

# Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010

## Situational diagnosis of tuberculosis control decentralization to Family Health Strategy in Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010

Natasha Ventura da Cunha<sup>1</sup>, Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti<sup>2</sup>, Antônio José Leal Costa<sup>3</sup>

### Resumo

Foi realizada uma avaliação normativa, com abordagem qualitativa, para verificar a descentralização do controle da tuberculose (TB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) no bairro Jardim Catarina – São Gonçalo, Rio de Janeiro. Para isso, foi construído Modelo Lógico das atividades de controle da tuberculose na saúde da família (SF) do bairro. Utilizaram-se como instrumentos de análise entrevistas, observação com registro em diário de campo e análise documental. As entrevistas foram realizadas com a Coordenação regional de SF do município e profissionais de equipes de SF do bairro Jardim Catarina. Na análise, consideraram-se as seguintes categorias: atividades (prevenção, diagnóstico e tratamento) do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no âmbito das Unidades de Saúde da Família (USF), estrutura das USF, percepção dos profissionais de saúde sobre o controle da TB na SF. Os resultados apontaram um processo de descentralização lento e decorrência de problemas de estrutura e planejamento, como a escassez e rotatividade de recursos humanos e desarmonia entre o planejado e o executado nas USF. Contudo, os profissionais entrevistados compreendem os benefícios trazidos caso o controle da TB esteja próximo da população por meio da ESF, o que é importante para o controle da doença.

**Palavras-chave:** saúde pública; Atenção Primária à Saúde; tuberculose; avaliação em saúde; Saúde da Família.

### Abstract

A normative evaluation with a qualitative approach was developed in order to assess the decentralization of tuberculosis (TB) control activities within the Family Health Strategy (FHS) in the neighbourhood of Jardim Catarina, municipality of São Gonçalo, Rio de Janeiro. A Logic Model comprising the tuberculosis activities within the Family Health Strategy was developed based on the analyses of interviews, registered notes from field observation and document analysis. The interviews were conducted with the FHS Regional Coordinator and professionals of the FHS team at the neighbourhood of Jardim Catarina. The following categories were considered in the analyses: Tuberculosis Control Program (TCP) activities (prevention, diagnosis and treatment) within the Family Health Units (FHU), structure of the FHU and the perception of tuberculosis control by the professionals of the Family Health teams. Results indicated a slower than expected ongoing process of decentralization due to problems related to structure and planning, such as shortage and rotativity of health professionals, and discrepancies between the planned and executed activities in the HFU. Nevertheless, the health professionals interviewed understand the potential benefits that could emerge if tuberculosis related activities approximate the general population through the Health Family Strategy, an important issue regarding tuberculosis control.

**Keywords:** public health; Primary Health Care; tuberculosis; health evaluation; Family Health.

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ); Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* do IESC/UFRJ; Diretora adjunta do Programa de Pós-graduação *Lato Sensu* do IESC/UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP) – São Paulo (SP), Brasil; Professor permanente do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* do IESC/UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Natasha Ventura da Cunha – Rua Zefiro, Lote 11, Quadra 4, Parada Angélica – CEP: 25272-530 – Duque de Caxias (RJ), Brasil – E-mail: natasha\_ventura2@hotmail.com

Fonte de financiamento: Bolsa de mestrado da CAPES

Conflito de interesse: nada a declarar

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS (universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade), mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde. É apresentada pelo Ministério da Saúde (MS) como um modelo de atenção focado não apenas no indivíduo doente, mas na família, modificando o processo de intervenção em saúde por não esperar a população procurar atendimento e agir preventivamente<sup>1</sup>.

A descentralização do controle da tuberculose (TB) para a ESF tem sido recomendada e incentivada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)<sup>2</sup>, pois amplia o acesso dos doentes ao serviço de saúde. Além disso, proporciona maior adesão ao tratamento por meio do vínculo criado entre as equipes e a comunidade. A descentralização do controle da TB para a Saúde da Família consiste em incluir na rotina das equipes o desenvolvimento das seguintes ações de controle da TB: busca ativa de sintomáticos respiratórios (BSR); solicitação de exames para diagnóstico (baciloscopia, radiografia e cultura); preenchimento dos instrumentos de registro de informações (ficha de notificação de casos, livro de sintomáticos respiratórios e livro de registro e acompanhamento dos casos); tratamento supervisionado e acompanhamento do paciente (consultas mensais); exame de contatos e busca de faltosos; e alta<sup>3</sup>.

