funcionários administrativos. As equipes da gerência distrital que têm como objetivo gerenciar todas as questões territoriais têm uma média de seis trabalhadores.

Conforme PMS 2014-2017, Porto Alegre conta com 189 Equipes de Saúde da Família, instaladas em 94 Unidades de Saúde da Família. A estas, somam-se 75 Equipes de Saúde Bucal, sendo 43 de saúde bucal modalidade I (Cirurgião dentista e Auxiliar de saúde bucal) e 32 modalidade II (Cirurgião dentista, Técnico em saúde bucal e Auxiliar em saúde bucal) na Estratégia de Saúde da Família. São 43 Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional, somando 118 serviços na atenção básica. A cobertura populacional de ESF no município soma 69%.

Porto Alegre tem quatro NASFs (Núcleo de Atenção a Saúde da Família) credenciados junto ao MS, nas regiões das Gerências NEB (Norte Eixo Baltasar) e LENO (Leste Nordeste). Além destes, outras quatro equipes já contam com carga horária de profissionais compatível com a necessidade para o credenciamento e estão em etapa de fechamento do projeto para envio ao MS (PMS 2014-2017).

Em relação às áreas técnicas, estas constituem espaços temáticos de gestão compostos por: DST/AIDS, Pneumologia (Tuberculose e Asma), Saúde Mental, Saúde Nutricional, Saúde Indígena, Saúde Bucal, Saúde da Família, População negra, Saúde do idoso, Pessoas com deficiência, Tabagismo, Saúde do Homem, Assistência Farmacêutica e Saúde da Mulher, cujos gestores têm a função de coordenar a sua temática específica em todo o município, em equipes ou muitas vezes sozinhos.

Uma vez por semana reúnem-se coordenadora da CGPASES, todas as gerentes ou representantes da Gerência Distrital, algumas ATs e, dependendo da pauta, determinados participantes escolhidos pelo gestor. Um espaço coletivo do qual participam esses atores deveria facilitar uma relação de parceria com

gerências e áreas técnicas o que, na prática, efetiva-se apenas com algumas áreas. Acredito que existe pouca sensibilidade de muitas áreas técnicas em perceber que, enquanto cada uma delas trabalha com uma temática específica, a gerência distrital assume toda a complexidade de um território, onde todos os temas coexistem ao mesmo tempo, sem contar as situações de alta prioridade. A desarticulação dessas áreas e o pouco entendimento do cotidiano dos serviços de alguns gestores das ATs impõe uma sensação algumas vezes de descrédito. Mesmo assim podem ser percebidas iniciativas para melhora desta articulação, como a AT da Saúde da Família, que veio como uma proposta de articular melhor essas áreas com a rede de Atenção Primária a Saúde.

Outra iniciativa surgiu da ASSEPLA em 2011 que, com o intuito de fortalecer a execução da política de gestão estratégica e participativa no SUS, iniciou o processo do PARTICIPASUS com base na Portaria MS nº 2344/2009, com o objetivo de estruturar ações relativas às metas do Plano Municipal de Saúde (PMS), com vistas a integrar a Programação Anual de Saúde (PAS) 2012. O processo de oficinas de Capacitação em Monitoramento e Avaliações da Gestão do SUS envolveu gestores e trabalhadores das oito (oito) regiões de Gerência Distrital (GD) do município de Porto Alegre/RS e do Conselho Municipal de Saúde (CMS), no período de setembro a dezembro de 2011.

A partir desse momento, foram propostos espaços permanentes de planejamento e avaliação nos setores da gestão centralizada e nas gerências distritais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Tendo em vista o fortalecimento desses espaços, foram constituídas as equipes de monitoramento Consolida SUS, que trabalhou no ano de 2012 elaborando as metas e ações de sua região distrital. Na gerência onde trabalho, percebo este espaço como de empoderamento dos gestores, trabalhadores e controle social, com a participação da universidade, porém com a troca do gestor da ASSEPLA em nível central se parou de discutir esses espaços. Ao invés disso, a nova gestão já elaborou uma grande capacitação para envolver os profissionais da atenção primária em um curso de gestão hospitalar.

Os trabalhadores participam de inúmeras capacitações, algumas muito efetivas, outras, totalmente, desconectadas com a sua realidade, oriundas da gestão municipal e muitas vezes federal. Cito, como exemplo, uma demanda desconectada da capacitação para o diagnóstico do câncer infantil, financiada pelo instituto Ronald McDonald, que envolveu todos os trabalhadores da rede primária. É um tema

importante e sério, mas esse é o maior problema da atenção básica? Nossas crianças ainda morrem por doenças parasitárias.

Uma situação que percebo como muito favorável no município é a participação do controle social que se faz presente de maneira muito atuante nos espaços municipais e distritais; nos espaços locais, ainda percebo algumas fragilidades. Alguns representantes ainda possuem características de defender situações próprias em detrimento do coletivo; contudo, muitos com uma visão abrangente são ativos para construção e provocação de políticas públicas efetivas.

Durante o tempo que a pesquisadora trabalha na Gerência Distrital, apenas dois anos, foram presenciadas várias mudanças na Secretaria Municipal da Saúde; tudo muito dinâmico e com instabilidades frequentes. Dos fatos mais impactantes percebidos, onde foi despendida maior energia neste período de 2012 a 2014, a pesquisadora destaca: os apoiadores institucionais, PMAQ que vieram com força em 2012, mas perderam esta força em 2014; discussão sobre acolhimento; informatização, migração SIAB para E-Sus; equipes de monitoramento; muitos cortes financeiros; faltando materiais básicos para o desenvolvimento do processo de trabalho; discussão sobre a mudança de modelo das UBS (conversão e parametrização) e a mais desgastante e triste foi a mudança de contrato de todos os profissionais da Saúde da Família, onde colegas com mais de dez anos de atenção primária foram embora, evidenciado o vínculo precário. Em meio a todas essas mudanças e rotatividades, importantes ações foram descentralizadas, como o tratamento da tuberculose.

4.3 A GERÊNCIA DISTRITAL LESTE/NORDESTE

Essa gerência é composta por dois distritos, leste e nordeste, perfazendo um total de 151.000 usuários, segundo IBGE 2010. a cobertura de ESF é de 53%. Demograficamente segundo IBGE 2010, segue a composição da gerência distrital:

Tabela 1 – Características demográficas gerência leste/nordeste

PESSOAS	151073
HOMENS	71346
MULHERES	79726
CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS	10033
PESSOAS ATÉ 20 ANOS	49883
PESSOAS 60 A OU MAIS	18375
PESSOAS 65 A OU MAIS	12331
PESSOAS 80 A OU MAIS	2439
MIF 10 A 49ª	48831
RELAÇÃO JOVENS/IDOSOS (21/64)	4,05
DOMICÍLIOS	53649

Fonte: Site CGVS – vitais- dados demográficos

Em um contexto de caracterização, o território da gerência leste/nordeste é composto pelos seguintes serviços: 14 Unidades de Saúde da Família, perfazendo um total de 24 equipes de Saúde da Família; quatro Unidades Básicas de Saúde, cujos profissionais são contratados pela Secretaria Municipal da Saúde quatro Unidades Básicas de Saúde, cuja contratação é realizada pelo Grupo Hospitalar Conceição; uma Unidade Básica onde os profissionais são contratados pela PUCRS; um Centro de Saúde com Ambulatório de Especialidades; Equipe de Saúde Mental Adulto; Equipe de Especialidades Saúde da Criança e Adolescente e Pronto Atendimento 24 horas, coordenado pela rede de emergências.

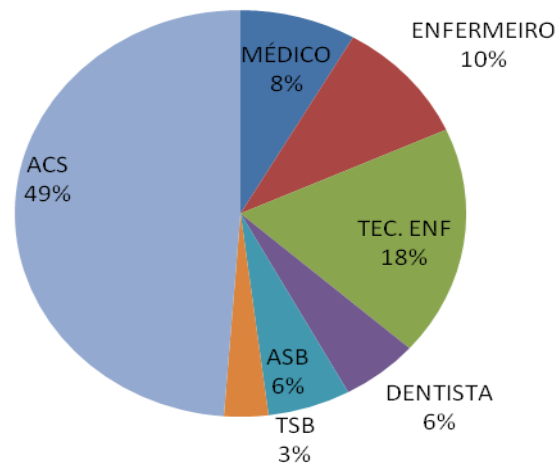
Tabela 2 - Composição dos serviços da gerência distrital

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	14
EQUIPES	24
EQUIPES DE SAÚDE BUCAL	9
UNIDADES BÁSICAS GHC	4
UNIDADES BÁSICAS SMS	4
CENTRO DE EXTENSÃO UNIVERSTÁRIA VILA FÁTIMA- PUCRS	1
CENTRO DE SAÚDE – CENTRO DE ESPECIALIDADES- CEO- PA- CR TB- FARMÁCIA DISTRITAL	1
UNIDADES EM FASE DE PARAMETRIZAÇÃO	2 – UBS Bom Jesus e Chácara da Fumaça
EQUIPE DE APOIO MATRICIAL	1
EQUIPES SAÚDE MENTAL ADULTO	1
EQUIPES DE ESPECIALIDADES SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE	1

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

O quadro de profissionais das Estratégias de Saúde da Família, desta gerência, consta a seguir:

Gráfico 1 – Quadro Funcional ESF GD Leno



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A Secretaria Municipal da Saúde é dividida por distritos docentes assistenciais; nesta configuração, o vínculo docente assistencial dos distritos leste/nordeste é com a PUCRS. Neste sentido, todas as unidades são potenciais campos de práticas assistidas. Além disso, são desenvolvidos neste território os projetos do PET/Saúde. O PET/Saúde atua incentivando a integração ensino-docência e comunidade através da inserção de docentes e estudantes na rede pública de saúde de na maneira que as necessidades dos serviços passem a ser fontes de produção de conhecimento (BRASIL, 2011). Na gerência distrital os projetos desenvolvidos são:

- Rede Cegonha: cuidando da mãe e da criança;
- Integração entre Atenção Básica e Educação: a Escola como espaço de promoção da saúde;
- Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: A Academia de Saúde como estratégia para a modificação do estilo de vida;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis - HIV (Teste Rápido (DST)) e SÍFILIS - E Tuberculose: Diagnóstico Precoce e cura de doenças;
- Dengue;
- Saúde Indígena;
- Portadores de necessidades especiais.

O Comitê gestor que compõe a escolha dos projetos é formado por representantes das respectivas Universidades, Secretaria Municipal da Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Para essas escolhas são consideradas, principalmente, as necessidades do território e os preceptores do projeto são de diferentes categorias profissionais, bem como os bolsistas.

Na GD LENO, a equipe de monitoramento é formada por gestores, trabalhadores, instituição de ensino (PUCRS), comunidade, representantes da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e Assessoria de Planejamento, Avaliação e Programação (ASSEPLA). Estes são os protagonistas deste processo. Estes trabalhadores são de diferentes áreas profissionais. O coordenador da equipe atua como facilitador das discussões de planejamento do território. Os trabalhadores na equipe de monitoramento são divididos em subgrupos que contam com as seguintes áreas: Saúde da Mulher, Vigilância das doenças Transmissíveis, Tuberculose, Saúde do Adulto, Saúde da Criança e adolescente e Saúde Mental.

Inicialmente, foi realizado um levantamento de indicadores de saúde para conhecimento mais aprofundado do território da GD através do banco de dados da CGVS, informações das áreas técnicas e planilhas de monitoramento de indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) bem como outros instrumentos.

O território também possui dez promotores de saúde da população negra. A GD LENO é a segunda gerência com maior concentração de população negra, com 27,2%, na Região Leste e 27,1%, no distrito Nordeste. As regiões com estas características também são as que apresentam maior incidência de AIDS, tuberculose, mortalidade materna por causas externas/homicídio e sífilis congênita, sendo que em relação a essas a população negra apresenta risco três vezes maior em comparação à população branca. Nos últimos anos conforme análises em alguns destes agravos tem se apresentado uma redução para a população branca, entretanto para a população negra os índices têm aumentado a cada ano. (PMS 2014-2017).

Na gerência LENO, residem 61 indígenas Kaingans, que são domiciliados com uma média de idade de 17 anos. Os serviços que realizam o atendimento a esta população são a Unidade Safira e Jardim Protásio Alves. As doenças

prevalentes no território da gerência são diabetes, hipertensão arterial sistêmica e alcoolismo, segundo dados PMAQ 2013.

Abaixo segue as causas de mortalidade por grupos e causas, segundo SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) 2013:

- 1º- Doenças do aparelho circulatório
- 2º- Neoplasias
- 3º- Aparelho Respiratório
- 4º- Causas Externas
- 5º- Doenças Infeciosas e Parasitárias

Além disso, o território possui altos índices de sífilis congênita, AIDS e tuberculose. O distrito nordeste compõe o maior em termos de mortalidade infantil. Este distrito é o segundo pior em termos de índice de carência, com muitas situações de usuários em miséria, passando por profundas desigualdades sociais. O índice de carência considera os seguintes indicadores: incidência de tuberculose, sífilis, AIDS, mortalidade por causas externas, domicílios indigentes, domicílios pobres, coleta de lixo, mortalidade materna, água, esgoto a céu aberto, gestação na adolescência, taxa de analfabetismo, moradias precárias, iluminação pública e mortalidade infantil. (PMS, 2014-2017). O distrito possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) relacionado à educação e renda segundo PMS 2014-2017.

4.4 INDICADORES DA TUBERCULOSE NA GERÊNCIA DISTRITAL

Com estas características territoriais de iniquidades, não é surpreendente que a incidência de tuberculose considerando os dois distritos (leste/ nordeste) é de 134 casos por 100.000 habitantes, a segunda maior do município, enquanto o Brasil, que é considerado um País com uma taxa elevada, tem uma incidência de 65/100.000. O perfil do usuário com tuberculose nestes distritos é: 68% homens, 70% com ensino fundamental incompleto e maior incidência na raça negra, evidenciando mais uma vez o perfil social da situação (PORTO ALEGRE, 2012).

Buss e Filho (2007) discorrem que existem enfoques para analisar os determinantes sociais que consideram as relações entre a saúde das populações, as

desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos.

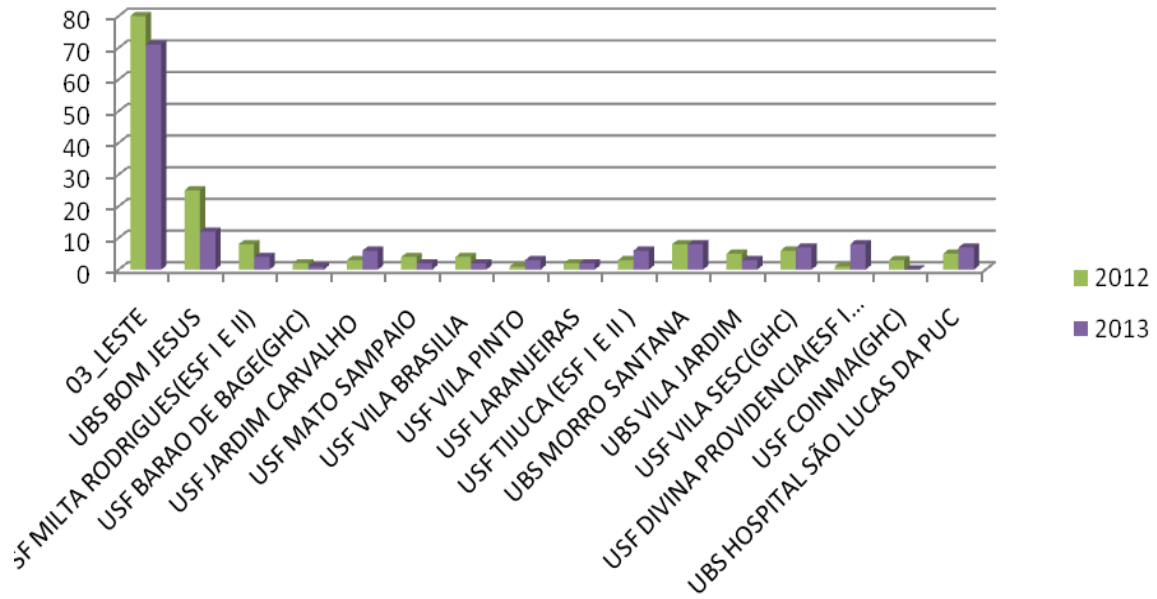
Esses estudos identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS e FILHO, 2007, p. 82).

Esta gerência, em 2012, passou pela capacitação da descentralização do tratamento da Tuberculose desencadeada pela área técnica da pneumologia, contudo após um ano da capacitação não havia nenhum usuário realizando o tratamento descentralizado.

Em março de 2013, iniciaram-se as rodas de educação permanente nas equipes; em agosto desse ano, já havia 42 usuários em tratamento descentralizados. Ainda comparado o ano de 2012 e 2013 dez das 14 unidades de saúde da família haviam aumentado o indicador 6.2 do PMAQ que consiste na média de atendimentos de tuberculose, calculado através do número de atendimento de médicos e de enfermeiro dividido pelo número de pessoas com Tuberculose cadastradas.

Sobre a identificação do sintomático respiratório segue o gráfico abaixo relacionado ao distrito leste:

Gráfico 2 – Identificação do Sintomático Respiratório 2012 – 2013 Distrito Leste

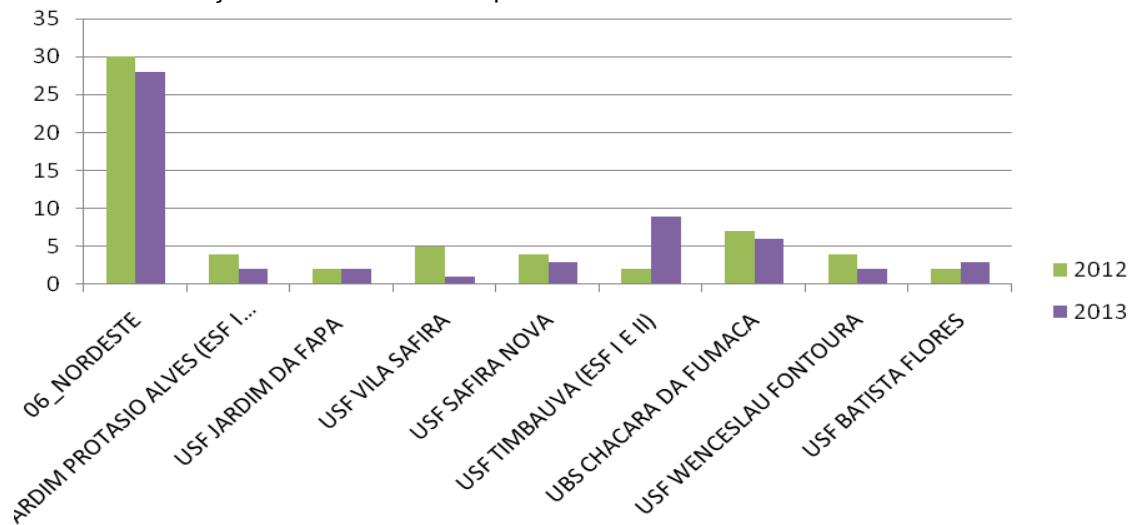


Fonte: elaborado pelo pesquisadora baseado nos dados fornecidos pela CGVS

Observa-se que no ano de 2012, anterior à descentralização do tratamento, houve um número maior de identificação do sintomático respiratório. Contudo, trata-se de um número absoluto onde em um ano teve uma diferença de nove usuários.

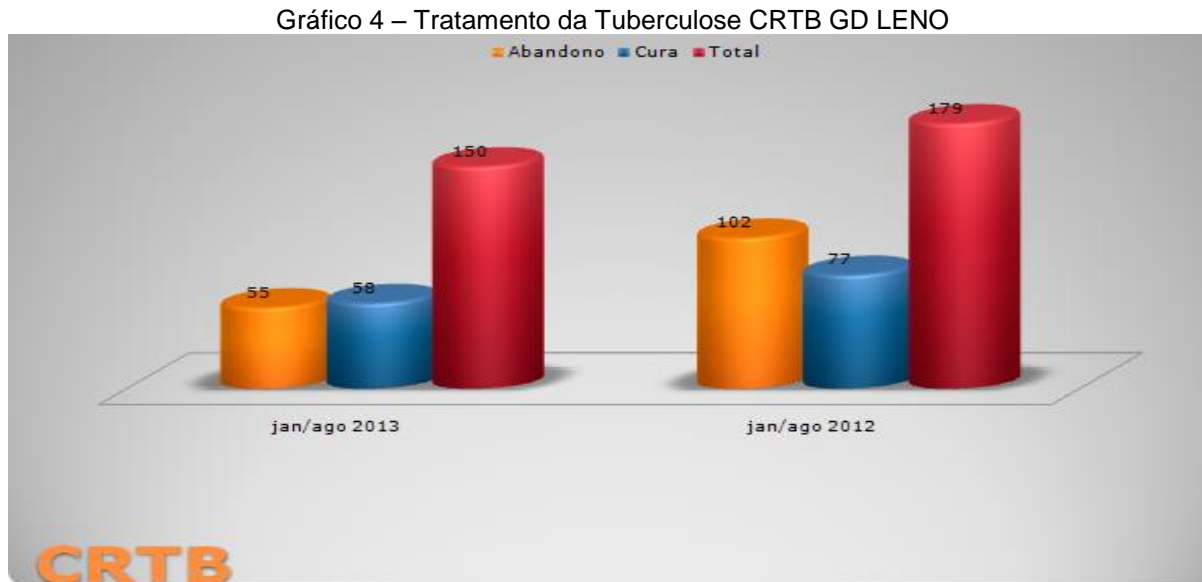
No distrito nordeste a diferença de identificação do sintomático respiratório foi de apenas dois usuários a mais também no ano de 2012.

Gráfico 3 – Identificação do Sintomático Respiratório 2012 – 2013 Distrito Nordeste



Fonte: elaborado pelo pesquisadora, baseado nos dados fornecidos pela CGVS

O gráfico 4 também mostra, em números absolutos, o panorama dos atendimentos no Centro de Referência para Tuberculose, comparando os anos de 2012 e 2013:



Fonte: elaborado pela representante do GT de monitoramento GD LENO.

Apesar da representação em números absolutos, observou-se uma diminuição do tratamento no Centro de Referência da região, comparado os primeiros semestres de 2012 e 2013: 29 usuários em tratamento a menos tratando no CRTB, em 2013 a cura diminuiu e o abandono reduziu praticamente a metade. Observa-se, na prática, que mesmo as equipes que não estão efetivamente tratando o usuário acometido por TB encontram-se mais sensibilizadas com a temática e, conseqüentemente, mais atuantes na busca ativa do usuário com TB.

Relacionado ao diagnóstico de número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, a GD LENO atingiu no 1º quadrimestre de 2013 93% da sua meta e no 1º quadrimestre de 2014 108% de sua meta. Conforme consta na tabela abaixo.

