



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Ventura da Cunha, Natasha; Tavares Cavalcanti, Maria de Lourdes; Freitas dos Santos,
Maria Lúcia; de Lemos Andrade Araújo, Vanusa; Medeiros de Oliveira e Cruz, Débora;
Fonte Pessanha, Gabriela; Kale, Pauline Lorena; Leal Costa, Antonio José
Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em
municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 53, 2015, pp. 251-563
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180139468003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

Natasha Ventura da Cunha^(a)
 Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti^(b)
 Maria Lúcia Freitas dos Santos^(c)
 Vanusa de Lemos Andrade Araújo^(d)
 Débora Medeiros de Oliveira e Cruz^(e)
 Gabriela Fonte Pessanha^(f)
 Pauline Lorena Kale^(g)
 Antonio José Leal Costa^(h)

Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLF, Araújo VLA, Oliveira e Cruz DM, Pessanha GF, et al. Structure, organization and working processes within tuberculosis control in municipalities in the state of Rio de Janeiro, RJ, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):251-63.

In 2011, the state of Rio de Janeiro presented the highest tuberculosis incidence rate nationwide. We conducted a qualitative study on the structure, organization and working processes within the tuberculosis control program (TCP), by means of thematic analysis on interviews with the TCP coordinators of 13 municipalities in this state. Decentralization of the TCP, through incorporation of its guidelines by the family health strategy (FHS) teams, demands reorganization of the working processes within the TCP. Continuous substitution of FHS professionals and the insufficient structure of the TCP impair tuberculosis control. In order to go beyond a control model based on specialized tuberculosis treatment services, the TCP needs to be integrated with all levels of the Brazilian National Health System and autonomy needs to be given to the coordinators, regarding decision-making.

Keywords: Tuberculosis. Public health. Health services administration. Qualitative research.

Em 2011, o estado do Rio de Janeiro (ERJ) apresentou a mais alta taxa de incidência de tuberculose do país. Realizamos uma pesquisa qualitativa sobre a estrutura, a organização e os processos de trabalho no Programa de Controle da Tuberculose (PCT), por meio de uma análise temática de entrevistas com coordenadores do PCT em 13 municípios do ERJ. A descentralização do controle da tuberculose – por intermédio da incorporação de suas normas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) – exige a reorganização dos processos de trabalho do Programa. A substituição contínua de profissionais da ESF e a estrutura insuficiente do PCT prejudicam o controle da tuberculose. A superação do modelo baseado em um serviço de tratamento especializado requer a integração do PCT a todos os níveis do Sistema Único de Saúde, e atribuição de autonomia aos coordenadores, para tomarem decisões.

Palavras-chave: Tuberculose. Saúde Pública. Administração de Serviços de Saúde. Pesquisa qualitativa.

*Elaborado com apoio do Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil.
^(a,b,d,e,f,g,h) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Av. Horácio Macedo, s/n, Próximo à Prefeitura Universitária da UFRJ, Ilha do Fundão, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-598. natasha_ventura2@hotmail.com; lourdes@iesc.ufrj.br; vanusalemos@ig.com.br; debora.sanitarista@gmail.com; gfonte@uol.com.br; pkale@iesc.ufrj.br; ajcosta@iesc.ufrj.br
^(c) Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, UFRJ-Macaé. Macaé, RJ, Brasil. marialf.santos@gmail.com

Introdução

A tuberculose (TB) é, ainda hoje, um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global. Em 2009, o Brasil ocupava a 18ª posição entre as 22 nações responsáveis por 80% dos casos de tuberculose no mundo¹. Em 2011, o estado do Rio de Janeiro (ERJ) apresentou uma taxa de incidência de tuberculose de 72,3 casos por 100.000 habitantes, a maior do país, correspondendo praticamente ao dobro da média nacional². A maioria dos casos de tuberculose no ERJ concentra-se em treze municípios da Região Metropolitana, considerados prioritários pelo Fundo Global Tuberculose (FGTB) Brasil.

A atuação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose envolve estratégias que visam estender as ações de controle da doença, privilegiando a descentralização para a atenção básica, bem como a articulação com outros programas governamentais. Desta forma, amplia o acesso da população em geral e dos grupos populacionais mais vulneráveis às medidas de controle³.

Na esfera municipal, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) possui uma coordenação responsável por: monitorar os indicadores epidemiológicos e o cumprimento de metas propostas nos pactos; coordenar e supervisionar a busca ativa de sintomáticos respiratórios e o controle de contatos; notificar os casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e acompanhá-los por meio do sistema de informação, gerando boletins de acompanhamento mensal; assegurar o diagnóstico; participar da operacionalização do tratamento supervisionado; da provisão de medicamentos; da articulação com as unidades de saúde, a fim de aperfeiçoar as ações de controle da doença; organizar a rede de laboratórios e capacitar as unidades básicas com ações de controle da TB e unidades de referência secundárias e terciárias³. Sendo assim, é necessário que os serviços de saúde municipais possuam estrutura organizacional adequada e suficiente para desenvolver a contento as atividades de controle da doença, decorrentes do trabalho coordenado entre pessoas, tecnologias e recursos⁴.