A dificuldade de tratamento e cura, as taxas de abandono e recidiva da doença se concentram nas camadas sociais mais pobres, entre os grupos descobertos de atenção e acompanhamento à saúde continuados<sup>4</sup>. Assim, torna-se fundamental para o enfrentamento e controle da tuberculose um modelo assistencial que seja permanentemente vinculado à comunidade, a qual seja assistida por uma equipe multiprofissional cujos objetivos de trabalho se estendam além das fronteiras das Unidades de Saúde, e essas características estão em sintonia com a ESF<sup>1</sup>.

No ano de 2007, o Estado do Rio de Janeiro apresentou uma taxa de incidência de tuberculose de 71,7 casos por 100.000 habitantes, a maior do País. A maioria dos casos de tuberculose no Rio de Janeiro concentra-se em 13 municípios da Região Metropolitana, onde se inclui o município de São Gonçalo<sup>5</sup>.

Em 2009, o município apresentou incidência de tuberculose de 54 casos por 100.000 habitantes. Em 2008, do total de casos novos de TB (546), o percentual de cura da doença foi 71,8%; o percentual de abandono, 11,4%; e a proporção de óbitos, 4,1%<sup>6</sup>. Isso demonstra que o município ainda não conseguiu atingir a meta do Ministério da Saúde de curar 85% dos casos de TB e reduzir o abandono para menos de

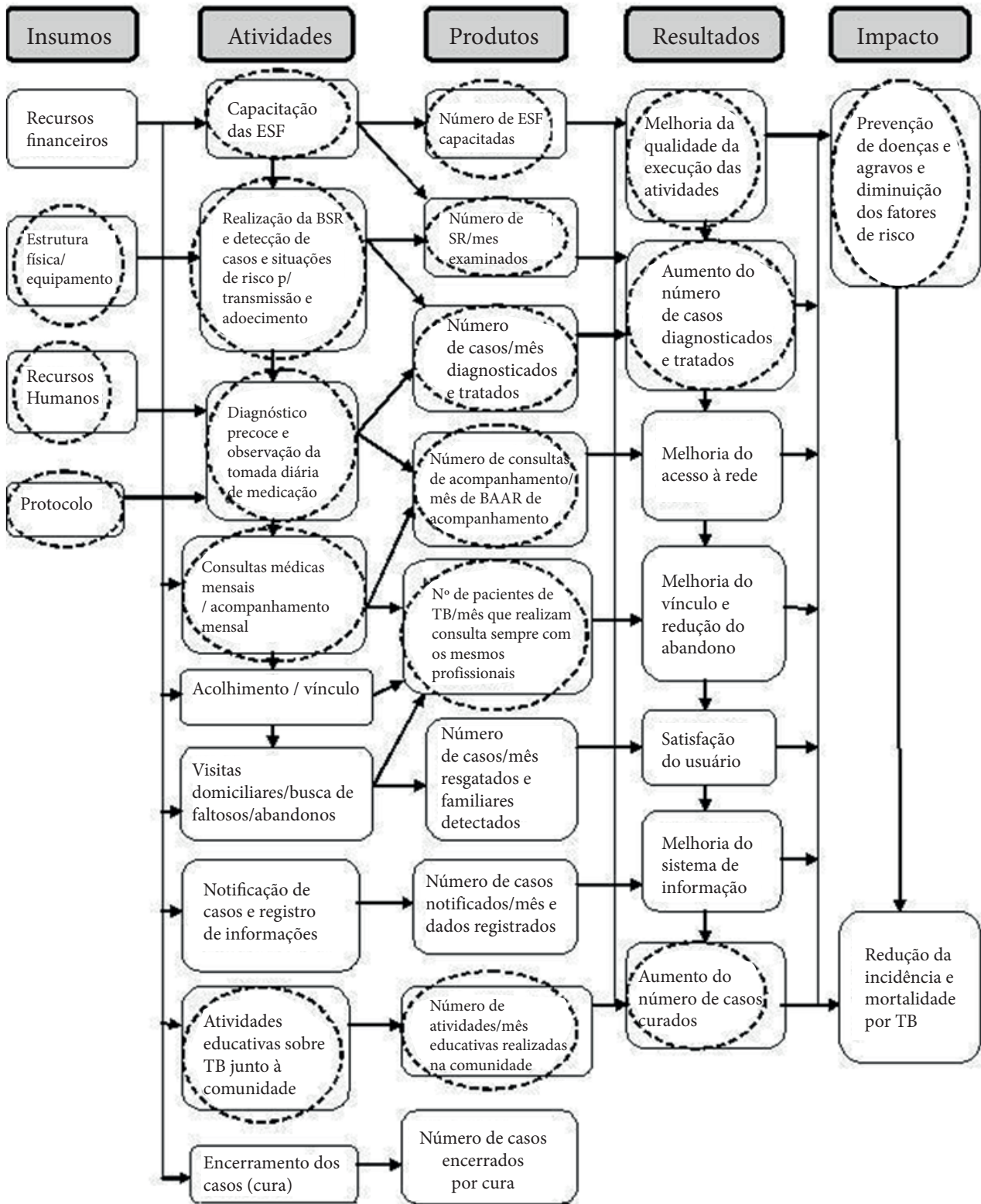
5%<sup>2</sup>, demandando a ampliação do acesso e a qualidade da atenção, contando com a ESF mediante o vínculo com o paciente e sua família para tentar reduzir a proporção de abandono e aumentar a proporção de cura da doença.