Quadro 4 - Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre, 1º quadrimestre/2014

Gerência Distrital	1º Quadrimestre						Variação	
	2014			2013				
	N	Meta	%	N	Meta	%	N	%
Centro	45	111	40	49	102	48	-4	-8,2
LENO	66	61	108	52	56	93	14	26,9
NEB	56	77	73	46	70	66	10	21,7
NHNI	37	74	50	37	68	54	0	0
GCC	48	60	80	46	55	84	2	4,3
RES	18	38	47	29	35	83	-11	-37,9
SCS	36	78	46	28	70	40	8	28,5
PLP	115	70	164	106	64	166	9	8,5
Total	421	569	74	393	520	76	28	7,1

FONTE: EVDT/CGVS/SMS/SINAN/IBGE 2010. Base de dados de 07/05/2013 (para as informações do ano de 2013) e base de dados 08/05/2014 (para as informações referentes a 2014).

Em relação aos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, no 1º semestre a GD atingiu 72,5% da meta e no mesmo período em 2014, 75%. Conforme consta na tabela abaixo.

Quadro 5 - Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, entre residentes em Porto Alegre, 1º quadrimestre

Gerência Distrital	1º Quadrimestre						Variação	
	2014			2013				
	N	Meta	%	N	Meta	%	N	%
Centro	23	74	31	19	74	25,6	4	21
LENO	30	40	75	29	40	72,5	1	3,4
NEB	30	50	60	27	50	54	3	11,1
NHNI	17	49	34,6	18	49	36,7	-1	-5,5
GCC	25	40	62,5	22	40	55	3	13,6
RES	17	25	68	17	25	68	0	0
SCS	20	51	39,2	9	51	17,6	11	122,2
PLP	69	46	15	76	46	165,2	-7	-9,2
Total	231	376	61,4	217	376	57,7	14	6,4

FONTE : EVDT/CGVS/SMS/SINAN/IBGE 2010. Base de dados de 07/05/2013 (para as informações do ano de 2013) e base de dados 08/05/2014 (para as informações referentes a 2014).

Cabe destacar que um ano é um período temporal curto para avaliação de indicadores desta mudança do processo de trabalho. Contudo, os resultados, de maneira geral, foram positivos, o que converge com a opinião dos trabalhadores quando relatam que as equipes sentem-se mais envolvidas e empoderadas em relação à temática. Estudos posteriores serão fundamentais para que os indicadores possam ser avaliados de maneira mais aprofundada.

4.5 A TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO

Porto alegre no ano de 2013 é a 2ª capital brasileira com a maior incidência de casos de tuberculose: 105/100.000. Essa incidência permanece estável nos últimos anos, fazendo com que o município alterne entre o primeiro e o segundo lugar das capitais brasileiras em relação à incidência da doença. Os bairros com as incidências maiores são Sarandi, Rubem Berta, Mario Quintana, Partenon, Lomba do Pinheiro, Centro e Santa Teresa (PORTO ALEGRE, 2012).

Em 2013, o número estimado de casos novos da doença para o ano era de 1.555 indivíduos, e foram notificados 1.478 pacientes. Em consonância com as demais capitais, a raça negra apresenta um risco de adoecimento por tuberculose mais de duas vezes superior ao da raça branca, bem como menor índice de cura. (PORTO ALEGRE, 2012).

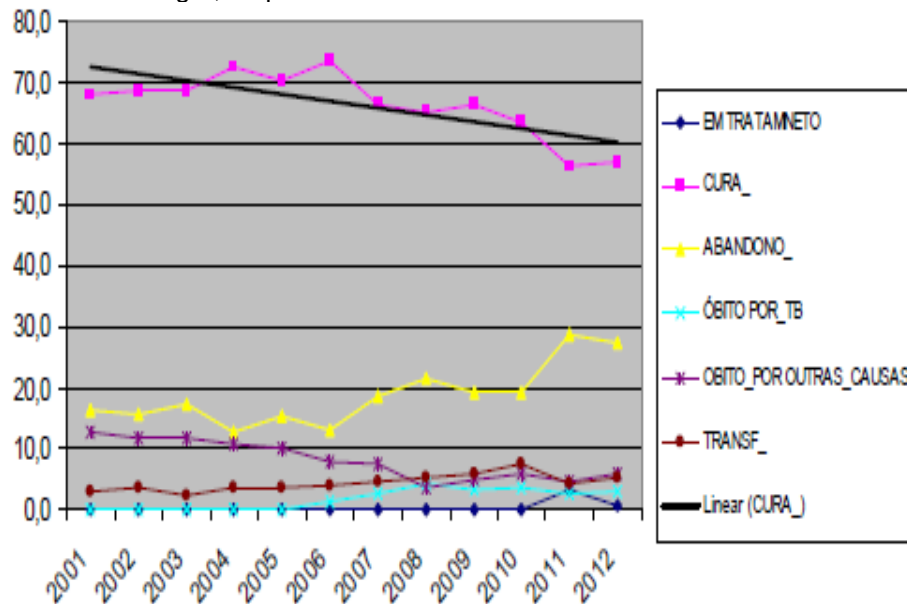
O número de casos estimados de tuberculose bacilífera para o ano de 2013 era de 1.127 indivíduos. O número de casos registrados neste ano foi de 775 doentes, 68,8% da meta, 11% menor em relação ao ano de 2012. Na avaliação dos resultados de tratamento, dos 871 casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera do ano de 2012, foram verificados 76 óbitos, representando 8,8% da coorte. Houve aumento de 15 óbitos em relação ao ano de 2011 (61 óbitos) (PORTO ALEGRE, 2012).

O aumento de óbitos foi ainda mais significativo na taxa de óbito pela coinfeção TB-HIV, 28,2%, onde o nº de óbitos aumentou de 39 para 50 no ano de 2013. Em relação ao total de óbitos por AIDS no ano de 2013, 396 óbitos, 103 deles eram da associação TBxHIV, mortalidade proporcional de 26%. O coeficiente de mortalidade da coinfeção TBxHIV em 2013 foi de 8,8/1.000 óbitos. A tuberculose permanece no município sendo a principal causa de óbito entre os portadores de HIV/AIDS. A taxa de coinfeção TB-HIV é o triplo da taxa do país (PORTO ALEGRE, 2012).

À semelhança da taxa de cura, os resultados de abandono são significativamente piores na raça negra em comparação à raça branca. A comparação entre os anos de 2012 e 2011 em relação à taxa de cura mostra que houve uma melhora de 8,5% neste resultado, com a taxa de abandono caindo de 28,6% para 26,2% (PORTO ALEGRE, 2012).

Contudo, a série histórica do município mostra uma diminuição da cura conforme gráfico 5:

Gráfico 5 – Série Histórica de Encerramento dos Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, em residentes de Porto Alegre, no período de 2001 a 2012.



Fonte: SINAN NET/EVDT/CGVC/SMSPA. Base de dados de 15/2/2014. Sujeitos a alteração, pois ainda pode haver acréscimo de casos no SINAN.

Em relação ao local de realização do diagnóstico, em 2011 48% foram nos centros de referência para tuberculose, 40% hospitais e pronto atendimentos, 8% nos presídios e apenas 4% nas estratégias de saúde da família (PORTO ALEGRE, 2012).

A rede de atenção à tuberculose do município conta com seis centros de referência para o tratamento, um laboratório municipal, Hospital Sanatório Partenon (Estadual), postos de coleta descentralizados em locais específicos definidos pelas gerências distritais, e agora as equipes descentralizadas, que até o momento, segundo Relatório de Gestão do Município em 2013, somam 76 unidades, bem como a CGVS que trabalha com os sistemas de informação (PORTO ALEGRE, 2013).

Sobre o processo de descentralização, no ano de 2012, consta no PMS 2014-2017 que as unidades capacitadas ficaram responsáveis pelo diagnóstico e tratamento de tuberculose pulmonar bacilífera, através de Tratamento Diretamente Observado (TDO), com utilização do Esquema Básico (EB) de tratamento, para a população da sua área de abrangência. São responsáveis, ainda, pelo manejo dos

efeitos adversos menores, pela avaliação dos contatos e realização do tratamento da Infecção Latente Tuberculosa (ILTb), quando indicada. Casos de difícil diagnóstico permanecem de responsabilidade dos Centros de Referência em Tuberculose (CR TB) da Gerência. Posteriormente, os Centros serão responsáveis por tratar também os pacientes com esquema especial de tratamento e os pacientes MDR (Multi Droga Resistente), hoje vinculados ao Sanatório Partenon.

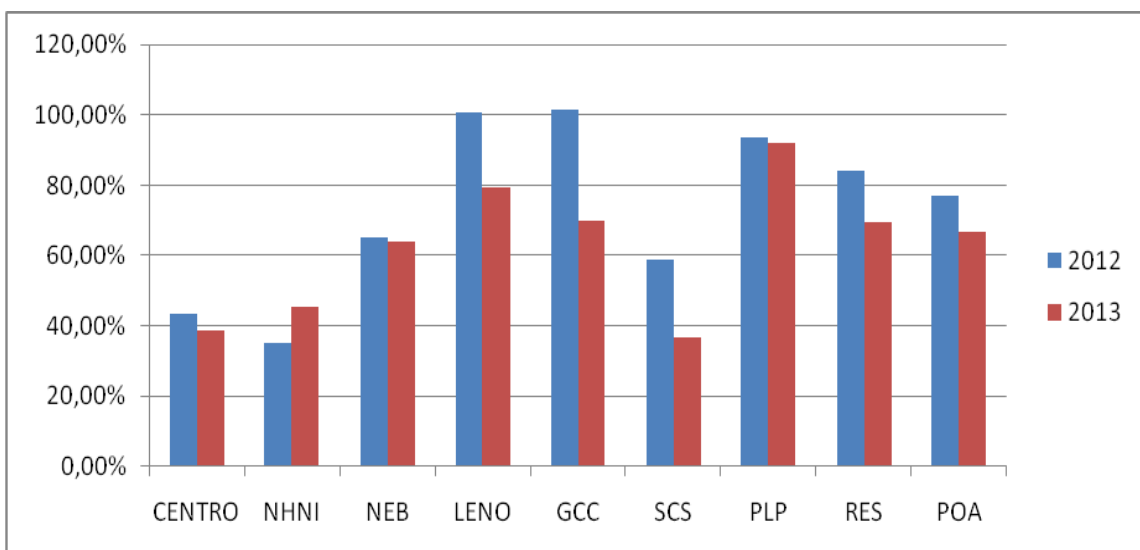
O programa foi descentralizado para todas as equipes de Estratégia Saúde da Família da Gerência Distrital Restinga/Extremo Sul, Leste/Nordeste e Glória/Cruzeiro/Cristal, totalizando 70 serviços com o programa implementado, 43,7% da rede de Estratégia Saúde da Família. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, 2014-2017).

O Ambulatório Sanatório Partenon ainda permanece como referência para o tratamento de qualquer caso de tuberculose droga resistente (TBDR) (PORTO ALEGRE, 2014-2017).

Segundo relatório da CGVS do Município (2012), a Tuberculose permanece como um cenário preocupante, com baixa proporção de cura e alto abandono e letalidade. Os indicadores epidemiológicos e assistenciais em uma série histórica de dez anos mostram poucas mudanças, contudo a fonte de notificação da doença tem aumentado na atenção primária.

Em relação às metas pactuadas no município, da Programação anual de Saúde, segue o panorama das gerências distritais:

Gráfico 6 – Diagnóstico de 80% dos casos novos estimados de tuberculose



Fonte: elaborado pela pesquisadora, baseado nos dados fornecidos pela CGVS

Observa-se que apenas uma gerência teve um melhor desempenho no ano de 2013, e apenas duas gerências, Leste Nordeste e Partenon Lomba do Pinheiro, atingiram 80 ou mais de 80% o diagnóstico de TB nos dois anos.

No relatório de gestão do primeiro quadrimestre de 2014 do município, são destacadas as seguintes ações do Programa Municipal de Controle à Tuberculose:

1. Implantação do Teste Rápido para Tuberculose;
2. Campanha de 24 de março – Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose;
3. Cooperação técnica com o Ministério da Saúde: Por um período de seis meses, a partir de dezembro de 2013, duas técnicas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose estão sediadas em Porto Alegre, atuando na Área Técnica da Pneumologia;
4. Capacitação sobre tuberculose para as Promotoras de Saúde da População Negra da Gerência Distrital PLP;
5. Ampliação da equipe da Área Técnica da Pneumologia, com a inclusão de um enfermeiro, totalizando três profissionais juntamente com o médico responsável pela asma e oxigenioterapia;
6. Participação no Comitê Estadual de Tuberculose de um representante indicado pelo Gabinete do Secretário da Saúde.

5 METODOLOGIA

O estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório descritivo. Para Minayo *et.*, (1997), a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado e com questões que ocupam um lugar mais profundo nas relações de processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis. Para Gil (2002), pesquisas exploratórias possibilitam uma aproximação maior com o tema, visando o aprimoramento de ideias. O caráter descritivo para o mesmo autor está relacionado com a questão de descrever determinados aspectos de um fenômeno ou uma população.

5.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A tuberculose é uma doença de componentes multifatoriais. Apesar dos investimentos realizados no município de Porto Alegre, o índice de abandono entre os pacientes aumenta, e em consequência disto diminuiu as taxas de cura. Existe uma reorganização dos processos de trabalho através da descentralização do tratamento que precisou ser descrita e analisada à luz da educação em saúde e problematização das questões do mundo do trabalho.

5.2 SUJEITOS DE PESQUISA

Ao total foram descentralizadas, na gerência leste/nordeste, 14 unidades de saúde da família. Os sujeitos da pesquisa foram 14 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, compondo um representante de cada unidade de saúde que foi capacitada para descentralização do tratamento da tuberculose, os profissionais representados são coordenadores ou colega designado por este. Também foi utilizado documentos do Município de Porto Alegre, bem como dados do Sistema de Informação Municipal.

5.3 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Como instrumentos de coleta de dados, foram aplicados questionários, e observações de campo.

O questionário utilizado teve origem no componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), formulado e validado para avaliar aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, Almeida e Oliveira (2003) em Petrópolis/RJ validaram para o Brasil e Villa e Ruffino-Netto trouxeram componentes ao questionário relativo a tuberculose (NETTO, 2009).

O instrumento possui três versões: uma para ser aplicada ao doente de TB residente no município do estudo, maior de 18 anos, sendo excluídos os doentes do sistema prisional; outra para os profissionais de saúde que atuam diretamente nas ações de controle da TB em serviços de AB (Unidades Básicas de Saúde - UBS e Programas de Saúde da Família - PSF) e Unidades de Referência (com equipes especializadas do Programa de Controle da Tuberculose - PCT); e outra, para os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Neste estudo, foi utilizado apenas o questionário aos profissionais de saúde, com algumas adaptações descritas a seguir.

O questionário possui questões específicas para avaliação do desempenho dos serviços de saúde na atenção ao doente de TB e inclui questões referentes às dimensões da AB: porta de entrada, acesso subdividido em acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade.

Neste estudo, foi utilizada a dimensão acesso ao tratamento e ao diagnóstico, componente fundamental para avaliar a descentralização e elenco de serviços, cabe ressaltar que não foram todas as questões utilizadas na análise e algumas foram complementadas com informações dos manuais técnicos da tuberculose. Cada pergunta contém cinco possibilidades de resposta tipo Likert (nunca, quase nunca, algumas vezes, quase sempre, sempre). As respostas a essas questões não foram analisadas quantitativamente e sim utilizadas como conteúdo descritivo.

Também outra adaptação que a pesquisadora entendeu como pertinente foi a elaboração de perguntas abertas fundamentadas na percepção da pesquisadora inserida no campo de prática e estudos prévios, que permitiram análises qualitativas. Foram realizadas um total de cinco perguntas abertas que contemplam, especialmente, questões sobre o processo de trabalho, percepção dos trabalhadores em relação à descentralização e avaliação das intervenções

pedagógicas, componentes que se prestaram a responder aos objetivos específicos desta pesquisa.

Ainda foram registradas observações em diários de campo, visto que a pesquisadora está inserida no processo de trabalho desta gerência distrital e atua como uma das referências dos trabalhadores sobre a temática, participa de muitas reuniões e espaços onde a problemática é discutida.

5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram aplicados questionários com questões abertas e fechadas, conforme descrito anteriormente pelo pesquisador. Em reunião de coordenadores, pautada previamente com a temática, os 14 profissionais, sujeitos da pesquisa, foram convidados pela pesquisadora a responder o instrumento. Houve um tempo estipulado para este momento na reunião; neste dia, a pesquisadora explicou elementos do projeto, objetivo, metodologia e aspectos éticos, bem como o retorno da pesquisa após sua conclusão. Os questionários e TCLE foram recolhidos separadamente ao final da reunião, de maneira que fosse garantida a confidencialidade de cada participante.

Cabe ressaltar que pelo fato de a pesquisadora fazer parte da equipe de gestão do território no qual os sujeitos de pesquisa atuam, trabalhou-se com a possibilidade de viés de resposta. Neste estudo também se considerou o viés de desejo da pesquisadora, relacionado a vontade de que se efetive melhoras no processo de trabalho em relação a TB.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análises de discurso, valendo-se das questões abertas do questionário, análises estas embasadas na sua construção pela pesquisadora Minayo (1997), que considera que este tipo de análise tem como objetivo a reflexão sobre as condições de produção e apreensão dos significados dos textos e busca compreender determinado modo de funcionamento, princípio de organização e formas de produção social de sentido. Os passos seguidos foram: leitura compreensiva do conjunto do material selecionado de forma exaustiva, onde se busca visão de conjunto, apreender as particularidades do conjunto de material a ser

analisado, elaboração de pressupostos para a análise e interpretação do material, escolha de formas de classificação e determinação de conceitos teóricos que orientaram a análise. Em uma segunda etapa, foi realizada a exploração do material, tentando identificar os núcleos de sentido e analisá-los, e como etapa final uma síntese interpretativa.

Como marco teórico para embasamento da análise, os principais autores utilizados foram Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy e Tulio Batista Franco, que trabalham com as questões de gestão, autonomia dos sujeitos, bem como o processo de trabalho, seus textos permeiam o contexto atual vivido no município.

A autora Susan Sontag que resgata através de um contexto histórico questões que nos ajudam a pensar o preconceito em relação à doença, em especial a tuberculose, e Rufino Netto, um dos autores do questionário utilizado neste estudo e responsável por muitas pesquisas de avaliação em serviços, discorrendo sobre a tuberculose, gestão e questões de acesso.

5.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Com o objetivo de respeitar os aspectos éticos, o trabalho foi devidamente encaminhado à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, após, à Plataforma Brasil, onde foi avaliado pelos comitês de ética da UFRGS e Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) Municipal, obtendo aprovação através do parecer 648644 e memorando 005/2014, respectivamente (ANEXOS).

Os sujeitos participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, e foi preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), além dos devidos esclarecimentos sobre os possíveis riscos na participação. O resultado da pesquisa será divulgado para os gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, bem como conselhos distritais de saúde da região. A opinião dos trabalhadores foi identificada com Q (questionário) e o número correspondente.

6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foram utilizadas tanto as questões abertas quanto as questões fechadas do questionário, algumas delas se inter-relacionaram nas respostas, e devido a este fato foram analisadas conjuntamente.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram respondidos 14 questionários, sendo que em 1 a caracterização de sexo, ocupação e idade não foi respondida. Em relação ao sexo, foram 11 do sexo feminino, as idades variaram entre 28 e 49 anos com uma média de 36 anos. Metade dos respondentes são enfermeiros e os demais profissionais foram: dois médicos, dois técnicos de enfermagem, um agente comunitário de saúde e um auxiliar de saúde bucal. Destes profissionais, oito possuem especialização, quatro em Saúde da Família, um em gestão e dois possuem especializações não identificadas. Dois respondentes possuem mestrado, um em saúde coletiva e outro não identificado. Sobre o tempo em que atuam em ações de tuberculose, as respostas variaram entre 0 e 13 anos, perfazendo uma média dos respondentes, que foram nove para esta questão, de 7,9 anos. Porém houve muita variação de respostas. Essas variações também dependem da percepção do respondente do que seria atuar em ações de controle da tuberculose. Destes profissionais, 13 atuam em estratégia de saúde da família e 1 em Unidade Básica de Saúde.

Segue abaixo tabela com a caracterização dos respondentes:

Quadro 4 – Caracterização dos respondentes

Idade	Sexo	Tipo de Unidade	Titulação	Ocupação	Tempo ações TB
36	Feminino	USF	Especialista em saúde da Família e terapia comunitária	Enfermeiro	12 anos
33	Feminino	USF	Especialista em Saúde da Família	Enfermeiro	7 anos
40	Masculino	USF	Graduação	Técnico de Enfermagem	13 anos
36	Feminino	USF		Enfermeiro	12 anos
32	Feminino	USF	Especilaização	ASB	0
36	Feminino	USF	Médico da Família e Comunidade	Médico	6 anos
39	Feminino	USF	Especialista em Saúde da Família	Enfermeiro	5 anos
31	Feminino	USF	Mestre em Saúde Coletiva	Enfermeiro	4 anos
		UBS			
31	Feminino	USF	Graduação	Enfermeiro	8 meses
28	Masculino	USF	Gestão em Saúde	Enfermeiro	7 meses

40	Feminino	USF		ACS	
37	Feminino	USF	Pós Graduação	Técnico de Enfermagem	13 anos
49	Feminino	USF	Mestranda	Médico	5 anos

Fonte: elaborado pela pesquisadora

Sobre a formação profissional, a partir do questionário de Rufino Netto foram elaboradas as seguintes questões, que poderiam ser respondidas da seguinte forma: 1 nunca, 2 quase nunca, 3 às vezes, 4 quase sempre e 5 sempre. Abaixo as questões, com variação das respostas:

Durante a sua formação foi abordado o tema TB?

A resposta que mais apareceu foi às vezes (3). Um enfermeiro e um ASB responderam quase nunca (2). Um médico, um enfermeiro e um ACS responderam quase sempre (4). Apenas um médico respondeu sempre (5).

Durante a sua formação, teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB?

Para esta questão a maioria respondeu quase nunca (2). A resposta de nunca (1) foi do profissional ASB, e os maiores contatos com a temática foram da categoria médica, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Em uma amostra de 50% de enfermeiros me impressionou nenhum ter respondido que vivenciou a temática.

Os profissionais são qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?

Dez profissionais responderam às vezes (3). As respostas nunca (1) e quase nunca (2) foram dadas por enfermeiros. Houve uma resposta de um enfermeiro com quase sempre (4) e um ACS respondeu sempre (5) a esta questão.

O(A) Sr.(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na sua unidade de saúde?