Este artigo apresenta uma análise de aspectos estruturais e organizacionais relacionados às ações de controle da tuberculose nos treze municípios do ERJ considerados prioritários segundo o FGTB Brasil, complementando trabalho sobre sistemas de informação concernentes à tuberculose nos mesmos municípios⁵. Ambos resultam da pesquisa "Avaliação do sistema de informação da tuberculose nos 13 municípios de abrangência do Fundo Global Tuberculose Brasil no estado do Rio de Janeiro" (Edital Fundo Global Tuberculose Brasil/FGTB – Núcleo Fiocruz/Ensp/Fiocruz/MS Nº 1/2009), aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IESC/UFRJ e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Metodologia

Utilizou-se a metodologia qualitativa, baseada em entrevistas semiestruturadas, para apreender a visão dos coordenadores dos PCTs a respeito de aspectos estruturais, organizacionais, e dos processos de trabalho concernentes ao controle da TB nos serviços de saúde dos treze municípios de abrangência do FGTB no ERJ: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

Foi elaborado um roteiro de entrevista voltado para o sistema de informação de tuberculose, cuja primeira pergunta "*Como está organizado o Programa de Controle da Tuberculose neste município?*" visava conhecer a organização do programa na esfera municipal, as atividades do PCT realizadas pelas diversas unidades de saúde, e a relação entre a coordenação do PCT e essas unidades. O roteiro continha, ainda, perguntas relativas à estrutura e à organização da coordenação do PCT no nível central, à análise e divulgação das informações sobre tuberculose, bem como ao treinamento e à capacitação dos profissionais para realização das ações previstas no programa. O último bloco de perguntas versava sobre a percepção do coordenador a respeito dos entraves existentes no PCT, em especial, as dificuldades relacionadas à coleta, ao registro e ao fluxo das informações.

Foram entrevistados os coordenadores ou responsáveis pelo PCT nos 13 municípios e, no Rio de Janeiro, também a coordenadora do SINAN. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados, entre dezembro de 2009 e agosto de 2010, tendo sido gravadas e transcritas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Desenvolveu-se um estudo exploratório utilizando-se a análise temática, modalidade da análise de conteúdo em que, a partir da leitura sistemática do material de campo (transcrições das entrevistas), se procede à identificação dos núcleos de sentido e categorias empíricas norteadoras da análise⁶.

Neste artigo são apresentados os resultados referentes à estrutura e organização das ações de controle da TB nos serviços de saúde dos municípios; treinamento e capacitação para o desenvolvimento das atividades do PCT; e percepção e avaliação dos coordenadores sobre o PCT. Com base nas informações do censo de 2010, os municípios foram classificados segundo o porte populacional (Tabela 1), em três grupos: menor porte, com menos de duzentos e vinte mil habitantes; porte intermediário, com população entre duzentos e vinte mil e quinhentos mil habitantes; e maior porte, com mais de quinhentos mil habitantes. Visando preservar a confidencialidade, esta terminologia foi adotada na apresentação dos resultados, e o Rio de Janeiro foi incluído entre os municípios de maior porte⁵.

Tabela 1. População residente nos municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2010

Porte*	Município	População**
Menor	Japeri	91.933
	Queimados	131.163
	Nilópolis	154.232
	Mesquita	159.685
	Itaboraí	210.780
	Magé	218.307
Intermediário	São João de Meriti	439.210
	Niterói	441.078
	Belford Roxo	455.598
Maior	Nova Iguaçu	767.505
	Duque de Caxias	818.432
	São Gonçalo	945.752
	Rio de Janeiro	5.946.224

* Menor porte: menos de 220 mil habitantes; porte intermediário: entre 220 mil e 500 mil habitantes; maior porte: mais de 500 mil habitantes. ** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/RJ2010.pdf>

Resultados

Estrutura e organização das ações de controle da tuberculose

Entre os municípios investigados, o profissional de enfermagem (seis) é o mais frequente na coordenação do PCT, seguido pelos médicos (três) e assistentes sociais (dois). Dois municípios não possuem um coordenador exclusivo do PCT. Em Belford Roxo, a Chefe da Divisão de Doenças Transmissíveis, e, em Duque de Caxias, a Chefe da Divisão de Programas, respectivamente uma geógrafa e uma médica, respondem pela coordenação do PCT. Quatro coordenadores são especialistas em pneumologia sanitária, quatro possuem formação em saúde pública (especialização, residência ou mestrado) e dois fizeram curso de gestão em saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Categoria profissional, tempo de permanência na coordenação e titulação dos coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nos municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado do Rio de Janeiro

Categoria profissional do coordenador ou responsável pelo PCT	Tempo de permanência na coordenação do PCT (anos)	Titulação dos coordenadores	Município
Enfermagem	14	Sem informação	Nova Iguaçu
	10	Sem informação	Nilópolis
	4	Especialização em Promoção da Saúde/ Especialização em Gestão em Saúde	Magé
	2	Especialização em Pneumologia Sanitária	Queimados
	1	Especialização em Saúde Pública	São João de Meriti
	1	Especialização em Pneumologia Sanitária	Mesquita
Medicina	8	Especialização em Saúde Pública	São Gonçalo
	8	Curso de Gestão em Saúde	Itaboraí
	1*	Mestrado em Saúde Pública	Rio de Janeiro
Serviço Social	Sem gerência formal	Residência em Saúde Pública	Duque de Caxias**
	9	Especialização em Pneumologia Sanitária	Japeri
	2	Residência em Saúde Pública/ Especialização em Pneumologia Sanitária	Niterói
Geografia	Sem gerência formal	Curso de Informática	Belford Roxo**

* Antes de assumir a coordenação, foi substituída da gerente anterior por 11 anos. ** Responsável pelo PCT sem exercer, formalmente, a coordenação do programa.

Constata-se a qualificação dos coordenadores do programa na formação especializada por meio de pós-graduação. O tempo mediano de permanência na coordenação do PCT, nestes municípios, é de quatro anos. Cinco coordenadores exerciam a função há, no máximo, dois anos, e outros cinco há, pelo menos, oito anos, um dos quais há mais de 14 anos. Esses aspectos reforçam uma observação que se deu no decorrer do trabalho de campo: por um lado, o comprometimento dos profissionais envolvidos com as ações de controle da TB nos municípios, mas, por outro, a ausência de uma equipe com a qual compartilhar e dividir responsabilidades e atribuições.

Em relação aos demais membros das equipes do PCT, os municípios de maior porte ou melhor organização incluíam outros médicos e enfermeiros, bem como técnicos de enfermagem, administrativos (digitadores) e de laboratório.

O coordenador do PCT nos municípios de menor porte, ou com restrita estrutura organizacional, é um “faz tudo” do programa, responsável por todas as atividades que compõem o processo de atenção e controle da tuberculose. É ele(a) quem responde, em última instância, pelo provimento dos insumos (às vezes, até mesmo laboratoriais), pelo encaminhamento de material para o laboratório e pela devolução dos resultados nas unidades de saúde. A essas tarefas somam-se as funções relativas à análise da qualidade e consolidação das notificações, ao monitoramento e envio das informações para o nível estadual, e à produção de relatórios.

“Atendo, eu faço consulta, eu faço a mesma coisa que todo mundo. Quando a técnica de enfermagem tá de férias eu assumo, eu venho pra segunda-feira e eu que assumo o papel dela, eu que lanço no livro, eu faço tudo. Então eu sou mais assistência do que coordenação”. (município de porte menor)

“A gente liga pro celular da enfermagem pra saber se tem escarro, isso seria para o laboratório fazer, passar nas unidades e recolher, mas isso ainda não acontece, nós aqui do programa estamos assumindo mais essa tarefa”. (município de porte intermediário)

Ao comentar suas atribuições, a responsável pelas atividades do programa em um município de porte intermediário refere:

“Você não tem nem noção... Tudo, tudo! Ver se não está faltando azul de metileno no laboratório, e eu sei que isso não é minha parte, [...] Se o paciente ficou sem medicação, isso não é problema meu... Isso é problema da farmácia”. (município de porte intermediário)

Deve-se sublinhar que, no Rio de Janeiro, a estrutura de coordenação do programa praticamente não difere da encontrada nos demais municípios, especialmente em relação à equipe, o que é insuficiente em uma cidade com mais de sete mil casos notificados de tuberculose anualmente, e mais de seis milhões de habitantes distribuídos em um território extenso, com longas distâncias entre o nível central e os serviços.

De modo geral, a infraestrutura para a realização das atividades do PCT é bastante frágil. A escassez de insumos se estende a todas as atividades do programa, os coordenadores aludiram à falta de corante para pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), falta de pote para coleta de escarro, e, até mesmo, à falta d'água como acontecimentos não tão inusitados quanto o esperado.

Telefone, acesso à internet e carro são equipamentos compartilhados com outras coordenações e setores das secretarias municipais de saúde. É comum o uso de celulares pessoais dos profissionais das unidades para comunicação com a coordenação do PCT. Alguns utilizam computador, internet e e-mail pessoais, para enviar e receber, de casa, informações relativas ao programa; e, pelo menos, um técnico relatou a utilização de lan houses para enviar informações à Secretaria Estadual de Saúde:

“Nós temos bastante impressora, não tem é tinta. Nós temos uma base de umas 10 impressoras, tudo sem tinta”. (município de porte intermediário)

“A gente não tem estrutura nenhuma. Não tem água, não tem papel, não tem nada. Em relação à informação também, essas máquinas capengas, ele trouxe o HD da casa dele pra consertar pra gente poder ter, não tem memória, não aguentam gerar...”. (município de porte menor)

Em um município em que não há computador conectado à internet na sala do PCT, a coordenadora comenta:

“Eu abro e-mail em casa [...] Quando eu quero responder alguma coisa, antigamente eu liberava o e-mail lá da saúde coletiva, mas todo mundo liberava o mesmo e-mail, então na hora de você abrir tinha e-mail de todo mundo, aí você perdia um tempo imenso para procurar o que era seu”. (município de porte menor)

Quanto à organização e funcionamento do PCT, é comum entre os coordenadores considerar, como descentralização do programa, a realização de tratamento diretamente observado (DOTS) nas unidades de saúde da família, e, em menor proporção, também em outros serviços de atenção básica (postos, unidades, ou centros municipais de saúde, a nomenclatura varia entre os municípios), não necessariamente acompanhada da descentralização dos instrumentos de registro, tais como o Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios, Ficha de Notificação/Investigação, Livro de Registro e Acompanhamento de Pacientes, ficha de contatos e quimioprofilaxia, entre outros. Assim, a descentralização do PCT está, em parte, vinculada à expansão da estratégia de saúde da família (ESF) nos municípios.

Japeri é o único município em que o PCT permanece totalmente centralizado e, significativamente, também é o único em que não há unidades vinculadas à ESF. O PCT funciona em uma unidade mista distante do centro, o espaço físico é partilhado com a equipe do programa de hanseníase e há somente um turno semanal de atendimento por médico pneumologista.