A maioria das respostas representou que os profissionais seguem protocolo, mostrando o quanto este é forte nas instituições. Apenas um técnico de enfermagem respondeu às vezes (3). Um ASB respondeu nunca (1), sugerindo que a odontologia possa ser distante de algumas realidades, por trabalharem mais isolados.

6.2 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

Das questões abertas, trabalhadas através de análise de conteúdo, sobre os aspectos específicos da descentralização, como enumerar os aspectos positivos e negativos do processo, emergiram as seguintes categorias:

Aspectos positivos da descentralização do tratamento: Facilidade de acesso ao tratamento e Responsabilização da equipe e empoderamento (nesta categoria surgiram elementos como vínculo, gestão compartilhada e conhecimento da realidade). Quanto aos aspectos negativos, as categorias emergidas foram: Intervenções pedagógicas pouco efetivas, burocratização do processo e preconceito e estigma.

A ordem das categorias foi trabalhada conforme estas se inter-relacionam e algumas foram analisadas conjuntamente. Também foram agregadas na elaboração do texto, com o intuito de tecer relações com outros elementos da pesquisa, as respostas fechadas do questionário.

6.2.1 Facilidade de Acesso ao Tratamento x Preconceito e estigma

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Conceito

O conceito de acesso varia entre autores e muda ao longo do tempo, conforme o contexto. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde associada à oferta (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A respeito da relação de acesso enquanto ato de ingressar, Barata (2008) discorre que este conceito compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. Traz também que a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do

indivíduo é em geral responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais são responsáveis pelos contatos subsequentes, e estes também definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes.

Ainda nesta lógica do conceito de acesso, a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser divididos em determinantes da oferta e determinantes da demanda. Para determinar a oferta, a pré-condição mais importante é a existência dos serviços. A partir da existência física dos serviços de saúde, ocorre a modulação da oferta relacionado às acessibilidades, cultural, econômica e organizativa (TRAVASSOS ; MARTINS, 2004).

Cabe salientar que o uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele: o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores. Fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado. A continuidade também depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que seja analisada em suas particularidades (TRAVASSOS ; MARTINS, 2004).

O usuário quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta a este através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades e é nessa comunicação que se realiza a relação de cuidado ou descuidado. A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa idéia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema. Esta idéia do cuidado que se produz no serviço de saúde é formada por um conjunto de representações que dão significado à assistência que se presta. Se ela não for capaz de fazer com que o usuário se sinta de fato protegido, isto é, se a idéia de cuidado, traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários, pode-se tornar ruidoso os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e gerar conflitos e tensões que interditam a relação de cuidado (FRANCO E MERHY, 2005, p. 7).

A exemplo disto, as Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre atendem uma população de em média 15 a 30 mil usuários, na prática assistencial em uma dessas UBS observava que os usuários que acessavam apesar do grande número de cadastrados eram sempre os mesmos, entretanto nas visitas domiciliares entrava em contato com tantos outros que jamais acessavam o serviço. A barreira geográfica era igual para praticamente todos; as ofertas teoricamente iguais para

todos; então por que alguns acessavam e outros não se sentiam neste direito? Nessas visitas, minhas reflexões sobre iniquidades ficavam presentes o tempo todo. Portanto, percebo que existem questões para além de demandas e ofertas, acesso geográfico ou existência física de um serviço.

...compreender a questão das desigualdades em saúde a partir dessa perspectiva implica adotar propostas baseadas no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos na elaboração de estratégias compensatórias. Tais estratégias devem considerar que as necessidades são diferentes e, portanto, requerem recursos também diferenciados para sua satisfação (BARATA 2008, p.28).

Outro aspecto importante sobre os conceitos analisados é a distinção entre os modelos explicativos da saúde e do uso de serviços de saúde. Saúde é entendida como um fenômeno bem mais amplo que a doença e não pode ser explicada unicamente pelo uso de serviços de saúde; desta forma, a saúde da população não resulta diretamente da ação dos sistemas de saúde (TRAVASSO ; MARTINS 2004).

Existe também a tendência de se abordar o conceito de acesso para os resultados dos cuidados de saúde, o que também apresenta limitações para sua avaliação, uma vez que requer medidas multidimensionais de difícil compreensão, operacionalização e, muitas vezes, de baixa validade (TRAVASSOS; MARTINS 2004).

O uso de serviços de saúde tende a refletir os níveis de desigualdades existentes na sociedade.

Se a saúde é vista como necessidade humana essencial, beneficiária do estatuto de direito social, então sua garantia, através de procedimentos que visem a promoção, a prevenção, a manutenção e a recuperação, deverá ser objeto de políticas públicas universais e igualitárias assumidas como responsabilidade ética por toda a sociedade (BARATA, 2008, p. 28).

Esta perspectiva, na compreensão da pesquisadora, seria a mais adequada para tratar das questões do acesso em relação à tuberculose enquanto uma doença negligenciada, mas ela ainda é muito trabalhada na perspectiva do doente e do serviço de saúde.

Numa relação de acesso e descentralização, Hortale, Pedroza e Rosa (2000) sistematiza da seguinte forma relacionando o acesso e as diferentes instancias:

1) *Instâncias central e local*: é onde se promove e se concretiza a responsabilidade com as necessidades da população e com os valores sociais. Onde se pode avaliar a efetividade na produção de resultados na saúde da população. Podendo realizar escolhas estratégicas com os processos de adaptação, onde toma forma a coerência dos serviços com as necessidades da população. E, principalmente, é onde se dá a adequação das escolhas de objetivos à demanda dos cuidados.

2) *População/usuários*: onde é manifestada a legitimidade e confiança no sistema de saúde. Os fatores socioculturais que predisõem ou não o uso do sistema de saúde formal e as atitudes que influenciam o comportamento individual, como as crenças sobre os médicos e os serviços médicos, orientações pessoais sobre a saúde são considerados.

Neste sentido, a descentralização, por seu lado, não foi considerada um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso. Sua avaliação leva em consideração a missão e as funções do Estado, os serviços de saúde e os usuários do sistema (HORTALE, PREDRZA E ROSA, 2000).

Na lógica da PNAB (2011), onde as unidades básicas de saúde, instaladas onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, visam a garantia do acesso a população ou a atenção primária enquanto porta de entrada, descentralizar o tratamento da tuberculose para rede de atenção primária foi uma opção plausível, apostando na questão de acesso.

6.2.2 Acesso ao Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose

Em relação ao acesso, esta temática emergiu como uma das categorias trazidas pelos sujeitos das pesquisas como um dos fatores positivos da descentralização do tratamento. A melhoria de acesso respondida pelos pesquisados esteve relacionada ao acesso ao tratamento, exames e medicação. Também foram utilizadas expressões como “acesso rápido”, “melhor acesso” e “facilidade de acesso”.

Algumas pesquisas já foram desenvolvidas para avaliar a questão do acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. O acesso ao diagnóstico da TB vem sendo estudado na perspectiva, do doente e dos serviços de saúde, demonstrando que ambas apresentam características que levam a falhas na detecção precoce dos

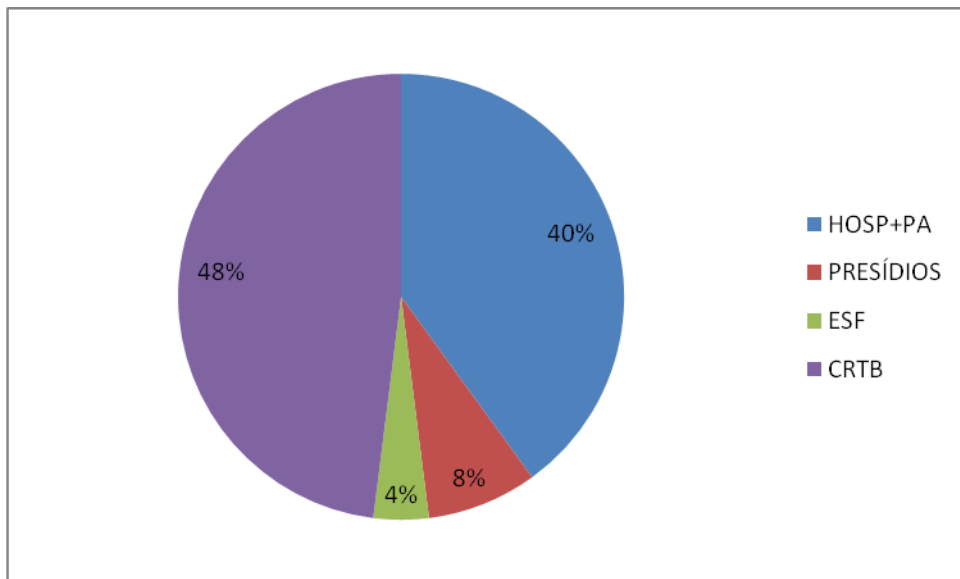
casos e, por consequência, à diminuição das taxas de cura e aumento da carga da doença em todo o mundo. A maioria das pesquisas em TB utiliza o termo acesso “como o grau de facilidade ou dificuldade de adentrar ao serviço de saúde e nele permanecer com a finalidade de receber assistência direcionada à sua necessidade de saúde” (OLIVEIRA et al., 2007). Percebo este conceito coerente com que os trabalhadores responderam.

Oliveira *et al.* (2007), embasados em várias pesquisas, concluem que grande parte dos diagnósticos de TB foram realizados em níveis secundários e terciários de atenção, enquanto que a atenção básica foi pouco representativa na realização dos diagnósticos, em um sentido contrário ao que preconiza a PNAB que tem como um de seus fundamentos e diretrizes.

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011, p.20).

Pensando a questão de acesso em Porto Alegre as maiores fontes de notificação de TB são as emergências, hospitais e CRTB, conforme gráfico abaixo do ano de 2011, extraído de relatório municipal de Porto Alegre, CGVS 2012:

Gráfico 7 – Fontes de notificação



Fonte: Relatório CGVS, 2012- Porto Alegre.

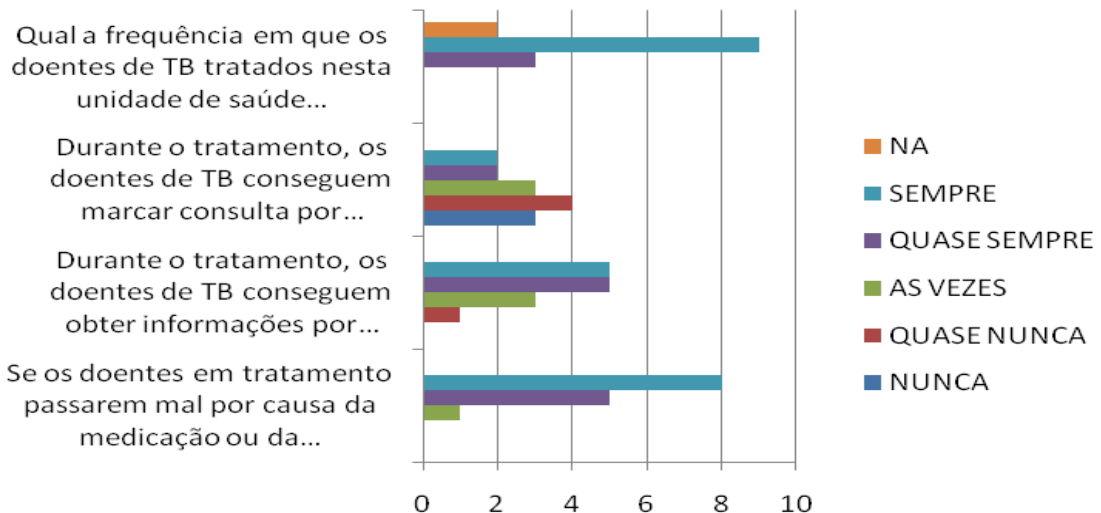
O Brasil está distante de alcançar a meta de detecção de casos de TB. Para Oliveira *et.al* (2007), esse problema persiste não devido às formas de diagnóstico e de tratamento da doença, mas sim à forma como os serviços de saúde se organizam para possibilitar o acesso ao diagnóstico por parte da população e para tratar os casos de TB.

Um dos conjuntos de questões sobre acesso tinha as seguintes possibilidades de respostas 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica às questões:

- Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?
- Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?
- Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?
- Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área de atuação da unidade?

Segue gráfico com as questões compiladas:

Gráfico 8 – Acesso ao tratamento 1



Fonte: Gráfico elaborado pela pesquisadora

De maneira geral, na concepção dos trabalhadores que responderam ao questionário, os doentes têm acesso facilitado nas unidades de saúde da família, em

relação à consulta em 24 horas em virtude a uma reação do medicamento. 13 dos 14 profissionais responderam entre as escalas sempre e quase sempre. De fato, percebem-se situações agudas, como passar mal em virtude da medicação, são entendidas como prioridades nos serviços, independentemente de ser uma situação de tuberculose ou não.

Sobre o uso do telefone, dez respondentes dos 14 trouxeram que sempre e quase sempre o usuário obtém a informação sobre seu tratamento; contudo a marcação de consulta por telefone não é um processo de trabalho comum; dez questões foram respondidas como nunca, quase nunca e às vezes. Em Porto Alegre, os idosos são os únicos amparados legalmente para marcar suas consultas por telefone, mesmo assim com horário pré-determinado. A maioria das unidades para marcação de consultas se utiliza do acolhimento ou ofertas de consultas pontuais por meio de fichas de atendimento. Há, no entanto, muitas unidades de saúde da família observadas em que os usuários da tuberculose saem com as consultas previamente marcadas e quando não comparecem muitas unidades realizam a busca ativa.

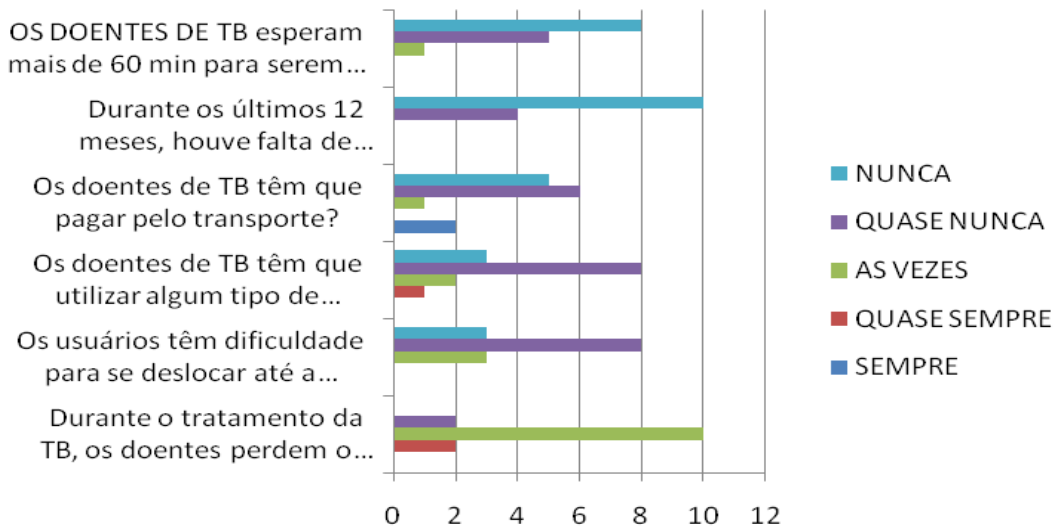
Em relação a pertencerem à unidade, 12 respostas variaram entre sempre e quase sempre, os 2 dois profissionais que responderam como não se aplica atribuo a unidades que efetivamente não estejam realizando o tratamento descentralizado de fato.

Para o segundo grupo de perguntas:

- Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?
- Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?
- Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?
- Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?
- Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?
- Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

As possibilidades de respostas eram: 1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca

Gráfico 9 – Acesso ao tratamento 2



Fonte: Gráfico elaborado pela pesquisadora

Os profissionais, de maneira geral, entendem que às vezes os usuários perdem turno de trabalho para comparecer ao atendimento, dez respostas quase nunca têm dificuldades para se deslocar; oito respostas quase nunca precisam de transporte.

Quanto ao pagamento de transporte, as respostas variaram entre nunca e quase nunca, cinco respostas nunca e seis respostas quase nunca o usuário precisa pagar o transporte.

Relacionado à espera de mais de 60min para serem atendidos, 13 profissionais responderam que nunca (8) ou quase nunca (5) os usuários esperam este tempo, e os 14 responderam que nunca (10) e quase nunca (4) houve a falta de medicamentos para o tratamento.

Pesquisas realizadas com o doente de tuberculose em tratamento, mostram que em relação a acessibilidade organizacional os usuários respondem, satisfatoriamente no que se refere a tempo de espera, consulta médica em até 24 horas, facilidade para obtenção de consultas de controle durante o tratamento e fornecimento de informações, bem como não haver falta de medicamento o que mostra uma percepção neste aspecto parecida entre os usuários que responderam e os profissionais. Além disso a proximidade do domicílio mostrou-se um fator muito importante nas pesquisas (ARCÊNCIO *et al.*, 2011, p.54).

Há diferenças significativas entre os serviços onde estão concentrados mais próximos, usuários precisam caminhar mais, o que fatalmente poderá ocasionar

grandes dificuldades para a continuidade terapêutica (ARCÊNCIO *et al.*, 2011). A longa duração do tratamento associado às constantes visitas aos centros de atenção a TB, que se apresentam distantes do domicílio dos doentes, são fatores preditores ao abandono (ARCÊNCIO *et al.*, 2011).

Estudo conduzido na Etiópia apontou que nas unidades de saúde mais distantes, o percentual de abandono era maior, verificando-se que nessas localidades as desistências ocorriam já no início do tratamento (ARCÊNCIO *et al.*, 2011).

Sobre a perda dos turnos de trabalho, este é um dos fatores mais impactantes para o usuário, segundo mostram as pesquisas que retratam também que este fator é minimizado quando o tratamento é realizado próximo à sua casa (ARCÊNCIO *et al.*, 2011).

Os principais motivos para os doentes não terem acesso aos serviços de saúde são disponibilidade e acessibilidade ao transporte, custo do transporte, localização inacessível das unidades de saúde, prestação dos serviços em horários não coincidentes com as necessidades dos usuários e baixos salários (ARCÊNCIO *et al.*, 2011, p.42).

Sobre essa organização no município em relação ao vale transporte, os Centros de Referência para o Tratamento da Tuberculose (CRTB) possuem este recurso para disponibilizar aos doentes em tratamento: são cartões de passagens contendo duas viagens. O usuário pode receber mais de um, mediante avaliação do profissional de saúde que o está atendendo, e o recebimento será mais de um cartão se este usuário necessitar de um acompanhante e deva se deslocar para a realização do Rx. O acesso ao Rx é um nó nesta perspectiva, pois os usuários da gerência leste nordeste, por exemplo, moradores do bairro Mario Quintana e Bom Jesus se deslocam até o centro de cidade para realizar uma radiografia.

Usuários com vulnerabilidade extrema, os profissionais de saúde fazem acordos com o Pronto Atendimento da região (PA), mas não é um fluxo instituído e se estabelece nas parcerias. Ainda sobre o cartão de passagem, o município institui a descentralização mas os cartões permanecem somente nos centros de saúde, o que não faz sentido, pois usuários em unidades de saúde da família distantes ficam sem este recurso para se deslocar caso necessário, como por exemplo na realização de um RX.

Sobre os horários de atendimento, as unidades de saúde da família possuem atendimentos das 8 às 17 horas com uma hora de intervalo das 12 às 13 horas. Até meados de 2013 as unidades poderiam realizar os turnos estendidos, quando ficavam abertas até às 19 horas, justamente, para o atendimento da população trabalhadora com as maiores dificuldades de acesso aos serviços. Contudo esta organização foi interrompida em virtude do corte de gastos, inviabilizando que os profissionais realizassem horas extras (HE). Estes mesmos profissionais legalmente pelo IMESF também não podem realizar bancos de horas.

Existem exceções que fazem os trabalhadores se questionar como as atividades sobre DST/AIDS que, visivelmente, é uma das áreas com maiores recursos da Secretaria Municipal da Saúde, as campanhas de vacinações e atualmente trabalhar nas atividades da Copa do Mundo 2014.

Situações como essas trazem à tona algumas questões contraditórias, como por exemplo, houve investimento no PMAQ para analisarmos indicadores; contudo, os dados podem até nos indicar determinadas situações, mas se a equipe quer fazer um planejamento de turno estendido para aumentar determinado indicador, não é possível.

Segundo Fekete (1997), a acessibilidade corresponde ao grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Ela é considerada como um dos principais atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo compreendida como a ausência ou presença de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção do cuidado.

A relação com a organização dos serviços de saúde, acredito, está também relacionada com o acesso. As pesquisas mostram estes resultados e os trabalhadores elencam como uma das positivities da descentralização, mas entendo a problemática como algo mais macro. O perfil do doente de tuberculose é de homens, negros, baixa renda econômica e baixa escolaridade. As políticas públicas em geral já não deram acesso a esse usuário, a organização dos serviços, sozinha, solucionaria o problema? Alguns doentes de tuberculose que já tive a oportunidade de atender, inclusive, não têm acesso ao alimento. É importante também pensando no elenco dos serviços relações de vínculo e responsabilização que serão trabalhadas na pesquisa.

6.2.3 Preconceito e Estigma

Foi muito presente entre os trabalhadores que o preconceito e o estigma em relação à doença poderiam ser fatores negativos para a efetivação do tratamento nas Unidades de Saúde da Família.

Pouca adesão dos pacientes, possivelmente relacionada ao preconceito social (Q4).

Exposição do paciente na medida que faz o tratamento no posto próximo ao seu domicílio (Q5).

Medo do usuário em se expor às pessoas conhecidas, do seu relacionamento próximo (Q7).

Pode favorecer a má adesão ao tratamento por ser a unidade próxima do usuário e seus familiares, amigos e vizinhos (Q6).

Não querer que sua equipe saiba que esta com TB (Q7).

Vergonha do paciente em se expor se tem outras patologias (Q9).

Em pesquisa realizada em Campina Grande, com o objetivo de identificar e analisar as representações sociais acerca do preconceito e estigma, na perspectiva dos usuários tratados de tuberculose, na estratégia de saúde da família, os resultados apontaram barreiras representacionais circundadas em atitudes e crenças relacionadas ao medo do estigma e de discriminação em relação à doença e ao doente de tuberculose. Dos dados emergiram cinco categorias temáticas relacionadas às representações sociais dos doentes com tuberculose, representando aspectos importantes da vida, como o convívio familiar, social, trabalho e o medo e pela segurança da família (CLEMENTINO *et al* 2011).

Uma vez atendendo uma usuária com tuberculose ela relatou que o impacto de ter HIV não foi tão horrível quanto ter Tuberculose, “HIV tudo bem, eu superei, mas tuberculose é demais. Nunca mais me esqueci desta fala (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

6.2.3.1 Da doença e do paciente, o mito da tuberculose

A DOENÇA é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. (SUSAN SONTAG, 1984, p.7).

As fantasias inspiradas pela tuberculose no século passado constituem reflexos de uma concepção segundo a qual a doença não pode ser tratada e constitui um mal incompreensível, contrapondo uma era em que na medicina todas as doenças podem ser curadas (SONTAG, 1984). Em relação ao imaginário, a autora afirma que a doença é vista como da pobreza e da privação, como falta de

roupas, corpos magros, quartos sem aquecimento, higiene deficiente, alimentação inadequada.

Em contrapartida, historicamente, segundo Rosemberg (1999), desde a Antiguidade, a maior informação que nos chega sobre as vítimas da tuberculose é relativa às camadas sociais mais altas. O autor faz a referência a Marx, destacando que a história da humanidade é a história das classes dominantes.

[...] em relação à tuberculose, sabemos muito mais dos dramas e comportamentos dos doentes mais destacados e sua repercussão social na época considerada. Dos milhões de desvalidos que morreram consumidos pela tuberculose, tanto no passado como na modernidade, praticamente nenhuma notícia se tem relativamente aos seus sofrimentos e dramas. Nada de lirismo, pobre não tem possibilidades de ser romântico (ROSEMBERG, 1999, p.6).

Sontag (1984) discorre que a doença já foi retratada de várias formas, principalmente, de forma romântica. Os românticos haviam moralizado a morte de uma maneira nova: com a morte pela tuberculose, fazia-se da morte algo estético, como a doença que dissolve o corpo.

Sintomas como a febre, por exemplo, eram um sinal de ardência interior: o tuberculoso é alguém "consumido" pelo ardor. O uso de metáforas também foi utilizado para descrever o amor doentio ou uma paixão que consome. Um personagem em *A montanha mágica* explica: "Os sintomas da doença nada mais são que uma manifestação disfarçada do poder do amor; e toda doença é apenas o amor transformado" (SONTAG, 1984).

A tuberculose também já foi retratada como a doença de vítimas inatas, de gente sensível e passiva, de pessoas que não são suficientemente amantes da vida para sobreviver. Distúrbios psicológicos e desvios de conduta já foram atribuídos à doença (SONTAG, 1984) A autora faz uma crítica e alerta em relação aos mitos de determinadas doenças: "Existem muitos mitos em relação à doença e qualquer doença encarada como um mistério e temida de modo muito agudo será tida como moralmente, senão literalmente, contagiosa" (SONTAG, 1984). Com tantos mitos e fantasias, a autora nos traz que "a saúde torna-se banal e até vulgar" e critica a irracionalidade com a qual a doença foi abordada.

Em muitas civilizações antigas, as moléstias, entre elas a TB, eram consideradas resultado de castigo divino. Hipócrates, na Grécia, foi um dos primeiros a considerar a TB como uma doença natural e que, pelo seu caráter de

esgotamento físico, passou a denominá-la de tísica (do grego *phthisikos*, ou seja, que traz consumpção) (CONDE, SOUZA e KRITSKI ; 2002).

No Brasil, símbolos e signos também foram utilizados, como a escarradeira de cerâmica decorada, signo que retratava o receio de contágio durante as primeiras décadas, esteve presente em luxuosas residências, teatros e igrejas, enquanto em ambientes populares existiam artefatos menos requintados (ANTUNES *et.al*, 2000).

Antunes, Waldman e Moraes (2000) ainda nos trazem questões como: o isolamento, a morte nos sanatórios, por vezes instalados em montanhas referidas como mágicas, a hemoptise, o jorro de sangue pelo nariz bem como o número trinta e três, que era pronunciado com expectativa entre os doentes.

A história da tuberculose no Brasil consagrou ao longo do século XX vários ícones canônicos de intenso significado para os doentes e para os estabelecimentos, programas e profissionais que se dedicaram à profilaxia da moléstia. São objetos, procedimentos, instituições e outros elementos relacionados à doença, cuja marca se imprimiu de modo indelével na organização social. São conteúdos significativos que chegaram a impressionar o imaginário de uma sociedade que ainda hoje preserva a sua lembrança (ANTUNES, WALDMAN E MORTAES, 2000, p. 368).

Por mais de um século e meio, a tuberculose produziu muitos mitos e metáforas, que variam entre delicadeza, sensibilidade, tristeza, e fraqueza e também retratada com ambivalência, oscilando entre o flagelo e o símbolo de refinamento ou como a uma falha da vontade ou um excesso de violência (SONTAG, 1984).

A partir do século XX, no entanto, ocorre o declínio da associação entre a tuberculose e as metáforas, principalmente relacionadas à arte, pois a doença passou a ser identificada de forma mais clara, e vista como preocupante problema de saúde, em virtude de sua persistência e propagação, principalmente entre as populações desfavorecidas (MACIEL, 2012).

Relacionado a esse novo cenário, observou-se, também, a mudança de concepção sobre a enfermidade, passando de “mal romântico” a “mal social”, contexto que acabou convergindo para a estigmatização social do enfermo, a qual se perpetua, em grau distinto, até os dias atuais (MACIEL, 2012, p.228).

Em 1882, com a descoberta do bacilo de Koch, por Robert Koch, inicia uma nova época no entendimento da TB. Em 1885, Roentgen, a radiografia traz grandes avanços para o diagnóstico e acompanhamento da tuberculose. Este mesmo

período das descobertas também é a época do grande adoecimento pela doença, porém apesar dos avanços o tratamento ainda era desconhecido. Discutia-se, porém, a necessidade absoluta do isolamento dos pacientes em sanatórios, com repouso total e os climas de montanha e marítimos, além de exposição ao sol, bem como a boa alimentação (CONDE, SOUZA e KRITSKI ; 2002).

Em relação ao tratamento, acreditava-se que o tuberculoso podia ser ajudado e até curado por uma mudança de ares. Havia a noção de que a tuberculose era uma doença das cidades úmidas: o interior do corpo se tornava úmido e devia ser secado. Os médicos recomendavam viagens a lugares altos e secos, tais como as montanhas e os desertos (SONTAG, 1984).

As diretrizes internacionais instituídas no final do século XIX, para o combate à tuberculose, estiveram centradas em dois estabelecimentos: o dispensário e o sanatório. No dispensário, a atividade era a procura dos focos de contágio, a propagação de noções de higiene e a assistência médica e social aos doentes inscritos; os sanatórios estavam voltados ao isolamento nosocomial e tratamento continuado. Com esses estabelecimentos e suas atividades, pretendia-se dificultar a disseminação da doença (ANTUNES *et.al*, 2000).

Historicamente, os sanatórios foram opções de tratamento e estes locais ainda são referências para tratamento. Para Sontag (1984), a palavra sanatório, era utilizada para designar uma clínica de tuberculosos e ainda o mais vulgar dos eufemismos para o asilo de loucos e conseqüentemente a enfermidade foi tratada como algo que isola a pessoa da comunidade.

Os primeiros Sanatórios foram “inaugurados” em 1854. O médico portador de tuberculose Hermann Brehmer abriu a primeira instituição especializada no tratamento de pectários, localizada nas montanhas da Silésia. Anos depois, Peter Dettweiler instalou outra casa de saúde em Falkstein, nas montanhas Taurus, para tratar dele mesmo e de outros infectados (FILHO, 2001).

A tuberculose tem implícita toda uma história que relaciona imaginário e metáforas. Aliado a isso, ela é, comprovadamente, uma doença que acomete a parcela discriminada da população, deflagrando as iniquidades existentes. Esses elementos “contribuem” para o reforço do preconceito em relação à doença, dificultando o tratamento e a adesão, aspectos que os profissionais de saúde evidenciaram em suas falas.

Impregnados pela multiplicidade de códigos fomentados pela segregação institucional, os asilados tendiam a perder os parâmetros de reconhecimento da própria vida. Os sentimentos de abandono e desalento ganhavam dimensões ainda mais flagrantes quando os pacientes mais pobres eram enquadrados na categoria da indigência. A surpresa dolorida de se ver reduzido a tal rótulo levava os contaminados a se insurgirem, procurando ao máximo fugir da degradação social resultante da sinistra combinação entre moléstia e miséria (BERTOLLI, 2001).

6.2.4 O Processo de Trabalho: o trabalho prescrito e a burocracia

O modo como o trabalho se organiza e para que ele serve é importante para entendermos a sociedade. Homens e mulheres trabalham em coletivos, em atividades organizadas umas com as outras. Os sentidos deste trabalho são variáveis e se modificam conforme a sociedade e os interesses que nós construímos em cada época (FRANCO e MERHY, 2005). Neste capítulo, foi estudado o que é preconizado no processo de trabalho da ESF e, em especial, nas ações de combate à tuberculose, a burocratização dos processos de trabalho, bem como é traçado um paralelo com as ações observadas no contexto real dos profissionais.

6.2.4.1 O trabalho prescrito

O caráter prescritivo do PSF é exacerbado. São definidos a priori os locais de assistência e a lista de atividades a serem realizadas por equipe, confundindo-se o que são ferramentas de diagnóstico e intervenção com o que é resultado em saúde (FRANCO E MERHY, 2005).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) em 1993, e no final do ano de 2002 estava implantado em 4.114 municípios brasileiros. Lançado como programa em 1994, foi catalogado como estratégia em 1997, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo MS (RIBEIRO, PIRES e BLANK., 2004).

Sua implantação segue abrigo tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com modus operandi estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de "estratégia" por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo (RIBEIRO, PIRES e BLANK., 2004, p, 443).

Para Franco e Merhy (2005), o Programa Saúde da Família, quando não consegue alterar os processos de trabalho médico centrados, estruturados a partir dos atos prescritivos da profissão, muda a forma de produzir saúde a partir de núcleos familiares e da referência no território. Mas o núcleo tecnológico onde se processa o cuidado continua centrado no trabalho morto, operando nuclearmente um modelo produtor de procedimentos.

As equipes são constituídas por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos e agentes comunitários. Algumas equipes possuem profissionais da odontologia, dentistas, Técnicos de Saúde Bucal (TSBs) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs).

A PNAB 2011 orienta o trabalho das equipes de saúde da família da seguinte forma: definição do território de atuação e de população sob responsabilidade, programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, priorização de intervenções através de critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais (BRASIL, 2011).

Ainda segundo a política, as equipes devem desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais; realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências; prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (BRASIL, 2011).

Além disso, ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas.

Também participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, desenvolver ações

intersetoriais, visando uma atenção integral, apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção.

Fertomani 2003 (*apud* Ribeiro, Pires e Blank 2004), estudando o trabalho de equipes do PSF de Maringá, Paraná, pôde observar que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo; que o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de fragmentação com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência; que as atividades desenvolvidas no domicílio não representam uma ruptura com o modelo biomédico.

A organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) para Franco (2006) é excessivamente normatizada e o Programa Saúde da Família reflete essa diretriz normativa, ainda mais quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas e a disponibilidade de certos procedimentos. “A norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se veem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários” (FRANCO, 2006).

Percebe-se, nas Equipes de Saúde da Família da gerência distrital leste nordeste, processos de trabalho focados no acolhimento, grupos de educação em saúde, visitas domiciliares, participação em conselhos de saúde, atuação em PSE, reuniões intersetoriais, dispensação de medicamentos, vacinas, curativos, verificação de sinais vitais, administração de medicamentos, reuniões de equipe, consultas médicas e de enfermagem, realização de testes rápidos e atividades extramuros.

Além disso, essas equipes possuem uma alta carga administrativa de trabalho envolvendo sistemas de referência e contrarreferência como, por exemplo, o Sistema de Agendamento Hospitalar adotado pelo município (AGHOS), Sistema de Regulação de Exames (SISREG), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), confecção do cartão SUS através do Sistema Cadastro Único (CADWEB), Sis-prénatal e APIWEB, utilizado para registros dos imunobiológicos. Também o gerenciamento de pedidos de materiais das unidades e processo de materiais dos usuários. Para muitas ações em saúde,

como por exemplo, realizações dos testes rápidos muitos formulários são preenchidos o que gera um descontentamento dos trabalhadores em virtude da carga burocrática.

As agendas, seguem uma lógica de atendimento às demandas imediatas (demandas agudas), agendadas e programadas (relacionadas ao Programa de Saúde da Mulher, pré-natal, puericultura, Saúde Mental e atendimento aos doentes crônicos). Com o envelhecimento da população, também aumenta a demanda de usuários acamados.

Na dinâmica dos serviços, observa-se uma “divisão de tarefas”: em geral, o enfermeiro atende consultas de saúde da mulher e puericultura, intercalado com os profissionais médicos o atendimento da saúde mental e de doente crônicos, além de muitas ações envolvendo a clínica. Os enfermeiros, com frequência, respondem pela coordenação dos serviços o que confere a estes profissionais um alto de grau de responsabilidade e acúmulos de funções, isso em conjunto com a demanda assistencial desenvolvida. No município de Porto Alegre, o cargo de coordenação de Unidade de Saúde da Família não possui função gratificada.

Os técnicos de enfermagem atuam em vacinas, curativos, acolhimento, recepção das unidades, dispensam e administram medicações. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) além das visitas domiciliares que envolvem cadastramento, reconhecimento de território, aviso sobre a marcação de consultas, e busca ativa, envolvem-se em muitas ações burocráticas envolvendo os diversos sistemas de informação já citados. A falta de um profissional administrativo nas unidades é uma queixa frequente e pelas descrições das ações bem fundamentadas.

Cabe salientar que existem variações desse processo de trabalho, a descrição acima consistiu em uma maneira de situar o contexto atual do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no município.

De acordo com IBGE (2010) e SIAB (2013), a maioria das ESFs da GD LENO tem o número de usuários preconizados de acordo com o Ministério da Saúde, de 3 a 4 mil usuários cadastrados por equipe; contudo existem muitas áreas de invasões que surgem de forma dinâmica em regiões vulneráveis, essas áreas em alguns locais possuem mais de 1000 usuários e esse número por vezes não é contabilizado, porém os usuários são atendidos.

Somado a este fato, os usuários possuem cada vez mais demandas de saúde complexas associadas à vulnerabilidade social e necessitam de ações de cuidado mais articuladas. As demandas de saúde mental, na ótica dos trabalhadores, são muitas. Existe uma rede de atenção a estes usuários que está sendo discutida, mas ainda fragilizada para dar suporte às equipes e principalmente aos usuários. Na gerência LENO as equipes possuem referência para situações de emergência psiquiátricas, contudo o território não possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Outro apoio que os profissionais da Saúde da Família possuem são as equipes de referência para matriciamento adulto e infantil. Os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs) do município também são apoio para estes casos.

As USFs, geograficamente mais distais e em áreas de maior vulnerabilidade, algumas vezes assumem características de pronto atendimento, atendendo a situações agudas de gravidade, em virtude da dificuldade de acesso desta população a redes de emergência.

As condições e estrutura física desses serviços são variáveis, algumas unidades possuem uma boa estrutura e outras onde os profissionais atuam em situações extremamente precárias, dificultando a prestação ideal de cuidados.

Uma das características do trabalho no setor de serviços apontadas por Offe 1991 (apud Ribeiro, Pires e Blank 2004) é requerer uma forma mais flexível de planejamento, em virtude da imprevisibilidade da demanda, do momento de consumo e do tipo de serviço que será necessário.

Mesmo em condições ideais de não-desperdício e de alta competência técnico-gerencial, é preciso considerar a necessidade de "estar disponível para", como para as situações de emergência ou para desenvolver ações de custo elevado (RUBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

Soares, analisando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, chamados carros-chefes da mudança do modelo assistencial, mostra as dificuldades para que isso ocorra: (1) a imposição dos programas pelo MS; (2) o fato de serem totalmente normatizados no nível central; (3) o fato de serem financiados por incentivos financeiros internacionais; (4) a obrigatoriedade, na prática, de sua adoção pelos municípios; (5) a desconsideração da enorme heterogeneidade dos municípios, na oferta de serviços de saúde; (6) ausências de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção o que limita o atendimento dado por esta estratégia a uma simples porta de entrada sem saída; (7) a desconsideração da complexidade do quadro epidemiológico brasileiro; e, finalmente, a substituição de profissionais qualificados da

Enfermagem por pessoas sem qualificação, com contratos precários de trabalho, com sérias limitações na resolução dos problemas de saúde da população (SOARES 200, apud, RIBEIRO, PIRES E BALNK 2004).

Para pensar as tecnologias em saúde, Mehry (2000) sugere a imagem de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira, carregam-se os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos na produção do cuidado (tecnologias leves). O contexto no qual são definidas as tecnologias é permeado por disputas, e o produto resultado da correlação de forças que se estabelece neste processo. Essa pactuação, segundo Merhy (2000), não se dá apenas em processos de negociação, mas se estrutura, muitas vezes, a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção da saúde, seja na gestão ou na assistência.

Cada trabalhador interage diferentemente com as tecnologias disponíveis, alguns com maiores habilidades com as tecnologias duras, por influência da própria formação; outros, com menores. O diferencial, acredito, está na habilidade de utilizar-se de forma integrada de todas essas ferramentas disponíveis para o cuidado com o usuário, porém observa-se que interagir apenas com as tecnologias duras se torna mais fácil, principalmente para o profissional que não tem o perfil e competência necessários para o trabalho em Saúde Coletiva.

Por outro lado, imaginemos que o trabalho vivo em ato é autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma (FRANCO 2006, p.2).

Novas formas de organizar o processo de trabalho nem sempre resultam em modos, radicalmente novos, de produzir o cuidado; são diversas as determinações para que uma reestruturação produtiva se realize (FRANCO; MERHY, 2005). Por isso, mudanças importantes do processo de trabalho, como a descentralização do tratamento da tuberculose, devem ser muito discutidas entre os trabalhadores, gestão e controle social para que se possa efetivamente produzir sentidos entre os atores envolvidos neste processo.

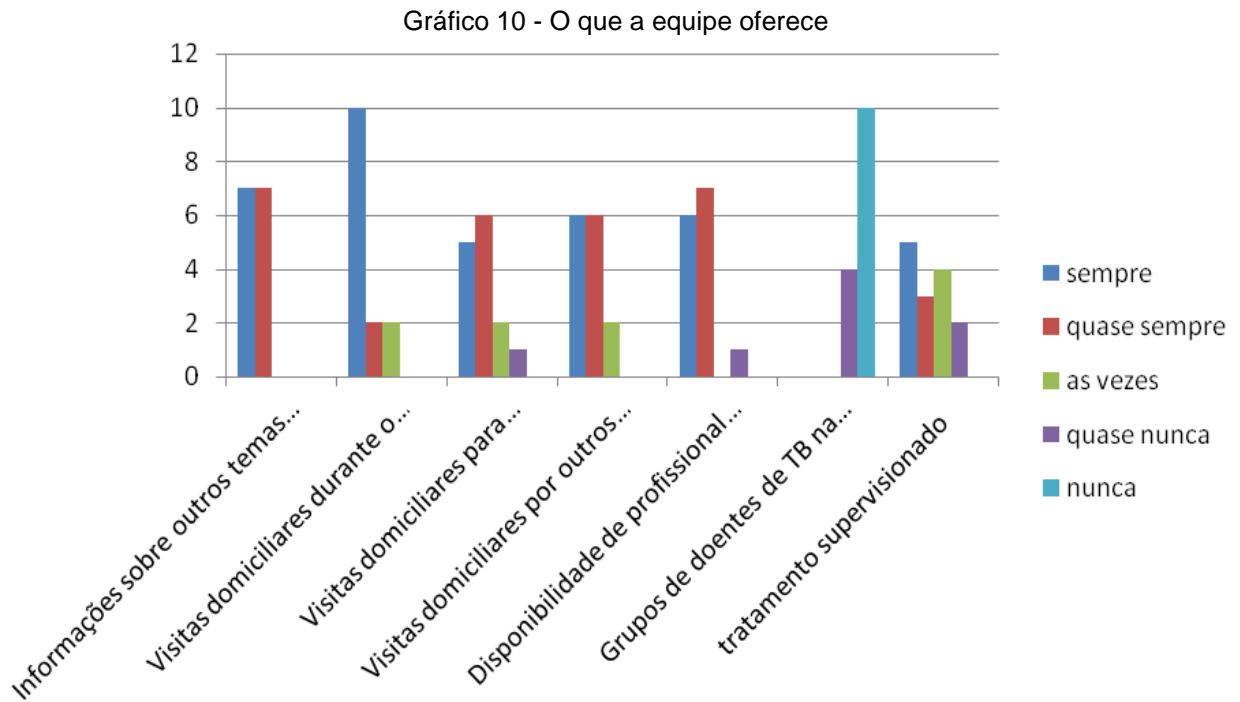
Na vida real dos serviços que aderem ao PSF cabem três tipos de ações dos profissionais da equipe: ignorar as prescrições, e manter a lógica atual ; aceitar as prescrições, recapitulando os objetivos, mas mantendo o compromisso principal do serviço de saúde, não com os usuários, mas sim com novos procedimentos; e finalmente a equipe pode ignorar parcialmente as prescrições e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção a melhoria de suas condições de vida. Esta possibilidade é mais remota, porque significa trabalhar com a consciência de que nenhuma ferramenta (apesar das promessas do PSF), pode dar conta de tudo, embora todas sejam necessárias (FRANCO e MERHY, 2005, p.8).

Reconhecer que somente as prescrições podem não ser suficientes não é uma tarefa fácil de desempenhar. Além disso, essa prescrição vem direcionada do nível central e não contribui para a autonomia dos trabalhadores, a solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio destes trabalhadores, fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens a cada caso, exige um 'luto' da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho em equipe, e se somem as competências e a criatividade de cada membro da equipe. (FRANCO ; MERHY, 2005).

6.2.4.2 A descrição do trabalho nas ações de combate a tuberculose

No questionário aplicado aos trabalhadores, no que diz respeito ao processo de trabalho, foi perguntado sobre o que a equipe oferecia, o que realiza para a adesão ao tratamento, frequência de algumas atividades realizadas e insumos que os serviços têm disponíveis. As questões foram abordadas no sentido de apenas caracterizar o processo de trabalho nas ações de tuberculose e não com o intuito de analisar quantitativamente as respostas.

O que a equipe oferece:



Fonte: elaborado pela pesquisadora- Elenco dos serviços

Observa-se que os 14 profissionais responderam informação sobre outros temas de saúde entre sempre e quase sempre, bem como a disponibilidade de um profissional sempre quando o doente procura, onde apenas 01 profissional respondeu às vezes. Contudo, apesar de se tratarem de Unidades de Saúde da Família houve variações quando se trata de visitas domiciliares, e o próprio tratamento supervisionado que mesmo unidades com ACS parecem ter dificuldades para desenvolver. Como já foi descrito acima, o agente comunitário, com um intenso trabalho burocrático, algumas vezes limita a realização das visitas domiciliares: o que seria o cerne de sua atuação profissional.