Nos municípios restantes, se encontra em andamento o processo de descentralização do tratamento supervisionado da tuberculose para as unidades de saúde da família e outras unidades de atenção básica, variando o número de serviços que assistem pacientes com tuberculose. A Tabela 3 apresenta as unidades de saúde com ações de controle da TB implantadas por município, segundo a informação dos entrevistados.

Tabela 3. Unidades de saúde e laboratórios com ações de controle da tuberculose implantadas nos municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado do Rio de Janeiro*.

Município	Unidades de Saúde			Laboratórios	
	Unidade de Saúde da Família	Unidade Básica de Saúde	Unidade de Referência	Laboratório para baciloscopia	Laboratório para cultura ^ε
Belford Roxo	5	---	2	1	---
Duque de Caxias	5	---	1	1	---
Itaboraí	44	---	1	1	---
Japeri	---	---	1 ⁺	1 [§]	---
Magé	62	---	1	1	---
Mesquita	10	6	1	1	---
Nilópolis	1	9	1	1	---
Niterói	36	4	2	6	3
Nova Iguaçu	3	9	1	2	---
Queimados	7	3	1	1 [§]	---
Rio de Janeiro	54	90	1	14	3
São Gonçalo	179 [*]	---	2	2	---
São João de Meriti	11	---	1	1	---

* Informações referentes a agosto de 2010 para o RJ e janeiro de 2010 para os demais municípios. ⁺ Tratamento centralizado. [§] Unidade terceirizada. ^{*} Nem todas as unidades atendem pacientes com tuberculose. ^ε Os municípios que não possuem laboratório para realização de cultura o fazem no Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels - LACEN/ERJ.

Também há atendimento a pacientes com tuberculose nos hospitais (especializados, federais, estaduais, militares e universitários) situados no Rio de Janeiro e em Niterói, bem como no sanatório penal, no Rio de Janeiro. Em Niterói, o Hospital Getúlio Vargas Filho e o Hospital Ary Parreiras são referência, respectivamente, da Região Metropolitana II para tratamento de crianças e do ERJ para adultos. E o Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, pertencente à FIOCRUZ/RJ, é referência nacional para tratamento de Tuberculose Droga-Resistente (TBDR).

Todos os municípios possuem, pelo menos, um centro de referência secundária para atenção à tuberculose com presença de pneumologista. Essas unidades, além de assistirem aos casos de maior complexidade, recidivantes e infantis (quando há profissional especializado), também tratam pacientes que poderiam ser absorvidos pela rede de atenção básica. No Rio de Janeiro, os Centros Municipais de Saúde (CMS) e as policlínicas constituem a referência para os pacientes em retratamento por abandono ou recidiva, enquanto as unidades de saúde da família e os postos de saúde são responsáveis pelo tratamento dos casos novos.

Todos os municípios possuem laboratório para realização de baciloscopia. Em Japeri e Queimados, a baciloscopia é realizada em laboratório terceirizado, dificultando o controle das atividades por parte do programa:

“O laboratório é tão bom que eles não colhem amostra lá, fica de responsabilidade do PCT, então todo mundo que tiver pedido de escarro, tem que ir lá no PCT levar até 8:30h”.
(município de porte menor)

“O que a gente queria? Colocar a coleta em cada PSF, só que como a gente tá com o laboratório terceirizado, só colhe uma vez por semana, por que demora um tempão pra chegar o resultado e a gente não tem veículo pra ir lá buscar o escarro [...]. Então o que acontece? Eles detectam o sintomático, anotam no livro de registro e mandam vir”. (município de porte menor)

Em Niterói, a baciloscopia é realizada em dois laboratórios ambulatoriais e quatro hospitalares, dos quais três fazem exame de cultura para o bacilo de Koch (BK), mas, se positiva, a mesma é

encaminhada ao Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels (LACEN/SESRJ), para realização do teste de sensibilidade. Apenas Rio de Janeiro e Niterói realizam cultura para BK em laboratórios próprios, nos outros municípios, a cultura para BK é realizada no LACEN/SESRJ (Tabela 3).

Observou-se que a busca de sintomáticos respiratórios ainda não foi plenamente incorporada como uma atividade essencial para o controle da TB. Não faz parte da rotina dos serviços a solicitação de baciloscopia de escarro para todos os sintomáticos respiratórios, mas apenas para aqueles que apresentem história clínica e/ou outros sinais e sintomas compatíveis com TB.

“Lá a gente faz tudo porque é a referência, [...] a gente só não consegue fazer busca ativa, só detecção ali no local, a gente vê alguém que tá tossindo ou alguma coisa, a gente aborda, conversa, mas não faz busca ativa”. (município de porte menor)

“Esses cinco PSFs são capacitados pra isso, pra fazer a busca dos sintomáticos, então [...] quando [...] não tá tendo escarro durante uma semana, é por que eles não estão fazendo [...]. Mas essa dificuldade maior é nos PSFs”. (município de porte intermediário)

Vários fatores são alegados na tentativa de justificar o descaso em relação à busca de sintomáticos respiratórios:

“O que é dificuldade, [...] a questão do 1% em cima da população deles [...], aí eles até falaram ‘ah, vamos produzir tuberculose’. Não é questão de produzir tuberculose, mas você tem uma população estimada que você tem que examinar pra você saber os possíveis, não é que você vai achar tuberculose naqueles ali, [...] mas você tem que examinar uma quantidade maior”. (município de porte menor)