O TDO (Tratamento Diretamente Observado) é uma importante aposta do Ministério da Saúde para a adesão ao tratamento, contudo apenas cinco profissionais responderam que sempre realizam o TDO. O TDO consiste em um dos pilares do DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), sua constituição inclui: compromisso governamental no controle da TB, detecção de casos por baciloscopia em todo paciente sintomático respiratório, tratamento diretamente observado, suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos e sistema de registros e notificação de casos (CRUZ *et al.*, 2012).

Em estudo realizado nos Estados Unidos no período de 1992 a 1995, foi evidenciado que a implementação dos DOTS reduziu em 35% a incidência de novos casos e em 75% a multirresistência às drogas (RIBEIRO, 2003). Experiências nacionais também tem mostrado a efetividade da implementação dos DOTS com destaque ao TDO. Em pesquisa realizada por Cruz *et al.*, (2012), onde foram entrevistados profissionais e usuários em TDO os profissionais apontam o Tratamento Observado como uma estratégia importante e são favoráveis a sua implementação. Em concordância, os trabalhadores que responderam ao questionário desta pesquisa também apontaram o TDO como um dos pontos positivos da descentralização do tratamento da TB, pois facilita o controle e monitoramento dos casos.

Sobre o TDO ser para todos os usuários, conforme preconiza o Ministério da Saúde, alguns profissionais trazem que a implementação deste deve estar vinculada a alguns fatores específicos (CRUZ *et al.*, 2012). Até que ponto um modelo formatado de tratamento pode intervir de maneira igual a todos os sujeitos envolvidos, como se todos os usuários acometidos por TB fossem iguais?

Campos (2012) aponta a necessidade da compreensão da coprodução do singular. Deve-se se considerar a confluência entre fatores biológicos, subjetivos, sociais e a presença ou não de sistemas de saúde.

O singular é o situacional, é o caso clínico ou sanitário concreto, é o sujeito em certo tempo, é a organização em sua concretude. A síntese singular é sempre um produto do encontro entre sujeitos em um dado contexto organizacional, cultural, político e social (CAMPOS, 2012, p.53).

O desafio da política, gestão da saúde coletiva e da clínica é justamente captar esta variabilidade e conseguir compreendê-la para a proposição de projetos terapêuticos singulares que estejam adequados a cada situação. O método clínico está relacionado a reconhecer o risco a vulnerabilidade e formular um conjunto de elementos terapêuticos relacionando sujeito, contexto e análise do risco implicado. O projeto terapêutico singular considera partir do esquema analítico da coprodução, para sugerir intervenções sobre o social, o subjetivo e o orgânico conforme a necessidade e a possibilidade de cada caso (CAMPOS, 2012).

O desafio da saúde coletiva não é diferente: partindo de conhecimentos genéricos sobre epidemia, vulnerabilidades e de medidas de promoção ou de prevenção eficaz, analisar cada situação específica e construir um projeto de intervenção com a combinação singular de ações dirigidas a

fatores biológicos (vacinas, bloqueio medicamentoso, etc.), subjetivos (vitalidade, auto-estima do grupo, capacidade de estabelecer compromissos e contratos, etc.) e sociais (programas intersetoriais, mobilização comunitária, etc.) (CAMPOS, 2012, p.73).

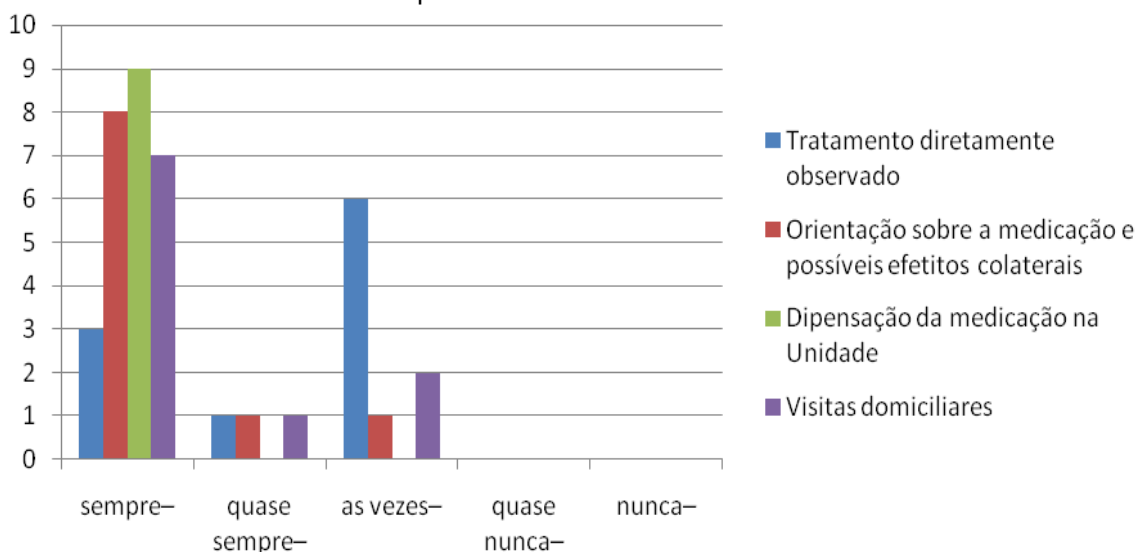
Percebe-se este movimento como fundamental nas ações de tuberculose, conhece-se a epidemia, conhecemos as vulnerabilidades envolvidas, conseguimos acionar as ações dirigidas aos fatores biológicos, porém trabalhamos pouco com os fatores subjetivos, como por exemplo o resgate da autoestima quando se tem uma doença estigmatizada pela sociedade como a tuberculose, que poderia, quem sabe, ser trabalhado em grupos, atividades das quais os profissionais que responderam a este questionário relatam que nunca realizam.

Sobre a realização de reunião com os grupos de doentes de TB na Unidade, os 14 profissionais responderam entre nunca e quase nunca realizam, mostrando a fragilidade nas ações educativas com este grupo de usuário portador de tuberculose.

Relacionado aos fatores sociais, a correlação entre programas intersetoriais e mobilização comunitária ainda são frágeis. Fato que pode ser percebido nas respostas dos profissionais quanto a atividades com mobilização comunitária que dentre outras atividades listadas foram assinaladas como as menos desenvolvidas.

Sobre a adesão ao tratamento:

Gráfico 11 – Atividades realizadas para adesão ao tratamento



Fonte: elaborado pela pesquisadora

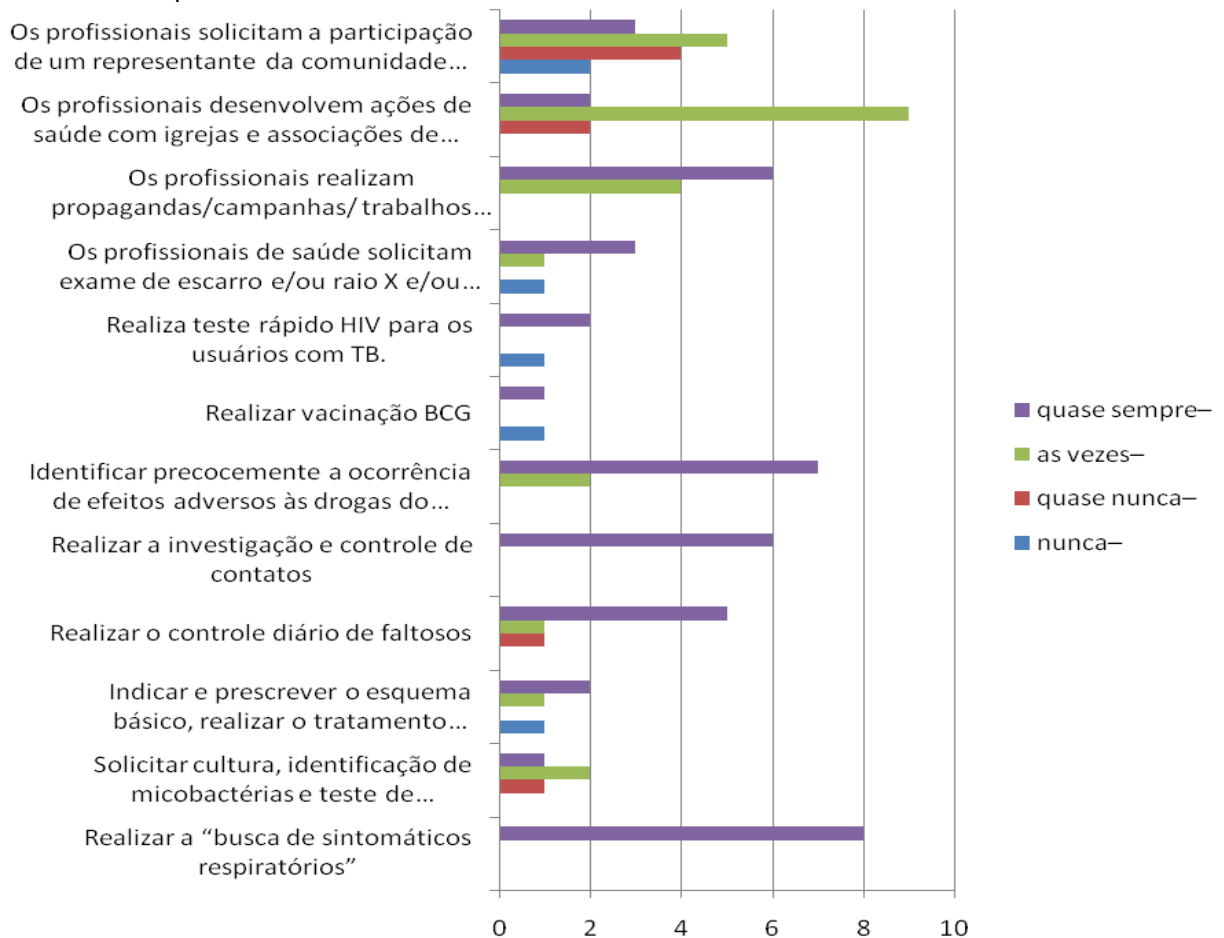
Novamente, a prática do TS aparece como às vezes, bem como 2 respondentes trouxeram às vezes no quesito visita domiciliar. Orientação sobre os efeitos colaterais aparece como frequente e os 9 respondentes trouxeram que sempre ocorre a dispensação dos medicamentos na unidade.

O Manual Nacional de Recomendações para o Controle da Tuberculose (2011) possui uma listagem prescritiva sobre o trabalho em TB os profissionais foram questionados sobre suas ações a partir desta listagem, através do questionamento, “com qual frequência realiza as seguintes atividades”.

As opções possíveis de respostas foram: realizar a “busca de sintomáticos respiratórios” – busca ativa permanente na unidade de saúde e/ou no domicílio (por meio da ESF ou Pacs), assim como em instituições fechadas na sua área de abrangência; solicitar cultura, identificação de microbactérias e teste de sensibilidade, para os casos previstos; indicar e prescrever o esquema básico; realizar o tratamento diretamente observado e monitorar todos os casos bacteriologicamente confirmados com baciloscopias de controle até o final do tratamento; realizar o controle diário de faltosos, utilizando estratégias como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio, a fim de evitar a ocorrência de abandono; realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença; identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados “menores”; realizar vacinação BCG e teste rápido HIV para os usuários com TB (os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio-X e/ou PPD (Mantoux) para as pessoas que trabalham, moram e/ou estudam com os doentes de TB) Os profissionais realizam propagandas/campanhas/trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB; os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios; os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB.

Segue abaixo um gráfico com as respostas compiladas:

Gráfico 12 - O processo de Trabalho na Tuberculose



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Percebe-se que as ações na perspectiva da maioria dos profissionais são desenvolvidas, principalmente as relacionadas com a clínica, contudo ações que envolvam o controle social através de trabalhos educativos, atividades extramuros e a discussão da problemática na comunidade não é uma prática comum das equipes.

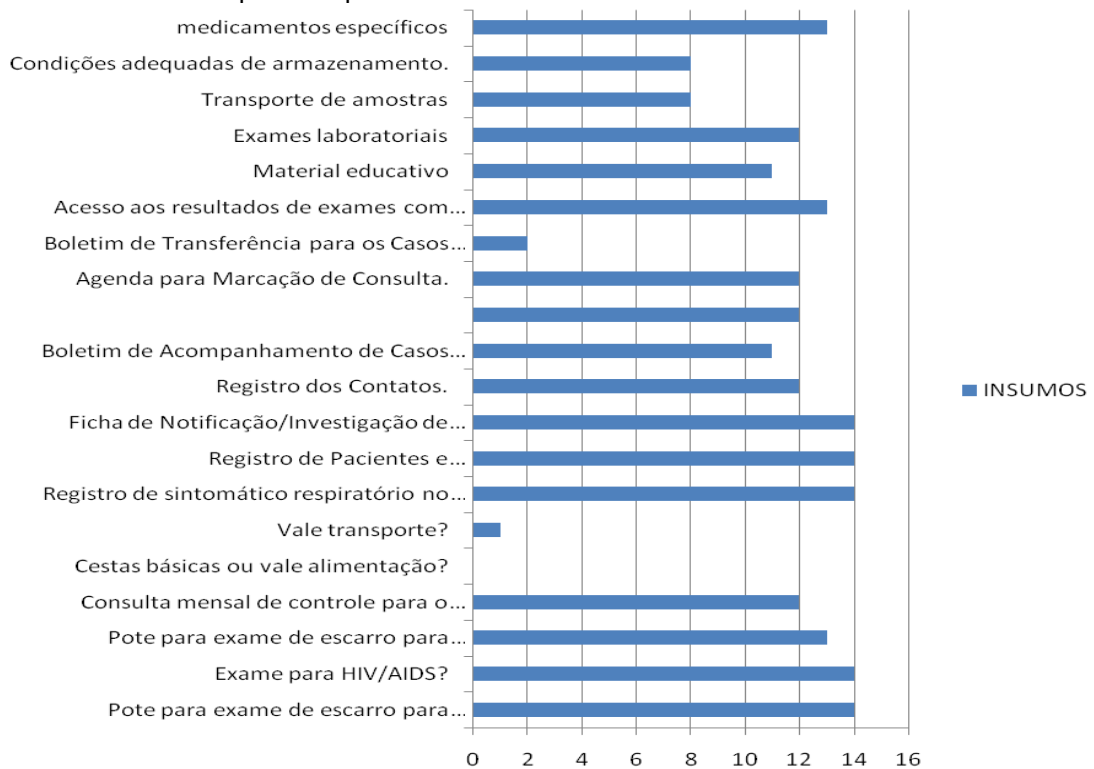
Os insumos preconizados para o desenvolvimento do trabalho em tuberculose são:

- Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB;
- Exame para HIV/AIDS;
- Pote para exame de escarro para controle mensal da TB;
- Consulta mensal de controle para o tratamento da TB;
- Cestas básicas ou vale alimentação;
- Vale transporte;
- Registro de sintomático respiratório no serviço de saúde;

- Registro de Pacientes e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose;
- Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose (Sinan);
- Registro dos Contatos;
- Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose (Sinan);
- Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação.
- Agenda para Marcação de Consulta;
- Boletim de Transferência para os Casos Necessários;
- Acesso aos resultados de exames com facilidade;
- Material educativo;
- Exames laboratoriais;
- Transporte de amostras;
- Condições adequadas de armazenamento;
- Medicamentos específicos.

Os 14 profissionais responderam a esta questão afirmando que a grande maioria dos serviços possui os insumos necessários.

Gráfico 13 – Insumos disponíveis para o tratamento



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Chamam a atenção os seguintes insumos: transporte de amostras, apenas 8 unidades possuem o transporte de amostra de baciloscopias. Houve crescimento nos últimos anos com a descentralização, em 2011 na GD LENO havia 6 postos de coleta, e em 2014 ampliou para 8. Unidades que não possuem o posto de coleta com transporte para amostras, os usuários se deslocam para levar o escarro.

Na unidade de Saúde da Família Safira Nova, no mês de janeiro de 2014 (neste período o serviço ainda não possuía o posto de coleta), das 12 baciloscopias solicitadas no mês, apenas seis, de fato, haviam sido realizadas, servindo de alerta sobre o entrave que isto pode representar ao usuário.

Outro insumo é o Boletim de Transferência para casos necessários: apenas duas unidades o possuem e de fato não é uma prática dos serviços, ficando um formulário de uso do Centro de Referência ao Tratamento.

A fragilidade da articulação entre Saúde e Serviço Social fica visível quando avaliamos a presença de cesta básica ou vale alimentação nos serviços. Nenhuma Unidade possui a cesta básica e apenas o Centro de Referência para o tratamento possui o vale transporte para fornecer aos usuários. Este fato é um contrassenso, pois é repetitivo o quanto a tuberculose é uma doença social e os únicos recursos que nenhuma unidade possui são, justamente, os relacionados às barreiras econômicas.

Nota-se que formulários e registros burocráticos estão presentes nos serviços, mas faltam insumos que facilitem a adesão do usuário, como as cestas básicas e vales transportes. Ainda oito unidades de saúde da família necessitam referenciar o usuário para a entrega de baciloscopias. Estes insumos, de fato, dependem de recursos financeiros para estarem disponíveis, mas a 2ª capital em incidência de Tuberculose deveria ter avançado neste processo. Hoje apenas os CRTBs possuem os vales transportes; as cestas foram distribuídas em um período, mas como um recurso pontual que logo se esgotou. Atualmente, se discute o fornecimento de lanches para o usuário de TB.

Outro fato preocupante relacionado aos insumos é o fato que, neste ano de 2014, o Ministério da Saúde teve um desabastecimento da vacina Bacillus Calmette Guerin (BCG), imunobiológico fundamental para prevenir as formas mais graves da tuberculose nas crianças. Contudo foi realizada a campanha da vacina HPV, no qual o ministério investiu 465 milhões. Da mesma forma, o Purified Protein Derivative

(PPD) fundamental para realização do Mantoux para investigar os contatos, sofreu desabastecimento do Ministério da Saúde neste ano de 2014.

Muitos aprofundamentos políticos poderiam ser feitos, neste sentido, cabendo a reflexão do porquê algumas estratégias têm mais investimentos que outras: estariam relacionadas com os usuários acometidos por determinada doença? Até que ponto nossas políticas refletem o princípio da equidade?

“Incorporar” o atendimento dos doentes com tuberculose no processo de trabalho das unidades de saúde da família não é simples: elas possuem uma rotina complexa e prescritiva. Muitos profissionais têm desempenhado as atividades “prescritas”, contudo para uma mudança efetiva e não apenas uma incorporação de mais uma atividade faz-se necessário uma discussão ampla desta mudança com os atores sociais envolvidos que provoque o real sentido da mudança. Quando questionados sobre o que mudou no processo de trabalho com a descentralização do tratamento da Tuberculose, surgiram diferentes respostas. Abaixo as selecionadas e que parecem mais bem representar coletivo:

Acredito que há muita sobrecarga de trabalho. Há muita burocracia, papéis a serem preenchidos e a AB trabalha no limite com tantos afazeres. Ainda irá ocorrer a descentralização dos pacientes com HIV/AIDS. Isso com o mesmo quantitativo de RH (Q13).

Mais uma dentre tantas responsabilidades (Q2).

Acho que não houve uma grande mudança por ser um processo lento e gradual, mas os procedimentos são facilitados e estão perto do profissional e do paciente (Q1).

Maior responsabilidade no tratamento, ampliação da visão, maior conhecimento sobre o problema em questão (Q7).

Mesmo sendo o trabalho prescrito igual para todos, as quatro respostas refletem o quadro atual desta mudança que varia desde a preocupação com a sobrecarga de trabalho, há apenas mais uma responsabilidade ou profissionais que não foram impactados com a mudança e ainda outros que se colocam na responsabilidade do tratamento. A diferença de ótica desses profissionais é muito rica e nos faz refletir que, para mudanças de práticas, muitos fatores se encontram envolvidos. É ingênuo pensar, principalmente os gestores, que mudanças como essas possam ocorrer apenas com um disparador “a partir de agora o processo é assim”, desconsiderando o trabalho vivo da vida real, realizados por sujeitos muito diferentes entre si, onde inúmeros elementos, disputas, poderes, desejos se encontram ativos e tem como cenário uma doença negligenciada há muitos anos.

Atender aos usuários com tuberculose com toda a gama prescritiva que esse trabalho possui pode estar incluído como exemplo. Os trabalhadores até incorporam o atendimento, mas não necessariamente realiza-se uma mudança efetiva no processo de trabalho. Faz-se necessário ativar processos de subjetivações para que se reestruture a produção do cuidado.

A forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra (FRANCO, 2006, p.1).

Essa reestruturação produtiva, como é processo, pode ocorrer de forma desigual e em diferentes graus de mudança no interior dos processos de trabalho; verifica-se que, para além das máquinas e do conhecimento técnico, há algo nuclear no trabalho em saúde, que são as relações entre os sujeitos e o agir cotidiano destes (FRANCO, 2006).

6.2.4.3 A Burocracia

Ainda relacionado à prescrição do trabalho, um dos dificultadores mais citados pelos trabalhadores ao identificarem aspectos negativos em relação à descentralização do tratamento, esteve relacionado com a burocracia.

Muitas questões burocráticas (Q2).
Burocratização do processo (papéis, relatórios) (Q3).
Excesso de demanda nas unidades, com dificuldade para realização da parte burocrática (Q5).

O excesso de atividades burocráticas aliado à alta demanda das Unidades é uma preocupação constante dos trabalhadores da atenção primária, observado pela pesquisadora e citado pelos profissionais. Somente as ações de tuberculose contam com oito formulários diferentes para o registro do trabalho e encaminhamentos, não incluído aqui que qualquer procedimento relacionado, como os testes rápidos, por exemplo, possuem uma nova gama de formulários.

Em relação à burocracia, vale uma digressão que tem início no estudo que a concebe como um modelo de organização social histórico. Max Weber (1824-1920) trabalhou a temática e discutiu as características de uma organização

normatizada pela burocracia através da Sociologia da Burocracia (CHIAVENATO, 1995).

O ressurgimento da Sociologia da Burocracia, a partir da descoberta dos trabalhos de Max Weber, o seu criador. Segundo essa teoria, um homem pode ser pago para agir e se comportar de certa maneira preestabelecida, a qual lhe deve ser explicada com exatidão, muito minuciosamente e em hipótese alguma permitindo que suas emoções interfiram no seu desempenho. A Sociologia da Burocracia propôs um modelo de organização e os administradores não tardaram em tentar aplicá-lo na prática em suas empresas. A partir daí, surge a Teoria da Burocracia na Administração (CHIAVENATO, 1995).