“Por quê? Porque não se dá a devida atenção ao tossidor, embora na maioria das nossas unidades nós tenhamos uma faixa lá indicando ‘se você tem tosse há mais de três semanas...’ aquela coisa toda, mas nós sabemos que isto é bastante falho”. (município de porte maior)

Somente em um município foi relatada a implementação de estratégias para aumentar a busca de sintomáticos respiratórios:

“Ano passado a gente fez uma grande campanha de sintomáticos. Porque campanha não é uma coisa boa, mas quando a coisa está meio morna a gente faz uma campanha, porque dá uma levantada no astral do pessoal. A gente fez uma campanha com busca a cada casa, a gente entregava um panfleto de casa em casa (os agentes comunitários)”. (município de porte menor)

Se a busca de sintomáticos respiratórios está em segundo plano em meio às diversas atribuições dos profissionais de saúde, o recolhimento de material para baciloscopia constitui uma atividade bastante irregular, sem uma normatização precisa quanto ao fluxo de coleta e envio de escarro para o laboratório. A falta de um fluxo definido de coleta e envio de escarro para realização de baciloscopia, bem como a demora na devolução dos resultados para a unidade, expressa a baixa prioridade desta atividade pelos gestores municipais.

Com relação às culturas encaminhadas ao LACEN/SESRJ, os resultados demoram cerca de um a três meses para retornar, via e-mail.

A dispensação de medicamentos é responsabilidade da coordenação do PCT e varia entre os municípios. Em Niterói e São Gonçalo, a liberação da medicação para as unidades de saúde está vinculada à notificação.

O tempo transcorrido entre o encerramento dos casos acompanhados nas unidades e a chegada da informação no nível central, responsável pelo registro dos dados no SINAN, varia entre um mês (em Nova Iguaçu), seis meses (Duque de Caxias) a até um ano (Rio de Janeiro).

Treinamento e capacitação para o desenvolvimento das atividades do PCT

Com relação à capacitação de profissionais da rede, ao se descentralizar o programa, são realizados treinamentos, geralmente divididos entre profissionais de nível superior e de nível médio, auxiliares e agentes comunitários de saúde, abrangendo as diversas atividades do PCT. No entanto, os coordenadores referem que os treinamentos costumam ser condensados, com uma quantidade muito grande de informações novas transmitidas em curto espaço de tempo.

Também foi enfatizado que a substituição contínua dos profissionais, especialmente da ESF, traz sérios prejuízos ao programa, pois só é possível manter o PCT nas unidades em que os profissionais foram treinados, inclusive médicos. Desse modo, por mais que sejam realizadas capacitações, nunca são suficientes, e se perpetua a necessidade de treinamento para os profissionais de saúde. No município do Rio de Janeiro, a coordenação refere, como uma das principais atividades da equipe do PCT, a organização e implementação de treinamentos.

Percepção e avaliação dos coordenadores sobre o PCT

A deficiência de profissionais, tanto na esfera local quanto no nível central, foi o aspecto mais mencionado entre os entrevistados como um entrave ao PCT:

“O mais difícil é você conseguir comprometer as pessoas, conseguir alguém que diga: ‘não, eu vou assumir isso dentro da unidade’; ‘eu vou tomar conta’ [...] acho que esse é um dos maiores problemas. A unidade não se responsabilizar nem por seus próprios pacientes que estão abandonando”. (município de porte médio)

“O nosso RH tá muito deficitário [...]. Ainda mais com os recursos humanos precários que nós estamos aqui vivendo. Nesse momento ainda tá havendo contratação, mas isso aí é um processo muito lento, e o programa não espera, a doença não tá esperando ‘ah, vou esperar primeiro a secretaria se estruturar’, não acontece isso, então a gente fica doidinho mesmo”. (município de porte médio)

O envolvimento dos profissionais foi recorrente na fala dos coordenadores, explicando tanto as dificuldades quanto os aspectos positivos do programa. Em Itaboraí, “a reestruturação dos recursos humanos foi o ponto crucial para o sucesso do programa” (coordenador do PCT).

Questões de logística e estrutura precária, tais como equipamentos e insumos, comunicação e transporte, vieram em segundo lugar entre as dificuldades enfrentadas pelos coordenadores do PCT. A intermediação de interesses políticos na indicação de funcionários e na gestão da saúde, a remuneração insuficiente e a substituição contínua dos profissionais, também foram citadas como fragilidades:

“Tem entraves nas três esferas. Entrave em nível de município, que se reflete no país todo, é essa instabilidade política. No Brasil cada um que senta na cadeira tem um processo criador que vai solucionar todos os problemas, que a gente sabe que não vai solucionar nada. Se mantivesse uma política pelo menos, bem planejada, já estaria ótimo para o povo, mas não é assim, quem senta na cadeira tem uma fórmula maravilhosa e isso não é aqui não, qualquer lugar que você vá. O discurso é dizer que o passado não prestou, todos que tiveram aqui até agora são muito ruins ‘você são muito ruins’. Só que ele tem os entraves todos, porque funcionário público não tem o que fazer, ele vai ter que conviver com essa gente toda, isso é em qualquer município [...] Quando você chega ao nível do estado, as indicações não são por competência, o amigo, companheiro de fé, vai ganhar o dinheiro X, raramente são indicações técnicas, um ou outro é indicação técnica. Uma nata de pessoas é de indicações políticas, partidárias e aí acho que isso é no ministério... Fora toda a corrupção, é só ligar a TV, técnico mesmo sobra pouco, os que sobram vão se desmotivando, se olhar hoje, esse grupo aqui é um grupo técnico”. (município de menor porte)