Para Chiavenato (1995), a Teoria da Burocracia se desenvolveu na administração por volta dos anos 40. Alguns aspectos influenciaram este desenvolvimento, como a fragilidade e parcialidade das teorias clássicas e das Relações Humanas que não possibilitavam uma abordagem global e integrada dos problemas organizacionais. Este fato impulsionou modelos de organizações racionais nas formas de organizações humanas e principalmente empresas. O crescente tamanho e a complexidade dessas empresas exigiu modelos de organização mais definidos, onde homens e mulheres fossem colocados em diferentes setores de produção e níveis hierárquicos e neste sentido estes deveriam ser comandados.

A burocracia é uma forma de organização humana baseada na racionalidade, adequando os meios para atingir os objetivos específicos, procurando garantir a eficiência. Suas origens vêm da Antiguidade, desde os primeiros registros e códigos.

[...]Contudo, a burocracia – tal como existe hoje, teve sua origem nas mudanças religiosas verificadas após o Renascimento. Weber notou que o capitalismo, a organização burocrática e a ciência moderna constituem três formas de racionalidade que surgiram a partir dessas mudanças religiosas ocorridas inicialmente em países protestantes – como Inglaterra e Holanda – e não em países católicos. As semelhanças entre o protestantismo e o comportamento capitalista são impressionantes, porquanto essas três formas de racionalidade se apoiaram nas mudanças religiosas (CHIAVENATO, 1995).

Chiavenato (1995) discorre que Weber identifica três fatores principais que favorecem o desenvolvimento da burocracia moderna: desenvolvimento de uma economia monetária, visto que a moeda racionaliza as transações econômicas; crescimento quantitativo e qualitativo das tarefas administrativas do Estado Moderno, onde apenas tipo burocrático de organização poderia trabalhar com a

complexidade envolvida; a superioridade técnica; e o desenvolvimento tecnológico. “O modelo concebido com grande antecipação por Max Weber tem muita semelhança com o das grandes organizações modernas, como a General Motors, a Philips, a Sears Roebuck, a Ford etc” (CHIAVENATO, 1995). Contudo, a burocracia, não está relacionada somente a grandes empresas ou organizações cujo excesso de papéis dificulta soluções rápidas e eficientes. Weber trabalha o contrário, discorrendo sobre as vantagens desta (CHIAVENATO, 1995). Contudo, para o autor para que se consiga a burocracia essa deve possuir algumas características essenciais:

Caráter legal das normas e regulamentos, que são previamente estabelecidos por escrito baseado em legislação própria, definindo como determinada organização vai funcionar. A exemplo disto, relaciono com a legislação brasileira relacionada a saúde como, por exemplo, a constituição de 1988 arcabouço legal fundamental para a saúde.

Caráter formal das comunicações, no sentido em que na burocracia as comunicações são conectadas de maneira escrita, caracterizando a formalizada “a burocracia lança mão de rotinas e de formulários para facilitar as comunicações e para rotinizar o preenchimento de sua formalização”. Na saúde este caráter formal é muito presente e toma forma em protocolos, normas, rotinas e fluxos, conforme trabalhado anteriormente na caracterização do trabalho prescrito. (CHIAVENATO, 1995).

Caráter racional e divisão do trabalho, a burocracia organiza-se através da divisão do trabalho e essa divisão racional do trabalho está adequada aos objetivos a serem atingidos, visando mais uma vez a eficiência da organização. Chiavenato 1995. É visível a influencia dos Taylorismo e Fordismo na saúde e esta divisão de trabalho tem fortes influencias entre os trabalhadores e gestão.

O trabalho no PSF pretende, segundo seus defensores, constituir-se em uma "estratégia estruturante" de um novo modelo assistencial em saúde. No entanto, os estudos sobre a realidade atual, após nove anos de implementação do PSF no Brasil, mostram que existem tanto pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, quanto problemas em relação a condições de trabalho. Além disso, verifica-se a persistência dessas características no trabalho em saúde e, também, no trabalho desenvolvido no PSF. (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

Campos (1997) aponta para a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação das linhas de intervenção com os sistemas de informação e para a burocratização, como problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileiro. Para o autor, o trabalho das equipes sofre influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho.

Também há uma divisão do direito e do poder, estabelecendo as atribuições de cada participante, os meios de obrigatoriedade e as condições necessárias. Cada participante passa a ter o seu cargo específico, as suas funções específicas e a sua específica esfera de competência e de responsabilidade (CHIAVENATO, 1995).

Competência técnica e meritocracia, na burocracia a escolha das pessoas é baseada no mérito e na competência técnica e não em preferências pessoais. A admissão, a transferência e a promoção dos funcionários são estabelecidas em critérios, válidos para toda a organização, de avaliação e de classificação, e não em critérios particulares e arbitrários. “Daí a necessidade de exames, concursos, testes e títulos para admissão e promoção dos funcionários” (CHIAVENATO, 1995).

Esses arranjos podem, facilmente, ser percebidos, tanto nos Estatutos dos Funcionários públicos, quanto na CLT. Não se faz aqui uma crítica, pois precisamos de normatizações neste sentido, principalmente como garantia aos trabalhadores, porém é interessante perceber a influência da Sociedade Burocrática neste sentido.

Especialização da Administração: com a burocracia surge o profissional que se especializa em gerir a organização, contudo existe um princípio de completa separação entre a propriedade que pertence à organização e a propriedade pessoal do funcionário.

Profissionalização dos participantes: A burocracia é uma organização que se caracteriza pela profissionalização dos seus participantes. Cada funcionário da burocracia é um profissional; neste sentido, por ser especialista no seu cargo, assalariado, ocupante de um cargo, nomeado por superior, possuir mandato por tempo indeterminado, seguir carreira dentro da organização, não possui a propriedade dos meios de produção e administração. “O funcionário utiliza as máquinas e os equipamentos, mas não é o dono delas [...] É fiel ao cargo e identifica-se com os objetivos da empresa”, tem o administrador profissional com controlador da burocracia” (CHIAVENATO, 1995).

Completa previsibilidade do funcionamento,

a consequência desejada da burocracia é a previsibilidade do comportamento dos seus membros. No modelo de Weber, todos os funcionários se comportam de acordo com as normas e regulamentos da organização, a fim de que esta atinja a máxima eficiência possível. Tudo na burocracia é estabelecido no sentido de prever antecipadamente todas as ocorrências e rotinizar sua execução, para que a máxima eficiência do sistema seja plenamente alcançada (CHIAVENATO, 1995).

Impressiona perceber o quanto o trabalho, mesmo em saúde, é influenciado por este modelo de burocracia. Atualmente não em uma estrutura tão rígida e sistematizada, pois não contempla e desconsidera toda a complexidade do ser humano bem como suas subjetividades, mas alguns espaços na saúde ainda são regidos desta forma, principalmente em ambientes hospitalares. Fica claro também o quanto a burocracia cabe como um exercício de controle visando à produtividade e racionalidade das ações.

Campos (2013), discutindo as relações de trabalho, trouxe o quanto o pensamento administrativo desenvolveu técnicas úteis de produção de dominação e consenso. Segue dizendo que, com o fim da escravidão e um maior entendimento dos direitos humanos, os administradores tiveram que lançar mão de métodos mais sutis de controle social. Fazia-se, então importante neste sentido a criação de uma máquina administrativa que reduzisse os Sujeitos a sua objetividade máxima reduzindo desejos e interesses ao mínimo. “Então há toda uma tradição gerencial voltada para transformar o Sujeito trabalhador em um maquinismo regulado por uma programação heterônoma, estranha a ele” (CAMPOS, 2013).

O autor também trabalha questões como a hierarquia burocrática, que traz uma graduação suave de atribuições. Isso, no entanto, não elimina as diferenças de poder em cada classe: com poder de demitir, com poder de tomam decisões, de planejar e elaborar projetos, cultivar o ato de pensar, conceber ideias e planos assim como fazer política o que autor traz como “concentração máxima de poder” (CAMPOS, 2013).

Campos (2013) traz como exemplo deste processo o que ele intitula “Ensaio de Orquestra”, onde todos os músicos têm uma ordem e harmonia intensas sobre o regimento do maestro. O músico renuncia o pessoal em nome da obra, mas não tem influência nenhuma na sua composição. “O trabalhador ideal. Um ser apaixonado

pelo que faz e convencido da imperiosa necessidade do seu comportamento disciplinado e subserviente. Subordinação à pauta e ao Maestro” (CAMPOS, 2013).

Inquietantes as considerações do autor, em discutir os métodos suaves de dominação. “Mascarados” por discursos, quantos gestores se utilizam desses métodos? Quantas vezes nós os utilizamos para o alcance de objetivos? O caráter prescritivo da Estratégia de Saúde da Família é intenso, como foi visto. Os trabalhadores se queixam das demandas burocráticas, nos fazendo pensar na objetivação do trabalho limitando os espaços das subjetivações. Além disso, os papéis e formulários são enviados a outros setores de um nível ascendente de hierarquia, um mecanismo de controle e medida do trabalho.

Há importante consenso sobre a necessidade de se reformular o trabalho em saúde; entretanto predominam sugestões para objetivar ou padronizar o trabalho clínico, raramente há soluções para que a equipe possa singularizar a atenção. Protocolos, “acreditação” de serviços de saúde, “management care” e gerencia de casos com exclusão dos clínicos, gestão com base em resultados ou metas, todas são linhas de reformulação da gestão voltadas para o controle externo dos profissionais, a racionalidade que as comanda é a diminuição do poder e da autonomia dos profissionais sobre a condução de casos (CAMPOS, 2012).

Campos (2013) discorre da necessidade e importância de ficarmos com o músico e a música: “Nada do simplismo taylorista, ordem e progresso e produtividade ou da ingenuidade esquerdista, participação e pronto, tudo estaria resolvido”(CAMPOS, 2013).

Apesar do desconforto relatado pelos profissionais sobre a burocratização dos processos de trabalho, os mesmos reforçam que controlar os casos de Tuberculose é um fator de positividade da descentralização do tratamento, bem como a efetivação do Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Seguem alguns trechos dos pesquisados que exemplificam o exposto:

[...] mais controle e monitoramento dos casos em tratamento (Q2).
 [...]maior controle dos casos, adesão, monitoramento de parefeitos decorrentes da medicação. (Q6)
 [...]melhor controle e acompanhamento (Q9).
 Controle por parte da equipe que conhece o usuário (Q4).

Sobre o TDO, Cruz *et al.* (2012) pensam que a maioria dos usuários considera a realização desta modalidade de tratamento como algo positivo; contudo alguns sinalizam que gostariam de ter a oportunidade de escolher o tipo de

tratamento a ser realizado ou ainda que não querem ser punidos pela irresponsabilidade de outros usuários que abandonaram o tratamento previamente.

A efetividade do TDO parece comprovada nas pesquisas lidas, porém cabe a reflexão: de até que ponto esta modalidade de tratamento não caracteriza uma extensão do controle dos profissionais de saúde perante os usuários? Antigamente os usuários eram tratados em sanatórios, e o TDO na APS não seria uma capilaridade deste controle?

Em Nova York em 1993 o TDO era administrado por um comissário de justiça, e os usuários eram detidos durante o período de transmissibilidade e somente após demonstrarem que eram capazes de aderir a um tratamento estes eram liberados (RIBEIRO, 2003). Considerando os determinantes sociais envolvidos, esta liberdade será para o mesmo meio de privações econômicas, drogadição, e as diversas iniquidades em saúde.

Considerando as possibilidades de escolhas para seu tratamento, as iniquidades em saúde e os diversos fatores que influem no processo saúde-doença dos sujeitos, Campos (2012) trabalha com o conceito de Paidéia, que consiste em um método que utiliza espaços coletivos nos sistemas de saúde e busca produzir nestes uma relação dialógica onde a terapêutica e a prevenção possa resultar em um contrato entre diferentes o técnico de saúde e o usuário. Este resultado amplia a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos envolvidos.

O desafio é pensar e agir valendo-se de métodos que possibilitem essa relação dialética, entendendo e considerando a necessidade gerencial, mas valorizando a constituição de sujeitos capazes de analisar e intervir em sua realidade.

Em relação à tuberculose, existe uma “pressão” por parte de órgãos federais devido aos alarmantes dados, já referido, em Porto Alegre o que desencadeou a descentralização do tratamento com todas as prescrições que este trabalho possui. Por outro lado, quem desempenha este tratamento são equipes compostas por sujeitos com as mais variadas concepções de saúde, com muitas maneiras diferentes de ler o mundo. Trabalhar na lógica da autonomia dessas equipes para que elas possam fazer uma releitura deste trabalho prescrito e efetivar práticas focadas no usuário, ativar os desejos e potenciais destes trabalhadores entendo como o desafio central neste processo.

Trabalho com a perspectiva de mudanças organizacionais que misturem métodos de padronização com outros que facilite uma clínica singular e uma abordagem que combine elementos biológicos, psíquicos e sociais. Para esta finalidade, é importante criar dispositivos organizacionais que facilitem vínculo, seguimento horizontal, definição clara de responsabilidade clínica e assegurem a organização democrática e interdisciplinar do trabalho em saúde (CAMPOS, 2012, p.57).

O método trabalhado por Campos, denominado método da roda é utilizado para apoio à cogestão ou autor para a construção do método tem como base o campo da política, planejamento, agir em função de objetivos, análise institucional e educação continuada. Este método apoia, simultaneamente, a elaboração e implementação de projetos e a construção de sujeitos e de coletivos organizados (CAMPOS, 2013).

6.2.5 Responsabilização da Equipe e Empoderamento

Quando questionados sobre os aspectos positivos e negativos da descentralização, muitos profissionais trouxeram o quanto eles se sentiam mais responsáveis e empoderados para o tratamento ao usuário com TB.

Aproximou a equipe como um todo nesta realidade já que todos os profissionais estão atentos e empoderados de sua responsabilidade em iniciar a investigação, mesmo antes do atendimento médico e de enfermagem (Q14).

Cunha e Campos (2010) trabalham com o conceito de equipe de referência como uma proposta de arranjo tanto organizacional quanto das responsabilidades profissionais e gerenciais e desta maneira facilitando a cogestão. Neste conceito as equipes de trabalho não se responsabilizam apenas por procedimentos e atividades, e sim pessoas se responsabilizando com pessoas.

Esta equipe é responsável por uma clientela adscrita conforme o trabalho em Estratégia de Saúde da Família; a característica que define uma equipe de referência também está relacionada com a distribuição de poder na organização, no sentido de coordenação de equipes interdisciplinares ao invés de coordenações fragmentadas por categorias profissionais. A equipe de referência, ao invés de um profissional de referência, traz a ideia da interdependência entre os profissionais “e prioriza a gestão de um time referenciado a uma clientela” (CUNHA; CAMPOS 2010).

*Responsabilidade dividida com todos da equipe (Q8).
Promoção da gestão compartilhada entre os profissionais (Q3).*

Cabe destacar também o potencial do trabalho em equipe, de modo integrado, conectando diferentes processos de trabalho envolvidos, com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los (CAMPOS 1997).

Temos procurado falar a respeito em todas as reuniões, até parabenizando a equipe por estar sensibilizada para o assunto. Trabalhamos a respeito com todas as categorias profissionais (Q14).

O vínculo dos usuários com a equipe, tendo a responsabilização das equipes para com o cuidado destes, é importante para criar referências seguras e, sobretudo, a ideia de “empoderamento” dos usuários, através de processos de aprendizagem de como se cuidar e também processos de subjetivação “que fazem com que eles se sintam com condições, competentes e aptos de se cuidarem”. Essa relação aumenta o grau de autonomia dos sujeitos diante dos serviços. (FRANCO ; MERHY, 2005). Os trabalhadores também pontuam o quanto essa relação facilita a adesão ao tratamento.

Estou revisando com frequência as rotinas, principalmente nos casos que chegam que tem outras situações associadas com HIV. A proposta é referenciar estes pacientes, mas continuamos até a chegada no outro serviço e para manter o vínculo como forma de adesão (Q14).

Faz-se necessária uma organização do trabalho que facilite a construção de vínculo, a relação horizontal no tempo e a clara definição de responsabilidade clínica ou sanitária entre profissionais e usuários, através de mecanismos como a democratização das organizações de saúde, possibilitando o compartilhamento da gestão em todas suas etapas (CAMPOS, 2012).

*Maior vínculo com pacientes e contatos e maior adesão ao tratamento (Q5).
Maior proximidade do paciente (Q2).
Maior vínculo com a equipe (Q8).*

Fatores como a especialização e saberes fragmentados, têm dificultado a construção de vínculo e responsabilidade sanitária e, praticamente impede a clínica compartilhada. Também o excesso de demanda que sobrecarrega os profissionais, e os múltiplos empregos, hábito comum particularmente entre pessoal médico e de enfermagem. (CAMPOS, 2012).

Para Campos (1997), "[...] a recuperação da prática clínica assentada no vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional". Organizar o atendimento clínico com base no vínculo permitiria que as instituições acompanhassem e identificassem os resultados do trabalho de cada profissional e ainda desencadearia o exercício da cidadania pelo paciente.

Tudo isto é possível a partir da construção de um novo modo de agir na produção do cuidado que sugere além de um processo de trabalho que aposta na relação de equipe, em uma solidária rede de conversas entre os próprios trabalhadores no momento de produção levando à interação de saberes e práticas, à constituição entre os trabalhadores de um novo ideário para o trabalho em saúde voltado ao significado do cuidado, dado pela equipe e transmitido por ela aos usuários (FRANCO ; MERHY, 2005, p.9).

Franco e Merhy (2005), ao escreverem sobre a dificuldade em desencadear esta mudança de atitude e assumir uma nova proposta de modelo assistencial, dizem que este movimento requer uma desconstrução em nível cognitivo e subjetivo, do modelo tradicional de atenção. Isso seria possível através de processos de autoanálise, em que os trabalhadores interrogam suas próprias práticas, colocando em questão seu tradicional modo de agir diante do usuário e na produção do cuidado.

Os métodos de intervenção em coletivos para a organização dos serviços de saúde devem considerar essa premissa e buscar conduzir os grupos de trabalhadores a processos auto-analíticos ao mesmo tempo em que constroem um novo sentido para o trabalho em saúde, produzem uma nova forma de se interpretar e relacionar-se com o mundo do trabalho e produção do cuidado. Trata-se no caso de estabelecer fluxos comunicantes entre os diversos sujeitos presentes na cena de produção da saúde, usuários e trabalhadores, associados a uma idéia comum de assistência à saúde, de cuidado, resignificando saberes, atitudes, modos de se relacionar, práticas de cuidado. A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde (FRANCO; MERHY, 2005, p.12).

Já foi visto que existe um distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, em virtude das diferentes leituras que cada sujeito realiza do mundo, o

quanto traz do seu individual para a prática e todas as subjetivações presentes nas diversas relações, com a equipe, com o usuário e com as tecnologias disponíveis. Esse conjunto de elementos que interferem na dinâmica do trabalho fornece uma característica peculiar a cada trabalhador e de uma forma mais macro a cada equipe de saúde.

Merhy (2000) discorre que na saúde todo o trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas para o desenvolvimento de seu trabalho, fazendo a imagem de valises tecnológicas. Nesta caixa, os trabalhadores, tanto de modo individual, quanto coletivo, têm seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber-fazer) e suas relações com todos os outros que participam da produção e consumo do seu trabalho.

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que “valor de uso” ele tem) (FRANCO; MERHY, 2005, p. 7).

A outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato; neste caso, o trabalhador e como ele se relaciona com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Como produtor de bens, o trabalhador está vinculado a uma cadeia material dura e simbólica, pois o “valor de uso” do produto é dado pelo “valor referente simbólico” que carrega, construído pelos vários atores sociais em suas relações. Já o “valor de troca” de um produto se relaciona com a forma de funcionamento de uma sociedade, historicamente fabricadas pelos homens (FRANCO; MERHY, 2005).

Essa relação auxilia o entendimento de diferentes produtos produzidos nas diferentes equipes de saúde da família, todas com o mesmo trabalho prescrito, mas com valores diferentes, o que caracteriza um processo de trabalho muito peculiar em cada uma destas equipes. Contudo regidas pela influência da sociedade capitalista na qual vivemos hoje.

Neste período de mudança do processo de trabalho, com a descentralização do tratamento pude observar o quanto as equipes têm comportamentos diferentes e variados. Equipes que agem como se o processo não tivesse existido negam ou nem mesmo foram impactados pela mudança, equipes que solicitam se capacitar, pois tem muitos usuários com tuberculose na área de atuação e ainda observo as equipes comprometidas,

responsáveis e com autonomia para o desempenho do seu trabalho, essas têm coordenações muito atuantes e não centralizadoras. (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

Uma das funções da coordenação da equipe é cuidar da interação positiva entre os profissionais na construção de objetivos e objetos comuns (CUNHA ; CAMPOS, 2010).

O Método Paideia, trabalhado por Campos (2013), considera a possibilidade de transformação através do fortalecimento do sujeito e sua autonomia e tem como um dos seus objetivos o aumento da análise e capacidade de intervenção.

Maior responsabilidade no tratamento, ampliação da visão, maior conhecimento sobre o problema em questão (Q7).

A constituição do sujeito agrega peculiaridades biológicas, subjetividades complexas, autonomia histórica e social, capacidade de reação e relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades com um grau de autonomia que nunca é absoluto e sim relativo e o Coletivo Organizado para Produção a finalidade transcende cada um dos sujeitos que o integram (CAMPOS, 2013).

O Sujeito, segundo o autor, interage o tempo todo com planos internos (estruturas biológicas, desejo, interesses) e externos (necessidades sociais, contexto no qual está inserido, cultura, etc.) o grau de autonomia deste sujeito depende da maior ou menor capacidade do uso combinado desses planos. No que se refere ao plano do desejo, este é inconsciente e se manifesta independente da existência de meios necessários a sua realização. Esses planos produzem valores (modos de pensar) e de agir da Práxis de sujeito e de coletivo. Contudo, grupos e sujeitos estão submetidos às necessidades, contratos e projetos que muitas vezes não incluem o seu desejo ou interesse, e sem a capacidade emocional de investir não há esforços para cumprir o projeto. Então a importância da construção de espaços coletivos e democráticos para que sejam reconstruídos interesses e desejos.

A capacidade de investimento do sujeito em um determinado objeto ou objetivo vai depender de lidar com os planos da capacidade de fazer e não fazer e vontade de analisar ou não sua autonomia à medida que cresce sua capacidade de ampliar e vontade de fazer e analisar.

Campos (2013) considera a necessidade da dialética entre desejo e necessidade dirigidas ao atendimento das necessidades sociais. Contudo, para o desenvolvimento de autonomia, protagonismos, sujeitos desejantes faz-se necessário mecanismos de gestão que possibilitem desencadear estes processos. “Em todo o trabalho em saúde há o encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder”.