Discussão

A substituição contínua e a escassez de recursos humanos, somadas à insuficiência de insumos e equipamentos, destacaram-se entre as principais barreiras ao pleno desenvolvimento da coordenação dos PCT nos municípios prioritários do ERJ, de acordo com os coordenadores entrevistados. A despeito da existência de serviços ambulatoriais de referência e de laboratórios para realização de baciloscopia em todos os municípios prioritários, percebeu-se a necessidade de aprimoramento dos processos de trabalho afins ao controle da tuberculose, em especial no que concerne à busca de sintomáticos respiratórios, e tratamento precoce dos casos bacilíferos. Em curso em todos os municípios, exceto Japeri, a descentralização das ações de controle da TB para a atenção básica torna ainda mais imperativa a necessidade de reorganização dos processos de trabalho, assim como a redefinição de atribuições e responsabilidades em todos os níveis da rede de saúde, com vistas à ampliação do acesso e da adesão ao tratamento, elementos estes essenciais para o sucesso no controle da TB.

Limitações e problemas de infraestrutura e organização do PCT também foram verificados em estudos realizados em diferentes regiões do Brasil. A indisponibilidade de viaturas exclusivas para a realização oportuna de visitas domiciliares foi destacada como um entrave à implementação da estratégia DOTS em municípios prioritários do interior paulista⁷. Dificuldades impostas pela escassez e pela substituição contínua de pessoal qualificado para o desenvolvimento de ações de controle da TB foram descritas no Rio de Janeiro, em Porto Alegre e Salvador⁸, e em municípios prioritários de São Paulo⁷ e da Paraíba^{4,9}.

Um aspecto repetidamente mencionado em nosso estudo refere-se à necessidade permanente de treinamentos, devido à ausência de fixação dos profissionais de saúde aos postos de trabalho. A substituição contínua dos profissionais implica a realização recorrente de treinamentos, os quais, entretanto, não preenchem a lacuna decorrente do insuficiente acúmulo de experiência profissional. A qualificação do trabalho na área da saúde requer, além da formação específica, idealmente sob forma de educação continuada, o acúmulo de experiência profissional. Quanto mais amplo o espectro de situações vivenciadas, mais profundo e completo será o exercício e a reflexão por parte dos profissionais na interpretação e na aplicação das normas e recomendações afins ao controle da TB.

Deve-se considerar que o comprometimento dos profissionais, referido como um fator crucial para o êxito do PCT, reflete, em certa medida, a atitude dos gestores com relação ao enfrentamento da tuberculose nos respectivos municípios. No estudo de Cunha et al.¹⁰, a falta de estrutura organizacional e logística, bem como a substituição contínua de recursos humanos e pouco comprometimento profissional, foram apontados como aspectos que dificultam a operacionalização das ações de controle da TB, assim como o processo de descentralização para a ESF em um bairro de São Gonçalo, RJ.

Trigueiro et al.⁴ analisaram, segundo a perspectiva dos gestores de saúde, as práticas que norteiam as ações de controle da TB em municípios da região metropolitana de João Pessoa, PB. Os resultados apontaram a frequente substituição de profissionais como um agravante no planejamento das ações de controle da TB, além de formas inadequadas de contratação de profissionais de saúde. Apesar de a Constituição Brasileira recomendar a realização de concursos públicos para a contratação de profissionais de saúde, não estabelece isso como norma, deixando, a cargo das prefeituras, o mecanismo de contratação e o salário de seus funcionários, favorecendo, assim, o fisiologismo político e a contratação por conveniência, também observados por Cunha et al.¹⁰. A deficiência de recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um desafio cuja superação está vinculada à opção por um determinado modelo assistencial a ser consolidado¹¹. Com relação ao vínculo empregatício dos trabalhadores da saúde, são recentes novas modalidades de contratação cuja efetividade poderá ser avaliada daqui há algum tempo.

O controle da TB baseia-se, essencialmente, no diagnóstico oportuno e tratamento imediato dos casos bacilíferos, de forma a evitar a ocorrência de novas infecções. Porém, mesmo promovendo a ampla identificação de sintomáticos respiratórios e o tratamento oportuno dos casos bacilíferos, dada a elevada prevalência de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* ainda vigente em regiões endêmicas, esperar-se-ia a ocorrência de grande contingente de casos por décadas à frente. O efetivo controle da TB requer, portanto, a garantia da continuidade do desenvolvimento das ações previstas no PCT

a médio e longo prazos. A expansão da atenção básica, em curso nos municípios investigados, assim como em todo o país, pode configurar um cenário favorável ao controle da TB – e, também, de outras doenças de natureza crônica, como a hanseníase, o diabetes melito e a hipertensão arterial sistêmica, especialmente mediante a realização dos atributos da longitudinalidade e da integralidade na atenção à saúde, assim como do vínculo entre pacientes e profissionais, equipes e unidades de saúde. Nesse sentido, o estabelecimento de vínculo profissional constitui uma necessidade insubstituível para o controle da TB^{12,13}, tendo em vista a (boa) organização do sistema de saúde, justamente por possibilitar o acúmulo de experiência profissional, em seus aspectos técnico, político e social.

O fato de a busca de sintomáticos respiratórios não ter sido incorporada na rotina dos profissionais de saúde dos municípios estudados corrobora o estudo de Cardozo-Gonzales et al.¹⁴. Nesse estudo, a prática da busca de sintomáticos respiratórios foi analisada na visão dos profissionais da ESF em um município de médio porte do sul do Brasil. Os autores apontam a falta de envolvimento dos profissionais com esta atividade, além da dificuldade na realização de treinamentos. O estudo ainda ressalta o modo como são gerenciados os processos de trabalho no contexto da atenção básica, o que pode potencializar ou inibir a realização da busca de sintomáticos respiratórios. A simplificação desta atividade também foi questionada pelos autores, pois, na teoria, parece ser simples, mas, na prática, é uma atividade complexa que requer muito mais que conhecimento técnico, e, sim, a sensibilização e humanização dos profissionais que estão lidando diretamente com a população¹⁴.

A busca de sintomáticos respiratórios é uma atividade-chave para que as equipes de saúde passem a ter o controle da TB incorporado à sua rotina diária de trabalho. Se esta busca não é feita, não há como completar o ciclo de detecção precoce, tratamento e cura. Trata-se de atividade preconizada pelo Ministério da Saúde para que os casos bacilíferos sejam detectados o mais precocemente possível, potencializando, assim, o tratamento e a possibilidade de cura. O controle da TB, sobretudo para interromper a cadeia de transmissão da doença, inclui diagnóstico oportuno e tratamento imediato dos casos bacilíferos. A oportunidade de tratamento e cura efetivas podem acontecer, também, mais tardiamente, mas só com a recomendação da busca de sintomáticos respiratórios é possível instituir, precocemente, o tratamento e reduzir o tempo em que os pacientes atuam como fonte de infecção para os suscetíveis. A inclusão da busca de sintomáticos respiratórios no rol de registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pode constituir um incentivo para a sua realização nas unidades de saúde e, também, nas comunidades a elas vinculadas, corroborando, assim, o caráter ativo, por parte do PCT, na identificação oportuna de novos casos de tuberculose.

Vale ressaltar a ausência de menção às ações e iniciativas de caráter intersectorial relacionadas ao controle da TB pelos coordenadores entrevistados. Embora não tenham sido destacadas no roteiro das entrevistas, as ações intersectoriais têm a sua importância reconhecida para o controle da TB, tendo em vista os inúmeros determinantes sociais, econômicos e culturais associados ao risco de infecção e adoecimento, assim como ao prognóstico de indivíduos doentes¹⁵. Este achado pode ser indicativo da preponderância ainda vigente do modelo tradicional de controle da TB, centralizado e vertical, em detrimento da concepção do modelo assistencial da vigilância da saúde, calcado no atributo da integralidade da atenção e na descentralização dos serviços de saúde. Novamente, a integração entre as coordenações dos PCT e da ESF pode servir como estímulo ao desenvolvimento e aprimoramento da intersectorialidade no controle da TB.

Historicamente, a atenção à tuberculose no Brasil foi estruturada de modo fortemente centralizado e baseado no controle de todas as atividades do programa¹⁶. A implantação do SUS tornou premente a descentralização, e a expansão da ESF, apoiada na perspectiva da vigilância da saúde, pode ajudar a superar esse desafio¹⁵. A incorporação das ações de controle da TB pelas equipes da ESF encerra um grande potencial de ampliação da sensibilidade do PCT, em especial, para identificação de casos bacilíferos. Entretanto, a descentralização das ações do PCT para as equipes da ESF não resultou em melhoria do acesso ao diagnóstico em municípios das regiões Nordeste e Sudeste¹⁷.

Por outro lado, a precariedade estrutural e organizacional encontrada em alguns municípios faz pensar no significado da descentralização. Essa situação evidencia duas alternativas de políticas de saúde, com riscos e benefícios peculiares. A descentralização, ao criar novas demandas, pode se apresentar como instrumento de pressão pela qualificação dos serviços e consequente melhoria da

atenção; ou, no pior cenário, resultar na deterioração de uma atividade até então desempenhada em unidades especializadas, ainda que não plenamente. A manutenção do modelo centralizado pode resultar na limitação do SUS a espaços e territórios restritos, inviabilizando, a longo prazo, a concretização do sistema universal e igualitário instituído constitucionalmente.

É preciso reconhecer a complexidade desse processo, a fim de identificar o que deve ser preservado, bem como as mudanças necessárias. Nesse contexto, deve ser considerada, como plausível, a alternativa de investimento no gerenciamento e fortalecimento de determinadas unidades com tradição no controle da tuberculose, e a sensibilização para a realização da busca de sintomáticos respiratórios e da estratégia DOTS nas demais.

Considerações finais

A partir dos resultados, observa-se que, nos municípios estudados, a infraestrutura precária dos PCT constitui um entrave no enfrentamento da TB. A substituição contínua de profissionais e escassez de recursos humanos são fatores que prejudicam o processo de trabalho em saúde, contribuindo para as falhas encontradas nos PCTs investigados. Além disso, cada município tem o seu contexto e particularidades, que podem favorecer ou prejudicar o andamento de um programa ou atividade.