O jogo entre autonomia e responsabilidade para Campos, 1997 seriam eixos operativos úteis para potencializar o trabalho em saúde, bem como a gestão participativa e mudança de aspectos da clínica e da saúde pública. Ainda, segundo Campos (1997), "*é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho*". Isto pode ser favorecido pela utilização de mecanismos que permitam o envolvimento/participação em novas formas de funcionamento institucional, na reinvenção como possibilidade cotidiana, comprometendo trabalhadores com a missão e os projetos institucionais.

Profissionais com autonomia e comprometimento parecem ter convicção do que querem, têm a competência para estar onde estão e uma alegria no trabalho. Infelizmente com a rotatividade e a falta de compromisso em selecionar profissionais com este perfil fica mais difícil encontrar esses profissionais valiosos (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

O processo de trabalho em saúde é sempre uma interação intersubjetiva medida pela estrutura das organizações de saúde e sociais. O método Paideia e a proposta de “clínica e saúde coletiva Compartilhada” desenvolvido por Campos (2012) parte desta premissa essencial. Campos (2012) sugere, então, ampliação e reformulação do conhecimento clínico e sanitário, não seu abandono, em virtude que o autor aposta da dialética.

O usuário tem um conhecimento privilegiado sobre seu sofrimento e sobre sua própria vida. O interesse do usuário é obter algum tipo de apoio para melhorar o estado de saúde do indivíduo ou da coletividade. O interesse do profissional relaciona-se, em geral, a sua sobrevivência e realização pessoal. A relação de poder em um espaço clínico ou sanitário será sempre desequilibrada a favor do profissional e da instituição de saúde, pode-se atenuar esta desigualdade, nunca eliminá-la (CAMPOS, 2012, p.56).

Além da complexidade dos fatores envolvidos, o autor traz a contratransferência de sentimentos e impressões desta relação profissional usuário,

gerando, muitas vezes, estereotipações. Este fato quando relacionado à Tuberculose fica muito evidente.

Esta padronização automática ocorre segundo categorias originárias da história pessoal de cada profissional, da instituição ao qual se filiam (médicos, enfermeiros, etc) ou da organização em que trabalham (sistema público, pronto-socorro, hospital, etc). Assim é importante refletir sobre o tipo de sentimento que cada caso produz no profissional responsável: indiferença burocrática, desafio profissional, vontade de ajudar, indisposição em função de alguma característica do usuário, como alcoolismo, dependência a drogas, violência, religião, ideologia, etc. (CAMPOS, 2012, p.61).

A dinâmica dos processos de trabalho, circulação de afetos, sujeitos individuais e produção de coletivos coexistem e são interdependentes, formando uma rede complexa de atuação dos sujeitos envolvidos. A “cogestão da Saúde Coletiva e a Clínica compartilhada” para Campos (2012), são os esforços, sistemáticos e metodológicos, que visam a coconstrução do diagnóstico e da terapêutica, interage com a racionalidade clínico/sanitária e o interesse/desejo do usuário. Contudo, “para que os profissionais consigam trabalhar segundo as diretrizes de “ampliação” e de “compartilhamento” da clínica e da saúde pública há obstáculos e desafios a serem superados em vários planos”.

Neste sentido, fomentar espaços coletivos entre os trabalhadores, onde se possa trabalhar com metodologias ativas que problematizem e provoquem a reinvenção do trabalho, entendendo a interação entre os diferentes planos da constituição dos sujeitos pode tornar-se um potencial para mudanças dos processos de trabalho.

6.2.6 Contextualizando as Intervenções Pedagógicas

A descentralização do tratamento da tuberculose iniciou no Município de Porto Alegre por meio de capacitações regionais, divididas por Gerências Distritais de Saúde. Em agosto de 2012, na SMS, todos os profissionais da GD LENO tiveram capacitação teórica sobre o tema. Foi um total de quatro turmas, abrangendo todas as categorias profissionais; no turno da manhã, reuniam-se todas as categorias profissionais, no turno da tarde ficavam apenas enfermeiros e médicos.

Os assuntos abordados foram: epidemiologia da tuberculose, aspectos clínicos da doença, orientações sobre coleta de Baciloscopia, fluxos de atendimento e Tratamento Diretamente Observado. Além disso, era mostrada uma tabela com

uma estimativa do número de pacientes que cada equipe atenderia por ano. No turno da tarde, a temática era específica sobre tratamento, principalmente medicamentoso. Os recursos utilizados para a capacitação foram slides, quiz onde os participantes levantavam cartões (verde, amarelo e vermelho para cada resposta) e vídeos. Os capacitadores foram médicos e enfermeiros que atuavam na gestão e na assistência. Quem coordenou a capacitação foi a gestora da área técnica da TB municipal. Em relação aos materiais distribuídos, um representante de cada equipe recebeu o manual da TB e TDO, ambos do Ministério da Saúde.

O modelo da capacitação de descentralização seguido foi o do Ministério da Saúde com algumas adaptações, prevendo dois módulos: I para todos os profissionais e II apenas para médicos e enfermeiros, com enfoque no manejo clínico. Também estava previsto módulos práticos na CGVS e CRTB. Na análise dos dados, os profissionais tecem críticas e sugestões em relação a este modelo. (PORTO ALEGRE, 2013).

Os ACS foram os profissionais que mais interagiram durante a capacitação, lembrando de casos que atenderam na prática. Uma das preocupações que alguns profissionais relatavam era a questão da coleta de escarro na própria Unidade, bem como a dificuldade de acesso para os pacientes levarem os escarros aos postos de coleta. Houve também muitas falas sobre o abandono e o uso de drogas.

Ao final do dia de cada capacitação, tentou-se organizar uma agenda para que os profissionais acompanhassem os profissionais dos Centros de Referência para o tratamento da tuberculose tanto médicos quanto enfermeiros. Na prática a agenda não se efetivou. Os profissionais não conseguiram efetivamente se organizar para acompanhar os colegas dos centros de referência. A gerência distrital ficou responsável pelas questões práticas da capacitação: inscrição dos profissionais, organização do local bem como acompanhamento de todos os dias das capacitações. Também se fazia necessária a presença de alguém da Gerência para esclarecer questões de fluxos locais, principalmente em relação à descentralização dos postos de coleta.

Nessas capacitações por acordo da gestão participaram profissionais apenas das Unidades de Saúde da Família. As Unidades Básicas de Saúde não foram contempladas neste primeiro momento.

De agosto de 2012, quando houve as turmas para capacitação, até primeiro de março de 2013 não foram realizadas ações efetivas. Esperava-se a autorização

da gestão para autorizar a descentralização dos medicamentos, segundo a farmacêutica distrital e a gestão alegou que era para ter começado a partir da capacitação.

Em 03/01/13 fomos convidados para uma reunião as gerências que haviam “descentralizado” ,ou seja, receberam a capacitação, a equipe de laboratório e farmacêuticos envolvidos, o objetivo era fazer um primeiro monitoramento das atividades e esclarecimento de dúvidas. Na prática nenhuma gerência efetivamente havia iniciado a descentralização pelo o que entendi. Reforçamos alguns fluxos na reunião e pactuei enquanto GD LENO que as nossas equipes começariam após a ida de profissionais específicos que reorientassem os fluxos em cada equipe. Na época essa equipe era formada por mim, a farmacêutica distrital, a enfermeira de uma de nossas UBS, a coordenadora do CRTB e a apoiadora institucional.. Tanto a farmacêutica quanto a Enfermeira fazem parte da equipe de monitoramento dos indicadores da tuberculose (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

Foi necessária uma nova forma de trabalhar com os profissionais, em virtude de que em um ano do município ter considerado as equipes descentralizadas, efetivamente não havia nenhum usuário em tratamento nas USFs. Em 1º de março de 2013 se iniciou o processo de descentralização do tratamento da tuberculose, desencadeado pela equipe local da gerência distrital. Foram realizados encontros em 12 Unidades de Saúde da Família, perfazendo um total de 16 equipes. O GT de monitoramento da tuberculose foi responsável por este encontro. Este GT é formado por uma enfermeira representante da gerência distrital, uma enfermeira assistencial, uma enfermeira coordenadora do CRTB, farmacêutica distrital, médica de saúde da família e um representante do controle social).

Os encontros ocorriam em horário em que a unidade estava fechada. A pauta da reunião era a descentralização do tratamento da tuberculose e análise dos indicadores do PMAQ. As Unidades sabiam, previamente, do encontro e, em virtude de um cronograma estabelecido, a apoiadora institucional estava presente em todos os encontros.

Os participantes sentavam em uma roda e o encontro iniciava a partir de um mapa que mostrava a gravidade das questões epidemiológicas da TB desde mundialmente até os dados da equipe. Depois era apresentada uma tabela com os indicadores da equipe, conversávamos sobre os fluxos e procurávamos identificar os nós e potenciais.

Campos (2013) discorre sobre as possibilidades de oferecimentos às equipes, e o papel do apoiador institucional é fundamental neste caso. Através da

reflexão a partir dos dados da sua equipe, os trabalhadores puderam fazer relações com a sua práxis e conseqüentemente, aumentar sua capacidade de análise e intervenção. O autor também trabalha o conceito de produção de textos, que seria um conjunto de signos que produzem significados aos sujeitos e estes têm diferentes possibilidades de análises.

A reunião com as equipes procurava se basear na lógica da EPS, problematizando as questões do trabalho, provocadas pelos integrantes da equipe. Os disparadores das discussões foram os indicadores do PMAQ. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (2011) considera que as estratégias de educação permanente têm capacidade de ser estruturada com base na vivência e nos problemas de cotidiano das Equipes de Atenção Básica, visando qualidade e humanização de acesso, além de qualificar a gestão nas três esferas do governo (BRASIL, 2011).

Nossa primeira Unidade Descentralizada Unidade Safira Nova, já conta com 03 pacientes em tratamento e 05 pacientes realizando ILTB. Cabe ressaltar a motivação da equipe e que sempre foi uma equipe com um cuidado maior sobre as questões de TB. Os profissionais contam com o apoio direto da equipe do CRTB e essa articulação tem sido muito positiva. A profissional da CRTB é muito envolvida nesta “assessoria” as equipes, porém esta profissional se aposenta em agosto deste ano. Hoje já temos 42 usuários em tratamento na gerência a aproximação com as equipes nessa lógica de discutir situações reais de trabalho deu certo! (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

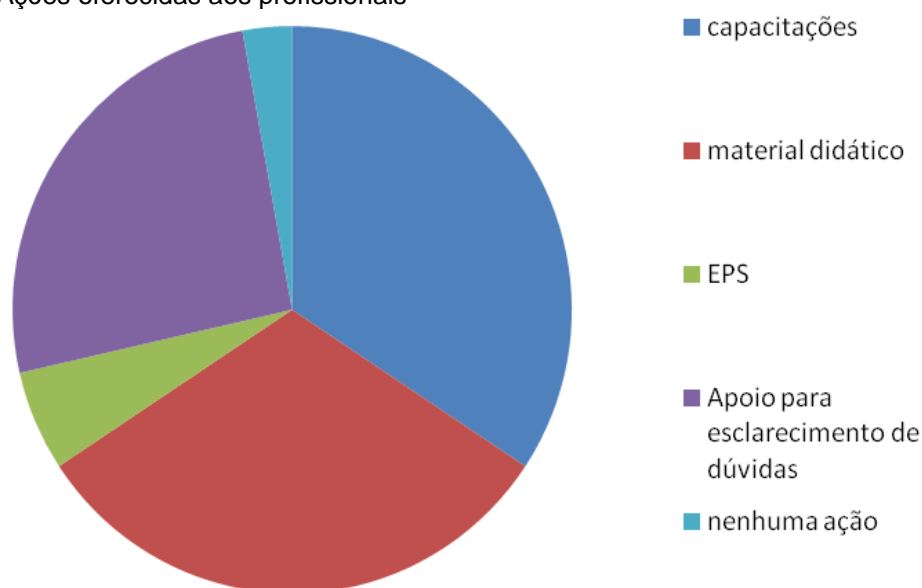
A pesquisadora, enquanto participante dessas trocas sobre a descentralização do tratamento junto às equipes, realizou registros em diário de campo após os encontros.

Problemas Identificados pelos profissionais e impressões da pesquisadora: Muita rotatividade de profissionais, mudança de vínculos, profissionais em processo de demissão, profissional referência com aposentadoria para agosto, postos de coleta não descentralizados, dificultando a entrega do escarro, pacientes com baixa adesão, áreas de grande vulnerabilidade e drogadição, muita demanda dos serviços, farão enfoque na TB? Perguntas do tipo: agora teremos que receber os tuberculosos aqui? Não temos estrutura, rotatividade dos gestores, equipes do CRTB defasadas, profissionais são descolados para outros âmbitos de acordo com a vontade do gestor. Os potenciais: TB como uma das metas principais meta de gestão, descentralização, equipes de monitoramento com envolvimento nas questões de TB, melhora de alguns indicadores, boa interação CRTB e as equipes de Atenção Primária no Território, envolvimento da GD, equipes “aparentemente” interagem bem na discussão da problemática (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

No questionário aplicado aos profissionais, foram realizados os seguintes questionamentos sobre as intervenções pedagógicas: Que ações foram oferecidas para sua qualificação para que o tratamento fosse iniciado em sua unidade? Capacitações, material didático, atividades de Educação Permanente em Saúde, apoio para esclarecimentos de dúvidas referentes ao processo de trabalho e nenhuma ação. Se houveram capacitações, você considera a frequência dessas: Ótimo, bom, suficiente, regular e ruim. A qualidade das intervenções pedagógicas foi: ótima, boa, regula, ruim e péssimo. Quais as sugestões dos profissionais para melhoria da EPS relacionado à TB? E por fim, você se considera preparado para o tratamento ao paciente com TB e por quê.

Na questão sobre as ações oferecidas, os profissionais poderiam marcar mais de uma alternativa. 12 profissionais dos 14 responderam que receberam capacitações, 11 com apoio de material didático. Dois relacionaram a EPS, nove assinalaram receber apoio para esclarecimentos de dúvidas e um profissional assinalou nenhuma ação. A qualidade das intervenções dos 11 profissionais que responderam: um assinalou ótimo, seis bom, três regular e um ruim. Segue gráfico abaixo:

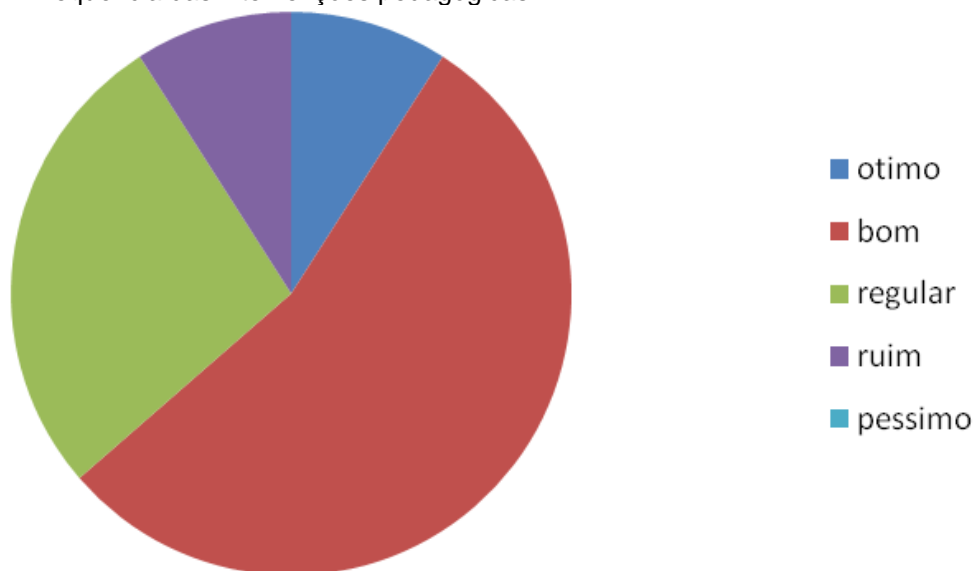
Gráfico 14 - Ações oferecidas aos profissionais



Fonte:Elaborado pela pesquisadora.

Contudo, quando questionados sobre a frequência destas, apenas dois assinalaram bom e um ótimo; cinco assinalaram regulares e quatro ruins. Sobre se sentir preparado para o tratamento, sete assinaram sim e sete, não.

Gráfico 15 - Frequência das intervenções pedagógicas:



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As críticas foram focadas em relação à pouca frequência de capacitações com a temática, bem como tempo insuficiente, ressaltando apenas um turno em um momento específico, provocando o distanciamento de teoria e prática.

Tempo insuficiente (Q2).

Necessidade de Educação Permanente devido à infrequência deste tipo de doença! (Q3).

Poderia ser mais frequente, para que o fluxo seja relembrado e qualificado constantemente (Q4)

Houve apenas uma capacitação teórica de um dia (Q5).

Houve mudanças de profissionais e depois disso não tivemos nova capacitação (Q6).

O assunto foi abordado de forma superficial e breve (Q8).

Como sugestão, a crítica é que seja para toda a equipe apesar de formalmente a capacitação da AT ter sido para toda a equipe em um turno e apenas para médico e enfermeiro em outro turno houve a manifestação da equipe como um todo não estar contemplada. A problemática da rotatividade dos profissionais também foi trazida nas falas:

Sugiro mais capacitações ou talvez pelo menos uma ao ano para toda equipe para manter todos atualizados, principalmente quando acontece troca de funcionários (profissionais) (Q10).

*Ser para toda a equipe, com discussão de casos e sensibilização. Q9
Que seja para toda a equipe! (Q8).*

Tornar a educação permanente uma realidade e que seja extensiva a toda a equipe (Q12).

Ações pontuais além de, muitas vezes, não produzirem sentidos, provocam ansiedades e inseguranças nas equipes, reforçado por um processo de trabalho novo:

Ainda não me sinto completamente segura é um processo ainda muito novo (Q9).

Fiz uma capacitação apenas e na unidade são poucos os casos e quando há são referenciados para outra unidade (Q7).

Neste sentido, é importante destacar que a EPS não é pontual, ela abrange tanto a questão micro quanto macropolítica, visto que ela envolve trabalhadores, gestores, ensino e comunidade, necessitando assim ser contínua neste processo.

Também houve alguns elogios em relação ao preparo da equipe. A equipe que apresentou foi com muito bom embasamento teórico, prática (Q11).

Pouca quantidade, mas boas explicações (Q8).

Muitos profissionais citaram a efetivação da EPS:

Tornar a educação permanente uma realidade e que seja extensiva a toda a equipe (Q13).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como o resgate da autonomia do trabalho-aprendizagem em saúde, a partir do ato de problematizar o processo de trabalho, sendo o objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

A EPS pode propiciar a democratização institucional, o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem, docência e a capacidade de enfrentar de forma criativa as diferentes situações de saúde, além de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Contudo, nas práticas institucionais, observam-se questões como: desarticulação e fragmentação das iniciativas educacionais, baixa capacidade de

impacto sobre as instituições formadoras em alimentar os processos de mudança; limitada capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde e profusão de iniciativas de capacitação pontuais, desarticuladas e fragmentadas (TORRES, 2011).

Acredito que as respostas dos trabalhadores refletem bem essas questões, quando trata da baixa capacidade de impacto, após um ano da capacitação teórica sobre a descentralização efetivamente não havia nenhum paciente com tratamento descentralizado. Apenas a proximidade com as equipes um ano após possibilitou que isto acontecesse.

Aulas pouco práticas, muito teóricas (Q6).

Considerando que a EPS constitui, segundo Motta (1998), uma estratégia de reestruturação dos serviços, e que propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem, é de fundamental importância que existam espaços de construção dessas estratégias para poder atender às demandas oriundas do SUS. Muitas sugestões foram relacionadas a mais encontros com fóruns de discussão de casos e que possam sensibilizar os profissionais.

*Complementar a teoria, discussão de casos e a criação de fóruns. (Q2)
Grupos de discussão de casos (Q7).*

Para Torres (2011), em geral a EPS tem uma abordagem multiprofissional, é uma prática institucionalizada focada em construir soluções para os problemas de saúde visando à transformação de práticas e processos de trabalho, além de ser uma prática contínua. Para a autora, a Educação Continuada (EC) em geral é uniprofissional, uma prática autônoma onde os temas têm uma especialidade, que visa uma atualização técnica; não é uma prática contínua acontecendo esporadicamente utilizando na maioria das vezes a pedagogia da transmissão.

A educação permanente, por sua vez, segundo os autores, tem como objeto de transformação do processo de trabalho orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, Davini (2006) considera que para se produzir mudança nas práticas e

modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde tem que se privilegiar o conhecimento prático e suas ações educativas.

Pouco tempo, houve uma grande lacuna entre a capacitação e a prática (Q1).

Silva, Conte e Vial (2008), relata que centrar-se nas práticas de saúde auxilia o diálogo entre ensino e trabalho, o que traz compromisso e comprometimento com a realidade e fortalece o processo ação-reflexão-ação.

Um novo processo de trabalho tão importante quanto à descentralização do tratamento da Tuberculose requer, discussão sobre as questões do mundo trabalho no próprio ambiente de trabalho, através de questões demandadas pelos trabalhadores em suas necessidades e dificuldades envolvendo o contexto das equipes para que façam sentido e obtenha melhores resultados na prática. Aproximar a educação da vida cotidiana dos trabalhadores de saúde é reconhecer o potencial educativo das situações de trabalho, é dizer que no trabalho também se aprende. É importante transformar as situações diárias em aprendizado (DAVINI, 2006).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização do tratamento enquanto estratégia lógica parece um bom encaminhamento, apesar de algumas pesquisas relatarem o distanciamento do planejado e efetivado. A equação insumos + mudança do processo de trabalho + acesso = adesão e diminuição do abandono talvez possa mostrar bons resultados, porém para avaliação da mudança de indicadores precisa-se do fator tempo.

Contudo, em nossa equação “lógica” existem muitos fatores que permeiam o processo, e estes vão existir sempre. Em um universo de apenas quatorze profissionais, alguns desses fatores aparecem bem marcantes. A começar pelos insumos, os que estão relacionados diretamente com as questões sociais, como o fornecimento de cestas básicas e os cartões de passagens, não estão disponíveis em todos os serviços.

Por sua vez, a mudança do processo de trabalho assume uma complexidade ímpar, pois está em jogo sujeitos desejantes, influenciados por diversos fatores internos e externos, assim como a dialética trabalho prescrito e trabalho real. As intervenções pedagógicas, que têm um potencial para ser um espaço coletivo onde deveria se apostar em fomentar o “como” utilizo os protocolos de forma que produzam sentidos para o trabalho, foram apontadas como frágeis e pontuais entre os profissionais.

Interessante perceber a dicotomia da percepção dos trabalhadores. Ao mesmo tempo em que se evidencia a burocratização dos processos como aspecto negativo a maioria dos profissionais entendem que ter maior controle do paciente é um aspecto positivo da descentralização. Em uma perspectiva que a burocracia também é um mecanismo de controle e neste caso os profissionais de saúde são controlados por ela ter o controle da vida do usuário tem uma relação de positividade.