A superação do modelo centralizado e dos processos de trabalho fragmentados passa pela integração do PCT a todas as esferas do SUS, em especial à atenção básica, assim como por uma maior aproximação entre coordenadores e gestores com vistas à ampliação da autonomia nos processos de decisão envolvendo tanto a alocação como o gerenciamento de recursos. Os principais entraves e limitações ao pleno desenvolvimento das ações de controle da TB identificados em nosso estudo apontam para a necessidade de uma atuação mais abrangente dos coordenadores dos PCT, para além das práticas gerenciais de ordem técnico-burocrática, centradas na racionalização e utilização de recursos⁴. Entretanto, falta, a estes técnicos, autonomia para orientar suas ações em uma perspectiva mais consequente. Pelo contrário, um traço comum às coordenações dos programas que constituem as linhas de ação sanitária em nível municipal, é o respeito aos limites estabelecidos pela contingência de recursos humanos, financeiros e tecnológicos disponíveis para os propósitos da atenção à saúde pública.

O processo de construção, organização e consolidação do SUS é permeado por conflitos, disputas de interesse, diversidade de concepções sobre a causalidade do processo saúde-doença e visões divergentes a respeito da melhor forma de organizar e realizar a atenção integral à saúde da população brasileira. Essas diferenças se traduzem, em última instância, no financiamento do SUS, insuficiente para prover atenção universal, igualitária e integral, conforme estabelecido constitucionalmente. Nesse contexto, a tuberculose pode ser considerada expressão síntese da determinação social da doença, e em certa medida, as dificuldades históricas no seu enfrentamento evidenciam o grau de iniquidade presente em nossa sociedade.

Colaboradores

Natasha Ventura responsabilizou-se pela revisão bibliográfica, concepção, elaboração e revisão do artigo. Maria de Lourdes Cavalcanti responsabilizou-se pela concepção, elaboração e revisão do texto. Maria Lúcia Santos, Débora Medeiros, Vanusa Lemos, Gabriela Pessanha e Pauline Lorena Kale responsabilizaram-se pela revisão do texto. Antonio José Leal Costa responsabilizou-se pela concepção, elaboração e revisão do texto e dos resumos.

Agradecimento

Ao professor Marcos Fernandes da Silva Moreira (ISC/UFF), pela redação do título e do resumo em espanhol e pela revisão dos títulos e resumos em português e inglês.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Eletrônico da Tuberculose [Internet]. 2009 Jul [acesso 2011 Mar 30]; 9 (2). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ano09_n02_inf_eletr_tb.pdf
2. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Programa de Controle de Tuberculose. Inf Epidemiol [Internet]. 2013 [acesso 2013 Dez 26]. Disponível em: <https://docs.com/RNIO>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília (DF): MS; 2010.
4. Trigueiro JVS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TCS, Trigueiro DRSG. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. Rev Latino-am Enferm. 2011; 19(6):1289-96.
5. Cavalcanti MLT, Carvalho RMG, Santos MLF, Sucupira ED, Pessanha GF, Medeiros DA, et al. Processos de registro e gerenciamento concernentes aos sistemas de informação da tuberculose nos municípios do estado do Rio de Janeiro prioritários segundo o Fundo Global Tuberculose Brasil, 2009/2010. Cad Saude Colet. 2012; 20(2):161-8.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
7. Santos MLSG, Villa TCS, Vendramini SHF, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Santos NSGM, et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(1):64-9.
8. Campos CEA, Fonseca ACF, Pessini ML. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? Cad Saude Colet. 2012; 20(2):188-94.
9. Nogueira JA, Sá LD, França UM, Almeida SA, Lima DS, Figueiredo TMRM, et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1):125-31.
10. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina - São Gonçalo (RJ), 2010. Cad Saude Colet. 2012; 20(2):177-87.
11. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012.
12. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Cardozo-Gonzales RI, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. Acta Paul Enferm. 2009; 22(2):176-82.
13. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2):365-72.
14. Cardozo-Gonzales RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade de saúde da família. Rev Enferm Saude. 2011; 1(1):24-32.
15. Hino P, Santos CB, Villa TCS, Bertolozzi MR, Takahashi RF. O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde. Esc Anna Nery. 2011; 15(2):417-21.

16. Hijjar MA, Gerhard G, Teixeira GM, Procópio MJ. Retrospecto do controle da Tuberculose no Brasil. Rev Saude Publica. 2007; 41 Supl 1:50-8.
17. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Neto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. Rev Saude Publica. 2009; 43(3):389-97.

Cunha NV, Cavalcanti MLT, Santos MLF, Araújo VLA, Oliveira e Cruz DM, Pessanha GF, et al. Estructura, organización y procesos de trabajo en el control de la tuberculosis en municipios del estado de Río de Janeiro, Brasil. Interface (Botucatu). 2015; 19(53):251-63.

En 2011, el Estado de Río de Janeiro (ERJ) presentó el más alto índice de incidencia de tuberculosis del país. Realizamos una encuesta cualitativa sobre la estructura, la organización y los procesos de trabajo en el Programa de control de la tuberculosis (PCT), por medio de un análisis temático de entrevistas con coordinadores del PCT en 13 municipios del ERJ. La descentralización del control de la tuberculosis – por intermedio de la incorporación de sus normas por parte de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) – exige la reorganización de los procesos de trabajo del programa. La sustitución continua de profesionales de la ESF y la estructura insuficiente del PCT perjudican el control de la tuberculosis. La superación del modelo basado en un servicio de tratamiento especializado requiere la integración del PCT en todos los niveles del Sistema Brasileño de Salud y la atribución de autonomía a los coordinadores para tomar decisiones.

Palabras clave: Tuberculosis. Salud pública. Administración de servicios de salud. Encuesta cualitativa.

Recebido em 28/02/14. Aprovado em 10/08/14.