Outra relação nesta lógica é a questão do acesso ao tratamento. Os trabalhadores evidenciam que com a descentralização se facilitou o acesso, porém se observou o receio do usuário tratar a TB próximo a sua residência pelas questões de preconceito e estigma.

Essas dicotomias e contradições ressaltam que diferentes fatores coexistem em um mesmo espaço temporal e nos cenários da práxis dos sujeitos. Ser controlado por mecanismos de burocratização no qual temos de “prestar contas” em

níveis ascendentes de hierarquia é negativo, mas controlar o tratamento do usuário, é positivo aos profissionais. Bem como é positivo facilitar o acesso a esse usuário, mas este tem receios em tratar TB próxima a sua residência.

As equipes sentem-se mais responsáveis, empoderadas e conhecedoras da realidade com construção de vínculos mais sólidos, o que é fundamental e um fator de potência para a efetivação do processo. O apoio institucional a estas equipes é um elemento importante para esta proposta de mudança, para que os coletivos possam de fato estar organizados e empoderados na busca de análises e intervenções sob sua realidade e pensando no melhor para o usuário.

Contudo, essas mesmas equipes trazem os reflexos da precariedade do mundo do trabalho, o quão é difícil trabalhar com a rotatividade dos profissionais, que faz com que recomeçemos os processos muitas vezes. Fato que não é uma característica apenas do município de Porto Alegre, é uma característica nacional, mas inquieta o contrassenso de apostarmos com convicção no modelo da Estratégia de Saúde da Família, que tem um potencial importante e não se investir em um vínculo sólido para estes trabalhadores.

Sobre a tuberculose enquanto política, esta é pautada nas agendas dos governos, contudo tem uma história de descontinuidades das ações mesmo em municípios como Porto Alegre, que hoje configura a segunda capital brasileira em termos de incidência da doença.

Existem estratégias consolidadas no tratamento de muitas doenças, como combate ao câncer de mama, HIV e um controle social ativo e articulado para isto. Vejamos o usuário acometido por tuberculose, negro, homem, pobre, baixa escolaridade, história de alcoolismo e drogadição: teria este empoderamento sobre os determinantes sociais que afetam sua condição de saúde?

Quando vamos de fato investir em ações intersetoriais para que este usuário tenha condições de se empoderar, ter planos e expectativas de vida? Isso é competência do trabalhador, mas, antes disso, de gestores comprometidos em pensar políticas com uma visão ampliada em saúde. Já avançamos em entender as questões clínicas da doença, contudo a intersectorialidade também precisa ser desenvolvida, bem como a construção de projetos terapêuticos singulares, a clínica ampliada para poder nos facilitar nesta “ampliação de visão”, seja em um nível de gestão ou em nosso fazer cotidiano.

A descentralização do tratamento, na visão dos profissionais, parece sim ser um processo em potencial na perspectiva destes sentirem-se mais responsáveis e vinculados ao usuário e sua realidade, o que na prática, por questões já trabalhadas, não é observado em todas as equipes. A EPS surge como uma pista importante para fortalecer essas mudanças no processo de trabalho, bem como espaços de cogestão, envolvimento do apoio institucional que esta se constituindo ainda de maneira muito inicial no Município. Talvez a grande “dica” dada por Gastão fica relacionada às subjetividades: até que ponto me “apaixono por determinada temática”, que mecanismos posso lançar mão para provocar paixões e significar o trabalho novamente?

O intuito desta pesquisa foi caracterizar este primeiro ano de descentralização do tratamento da tuberculose, como sugestão, para próximos trabalhos faz-se importante a realização de pesquisas que possam avaliar os resultados da descentralização em um período maior e que abordem atores sociais, também importantes neste processo como gestores e principalmente os usuários.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, L.M.W; BASSANESI, S.L. **O Mapa de Porto Alegre e a Tuberculose: distribuição espacial e determinantes sociais**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- ANTUNES, J.L.F.; WALDMAN, E.A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Hist Ciênc Saúde-Manguinhos**, v.5, n.2, p.367-79, 2000.
- ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre, et al. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto-São Paulo; Financial challenges to access tuberculosis treatment in Ribeirão Preto-São Paulo; Barreras económicas en la accesibilidad al tratamiento de la tuberculosis en Ribeirão Preto-São Paulo. **Rev. Esc. Enferm, USP**, v. 45, n.5, p. 1121-1127, 2011.
- ARRETCHE M; MARQUES E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, Gilberto (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 398p.
- BARATA, Rita Barradas. Acesso e uso de serviços de saúde. **Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n.2, p.19-29, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose no Brasil e no mundo**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31109>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v.43, mar. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v.44, nº2 . 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PET- Saúde**. Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do programa nacional para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria 2488, de outubro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 2011, 25 ago.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação em saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – polos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei 8080: Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, 1990.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 871p.

CAMPOS GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 237p.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. IN: MERHY, E.E.; ONOCK, R.T (orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público**. [s.l.]: editora hucitec, 1997, p. 229-66.

CAPELA, A.C.N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 398p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: rev. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65. 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 4. ed. Rio de Janeiro; Markon ed., 1995.

CLEMENTINO, F.S. et al. Tuberculose: Desvendando conflitos pessoais e sociais. **Ver. Enferm.**, UERJ, v.19, n.4, p.638-43, 2011.

COHN, A. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 871p.

CONDE, M.B.; SOUZ, G.M'; KRITSKI, A.L. **Tuberculose sem medo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE. Porto Alegre, 2013.

CRUZ, M. M. D. et. al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose- o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Colet**, v. 20, n. 2, p. 217-24, 2012.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista ORG & DEMO**, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

CUNHA, Natasha; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; COSTA, Antônio José Leal. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. XX, n. 2. jun 2012.

DAVINI, Maria Cristina. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos da saúde**. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em 12 fev. 2013.

FEKETE, M.C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J.P. et al. (org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF): OPS; 1997, p. 177-84.

FILHO, Bertolli, Claudio. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. [online]. **Antropologia & Saúde**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2001. 248p. collection. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-8575410067.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

FRANCO, T. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**. 2006. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf. Acesso em: 10 de maio 2014.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. PSF: contradições e novos desafios. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. acesso em 20/06/2014>. Acesso em: 10 maio 2014.

_____; _____. Produção Imaginária da Demanda. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (orgs.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. p.175.

GIRARDI, Sábado et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na estratégia da saúde da família; The precarious work in health: tendencies and perspectives in the family health strategy. **Divulg. saúde debate** 45 (2010): 11-23.

HIJJAR, M.A.; et al. Retrospecto of tuberculosis control in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, Suppl 1, p. 50-8, 2007.

HINO, Paula et al.. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. **Rev. esc. enferm., USP [online]**, v.45, n.spe 2, p. 1656-1660, 2011.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.1, p. 231-239, 2000.

MACIEL, Marina de Souza. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226-30 2012 maio/jun. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2014.

MARCOLINO, Alinne Beserra Lucena et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 144-157, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200005&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 06 jun. 2014.

MATTA, G. C.; GUIMARÃES, M. V. M. **Dicionário da educação profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/autores.html>>. Acesso em: 26 maio 2012.

MATTOS R.A, organizadores. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS: IMS/UERJ/CEPESC, 2006.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, vol.4, n.6, p. 109-116 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO R, FERLA, A. A e MATTOS, R.A. (orgs). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul; Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS; IMS/UERJ; CEPESC, 2006.

MINAYO, M.C de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**.7.ed.São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.

MINAYO, M.C.S.; et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.80p.

MOTTA, J. I. J. **Educação permanente em saúde: da política do consenso à construção do dissenso**. Dissertação (Mestrado em Saúde), Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

NETTO, Ruffino A. Questionário para Avaliações de desempenho dos Serviços de Atenção Básica no Controle da TB no Brasil. **J Bras Pneumol**, v.35, n.6, p.610-612, 2009.

NETTO, Ruffino A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.35, n.1, p.51-8. 2002.

OLIVEIRA, M.F. et al. O acesso ao diagnóstico da TB nos serviços de saúde do município Ribeirão Preto – SP. In: VILLA, Tereza Cristina Scatena e NETTO, Antonio Ruffino (orgs.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**.- Ribeirão Preto, SP : FUNPEC Editora, 2009.

OTT W.P, JARCZEWSKI, C.A. Combate a Tuberculose sob novo enfoque no Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico**, v. 9, n. 5 dezembro 2007.

PORTO ALEGRE. **Lei Complementar nº 133/85 estabelece o Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Porto Alegre**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sma/default.php?p_secao=91>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2014-2014**. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=927>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. **Relatório Anual de Gestão**. Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=895>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. Relatório da 2ª edição do Censo do Servidor Público Municipal. Assessoria de Qualidade de Vida do Servidor Municipal (ASSEQVSM) da Secretaria Municipal de Administração. 2013. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sma/default.php?p_secao=211>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. Relatório de Gestão 2013. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. ACESSO EM Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=895>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. Relatório CGVS. **Análise Epidemiológica da Tuberculose em Porto Alegre no Período de 2001 a 2011, com destaque à Situação Epidemiológica de 2011.** Núcleo das Crônicas/ EVDT/CGVS/SMS/POA. 2012.

RIBEIRO S.A. **Tratamento Compulsório da Tuberculose: avanço ou retrocesso.** Jornal de Pneumologia 29(1). Janeiro- Fevereiro de 2003.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [online]. 2004, v.20, n.2pp. 438-446 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2014.

ROSEMBERG J. Tuberculose – aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Bol Pneumol Sanit**, v.7, n. 2, p. 5-29, 1999.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e Avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 4, p.221-42, 1999.

SANTOS J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, n. 41(Supl. 1), p. 89-94, 2007.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, v.5, n.3, p.433-52, 2008.

SILVA. M. N.; CONTE, M.; VIAL, S. R. M. Educação permanente em ato. In: A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: a trajetória do Rio Grande do Sul, Coleção Escola De Saúde Pública, Serie Educação Permanente. Rio Grande do Sul, 2008.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Brasília: OPS; 1997. p.5-7

SONTAG, Susan. A Doença como metáfora tradução de Márcio Ramalho. v. 6. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. (Coleção Tendências).

TORRES, O.M. Oficina de educação permanente em saúde. **Aula ministrada em Curso de Pós-Graduação.** Porto Alegre, 2011. CURSO PROGESUS

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde A review of concepts in health services access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, 20.Sup 2 (2004): S190-S198.

VASCONCELOS CM; PASCHE DF. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. Eed. São Paulo: Hucitec, 2012. 871p.

VILLA, Tereza Cristina Scatena e NETTO, Antonio Ruffino (org.). **Tuberculose:** pesquisas operacionais. Ribeirão Preto : FUNPEC Editora, 2009.

WOLTMANN, E. **Fundações Públicas de direito privado como ferramenta de gestão de serviços municipais de saúde:** o caso do município de porto alegre. 2012. Monografia (Especialização em Gestão Ambiental), Curso de Especialização em Gestão Municipal UAB, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control report.** 2011. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html>. Acesso em: 06 nov. 2012.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1- IDENTIFICAÇÃO QUESTIONÁRIO:

1.1 Sexo:

1.2 Idade:

1.3 Tipo de unidade onde trabalha:

() UBS () USF () Ambulatório de Referência

1.4 Titulação do entrevistado:

1.5 Ocupação: Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem () Agente Comunitário de Saúde () Dentista () ASB () TSB

2- FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

2.1 Há quanto tempo o Sr(a) atua em ações de controle da TB?

2.2 Para as questões abaixo, responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre.

() Durante a sua formação, foi abordado o tema TB?

() Durante a sua formação, teve disciplinas ou estágios que permitiram vivenciar a temática da TB?

() Os profissionais são qualificados para atuarem segundo a diversidade cultural da comunidade?

() O Sr(a) segue algum protocolo específico para as ações de controle da TB na unidade de saúde?

3 ACESSO AO TRATAMENTO

3.1- Para as questões abaixo, responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

() Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?

() Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?

() Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?

() Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área de atuação da unidade?

3.2- Para as questões abaixo, responda: 1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca

() Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou

compromisso para serem atendidos?

- Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?
- Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?
- Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?
- Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?
- Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?

4-QUESTÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO

4.1 A equipe oferece:

Resposta: 1 – Sempre; 2 – Quase sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase nunca; 5 – Nunca

- Informação sobre outros temas de saúde?
- Visitas domiciliares durante o tratamento?
- Visitas domiciliares para realização do Tratamento Supervisionado?
- Visitas domiciliares por outros motivos além da TB?
- Disponibilidade de profissional na unidade da saúde sempre que o doente procura?
- Grupos de doentes de TB na unidade de saúde?
- Tratamento supervisionado?

4.2 Quais ações a unidade realiza para a adesão ao tratamento:

- Tratamento diretamente observado
- Orientação sobre a medicação e possíveis efeitos colaterais
- Dispensação da medicação na Unidade
- Visitas domiciliares
- Outro_____

4.3 Com qual frequência a unidade realiza as seguintes atividades:

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre

- Realizar a “busca de sintomáticos respiratórios” – busca ativa permanente na unidade de saúde e/ou no domicílio (por meio da ESF ou Pacs), assim como em instituições fechadas na sua área de abrangência.
- Solicitar cultura, identificação de micobactérias e teste de sensibilidade, para os casos previstos.
- Indicar e prescrever o esquema básico, realizar o tratamento diretamente observado e monitorar todos os casos bacteriologicamente confirmados com baciloscopias de controle até o final do tratamento.
- Realizar o controle diário de faltosos, utilizando estratégias

como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio, a fim de evitar a ocorrência de abandono.

Realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença.

Identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados “menores”.

Realizar vacinação BCG

Realiza teste rápido HIV para os usuários com TB.

Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD (Mantoux) para as pessoas que trabalham, moram e/ou estudam com os doentes de TB.

Os profissionais realizam propagandas/campanhas/ trabalhos educativos, para informar à comunidade sobre a TB.

Os profissionais desenvolvem ações de saúde com igrejas e associações de bairro para identificar sintomáticos respiratórios.

Os profissionais solicitam a participação de um representante da comunidade para discutir o problema da TB.

4.4 Quais insumos o serviço tem disponível para o tratamento e ações sobre a TB, assinale com um X os insumos disponíveis:

Pote para exame de escarro para diagnóstico de TB?

Exame para HIV/AIDS?

Pote para exame de escarro para controle mensal da TB?

Consulta mensal de controle para o tratamento da TB?

Cestas básicas ou vale alimentação?

Vale transporte?

Registro de sintomático respiratório no serviço de saúde.

Registro de Pacientes e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose.

Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose (Sinan).

Registro dos Contatos.

Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose (Sinan).

Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação.

Agenda para Marcação de Consulta.

Boletim de Transferência para os Casos Necessários.

Acesso aos resultados de exames com facilidade

Material educativo

Exames laboratoriais

Transporte de amostras

Condições adequadas de armazenamento.

medicamentos específicos

Outro _____

4.5 A entrega do exame da baciloscopia ocorre na unidade ou a equipe referência o usuário a outro local?

5-QUESTÕES SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

5.1- Enumere os aspectos positivos e negativos em relação à descentralização do tratamento da Tuberculose.

5.2- O que mudou no seu processo de trabalho com a descentralização.

5.3 Que suporte administrativo, clínico ou de apoio a equipe possui, pode assinalar mais de uma alternativa:

- Laboratório
- Centro de Referência para Tuberculose
- Gerência Distrital
- Área Técnica

Como você avalia esse suporte, efetivo, não efetivo por quê?

5.4 Que ações foram oferecidas para sua qualificação para que o tratamento fosse iniciado em sua unidade?

- capacitações
- material didático
- atividades de Educação Permanente em Saúde
- Apoio para esclarecimentos de dúvidas referentes ao processo de trabalho
- nenhuma ação

5.5 Se houveram capacitações você considera a frequência dessas:

- ótimo
- bom
- suficiente
- regular
- ruim

Por quê?

5.6 A qualidade dessas intervenções pedagógicas foram:

- ótimo
- bom
- regular
- ruim
- péssimo

Por quê?

5.7 Quais suas sugestões de melhoria para a Educação Permanente em Saúde, relacionado à TB?

5.8 Você se considera preparado para o tratamento ao paciente com TB?

() sim () não

Por quê?

5.9 Com que frequência realiza ou participa de atividade de educação permanente sobre a Tuberculose em sua equipe?

1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre

Espaço para considerações qualitativas:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: O Contexto da descentralização do tratamento da tuberculose no município de Porto Alegre

Pesquisadores: **Marcelo Zulbaran Goldadni**, contato **(51) 99825070** e **Eveline Rodrigues**, contato: **(51) 96263687**, ambos do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 51 3308 3738**. Esta investigação é parte do projeto de estudos no mestrado profissional do programa de pós-graduação em ensino na saúde – PPGENSAU – UFRGS. Este estudo também foi apreciado pelo **Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre**, situado na Rua Capitão Montanha, 27 -7º andar, centro histórico, telefone para contato **(51) 32892453**.

Convido você a participar do estudo “O Contexto da descentralização do tratamento da tuberculose no município de Porto Alegre”, este estudo é uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritiva de cunho quanti-qualitativo, que tem o objetivo analisar o processo de descentralização do tratamento da Tuberculose na gerência leste nordeste do município de Porto Alegre. A importância do estudo deve-se ao fato que recentemente o Município de Porto Alegre passou por uma importante mudança no processo de trabalho que é a descentralização do tratamento da tuberculose, face a isso torna-se relevante analisar as conseqüências deste processo com vistas a contribuir para melhorias. Ao assinar este documento, você estará consentindo em responder a um questionário aplicado pela pesquisadora Eveline Rodrigues, autora deste estudo, que lhes prestou as seguintes informações:

1. A participação no estudo é de caráter voluntário, podendo haver desistência em qualquer momento.
2. As informações coletadas serão utilizadas apenas para a elaboração da pesquisa, sendo garantido o anonimato.
3. Riscos e benefícios: conforme a resolução 466/12, que regulamenta as pesquisas em seres humanos no Brasil, qualquer pesquisa pode oferecer algum tipo de risco. Consideramos que nesta pesquisa o risco ou desconforto é mínimo:
- Aos profissionais: incômodo a responder questões sobre o seu processo de trabalho, desconforto em acreditar que estará diretamente sendo avaliado. O benefício é a possibilidade de poder analisar uma importante mudança de processo de trabalho no município de Porto Alegre e propor melhorias.
4. As informações serão coletadas através de questionários com questões abertas e fechadas, em sala de reunião de coordenadores da Gerência Leste/Nordeste, a duração de preenchimento do questionário será em média 20 minutos.
5. Em qualquer etapa do estudo vocês terão acesso ao responsável pelo estudo para esclarecimentos de eventuais dúvidas.
6. Se vocês tiverem alguma pergunta a fazer antes de decidir, sintam-se à vontade para fazê-la.

7. As informações fornecidas integrarão o relatório final do estudo, podendo ser divulgadas em seminários ou publicações, mantendo o anonimato de quem as forneceu.

8- Este termo de consentimento está sendo assinado em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa outra com o pesquisador.

Agradeço pela participação!

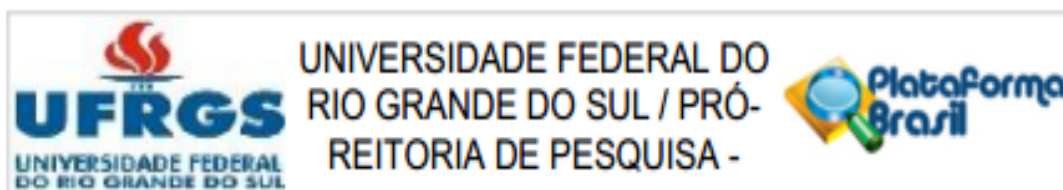
Assinatura do participante

Data

____/____/____

Assinatura do Pesquisador

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O contexto da descentralização do tratamento da tuberculose no município de Porto Alegre

Pesquisador: Marcelo Zubaran Goldani

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26194514.8.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 648.644

Data da Relatoria: 15/05/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa quanti-qualitativa de caráter exploratório descritivo, que tem como objetivo analisar o processo de descentralização do Tratamento da Tuberculose em uma gerência distrital da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre no período de 2013 a 2014.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de descentralização do Tratamento da Tuberculose em uma gerência distrital da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Porto Alegre de 2013 a 2014.

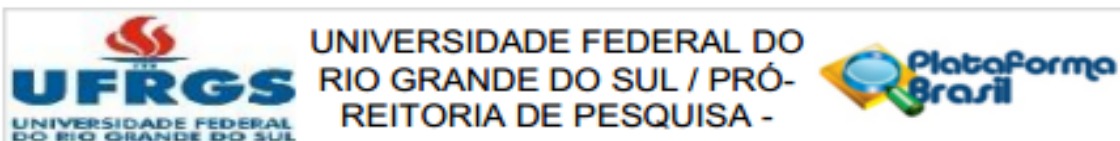
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Aos usuários do sistema de saúde pode ocorrer o incômodo de ter que responder sobre uma situação de saúde na qual a pessoa se encontra. Aos profissionais e gestores pode ocorrer o incômodo de responder questões sobre o seu processo de trabalho e desconforto em acreditar que estará diretamente sendo avaliado.

Como benefícios os proponentes apontam a possibilidade de poder analisar uma importante mudança de processo de trabalho no município de Porto Alegre e propor melhorias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse é um projeto de mestrado onde os autores propõem entrevistas com pacientes e agentes de



Continuação do Parecer: 648.644

saúde com o objetivo de avaliar o processo de descentralização do Tratamento da Tuberculose em uma gerência distrital da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Os riscos são mínimos, descritos pelos autores e relacionados a responder perguntas de questionários. Os autores apresentam um novo TCLE mais adequado. Na minha opinião, o projeto pode ser aprovado como apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Aprovação do Projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 15 de Maio de 2014

Assinado por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrowpilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

Porto Alegre, 3 de junho de 2014.

MEMO CEP SMSPA n. 005/2014

De: Comitê de Ética em Pesquisa da SMS
Para: Gerência Distrital Leste/Nordeste

Informamos que o projeto de pesquisa "O contexto da descentralização do tratamento da tuberculose no município de Porto Alegre", número do CAAE 26194514.8.3001.5338, do pesquisador Marcelo Zubaran Goldani, com realização da aluna de mestrado Eveline Rodrigues, foi APROVADO neste Comitê de Ética.

No entanto, devido à problemas no sistema da Plataforma Brasil, em Brasília, não foi possível realizar a emissão do parecer final deste CEP no formulário específico.

Nesse sentido, estamos encaminhando este memorando para autorizar o início do estudo, até a emissão do parecer consubstanciado oficial do CEP SMSPA.


Maria Mercedes Bental
Coordenadora do CEPEMS
Matr. 795735