São Gonçalo é um município de grande porte, com expressiva cobertura de Saúde da Família (65% em novembro de 2010), e está descentralizando as ações de controle da TB para a estratégia<sup>6</sup>. O bairro Jardim Catarina foi escolhido como campo de pesquisa por ser o bairro que apresenta o maior número de casos de TB ao ano do município, além de ser um bairro extenso e populoso. O bairro possui ao todo 17 equipes de SF compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

A avaliação normativa envolve a comparação entre as informações obtidas com critérios e normas estabelecidos<sup>7</sup>. Dessa forma, este estudo constituiu uma avaliação normativa<sup>8</sup> que teve como objetivo realizar um diagnóstico situacional do processo de descentralização do controle da TB para a SF no bairro Jardim Catarina. Assim, possibilitou avaliar em que medida o que foi planejado está sendo cumprido no bairro e identificar as potenciais barreiras de um processo de descentralização em curso a partir da percepção dos sujeitos entrevistados.

## METODOLOGIA

O Modelo Lógico do PCT na ESF do bairro foi utilizado como ferramenta avaliativa. Para a construção do Modelo Lógico, utilizou-se o modelo proposto pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) como referencial teórico, além de outros documentos, como o Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil<sup>2,3,9,10</sup>. O Modelo Lógico do programa nada mais é do que uma maneira visual e sistematizada de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Deve incluir as relações entre recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e os efeitos que pretende alcançar<sup>10</sup>. É importante destacar que é uma representação da realidade, e não a realidade. Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrinhá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando as etapas necessárias à transformação de seus objetivos e metas<sup>11</sup>. Além disso, para adequação do modelo à descentralização planejada no bairro, foi utilizada a entrevista realizada com a coordenadora do PCT municipal no âmbito do estudo "Avaliação do sistema de informação da tuberculose nos 13 municípios de abrangência do Fundo Global Tuberculose Brasil no Estado do Rio de Janeiro"<sup>6</sup>. A Figura 1 apresenta o Modelo Lógico do PCT na ESF do bairro Jardim Catarina. Nessa figura, o círculo



**Figura 1.** Modelo Lógico do PCT descentralizado na ESF do Jardim Catarina. Baseado no modelo proposto pelo CDC9. Os círculos tracejados indicam os componentes que apresentaram falhas segundo os resultados do estudo, explicitados adiante

tracejado assinala os componentes do modelo em que foram evidenciadas falhas, apresentadas e explicitadas nos resultados. (Figura 1)

A partir do Modelo Lógico construído, foram elaborados os roteiros de entrevista para os profissionais das equipes de SF do bairro (abordando a estrutura da USF; as atividades do PCT realizadas e fluxo de atendimento de TB na USF; e a percepção dos profissionais de saúde sobre as atividades de controle da TB) e para a Coordenação Regional de SF (abordando as atividades da coordenação e a descentralização do PCT). Como referencial teórico para elaboração dos roteiros de entrevistas, utilizou-se o estudo de Triviños<sup>12</sup>. O trabalho de campo ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2010. Dentre os sujeitos entrevistados, encontram-se, além da coordenadora regional de SF de Jardim Catarina, a coordenadora regional de SF do bairro Rio do Ouro (segundo bairro com maior número de casos de TB ao ano do município). Optou-se por entrevistar duas coordenadoras a fim de captar a visão de mais de um gestor sobre o processo de descentralização. Os profissionais de saúde entrevistados compõem as equipes de SF do bairro Jardim Catarina, presentes no momento das visitas, que não foram pré-agendadas. Foram realizadas visitas às unidades, sempre em horário comercial, e algumas não foram visitadas por se localizarem em áreas de difícil acesso e risco. Quinze profissionais de dez equipes foram entrevistados – sete enfermeiros, cinco agentes comunitários de saúde e três técnicos de enfermagem. As entrevistas foram realizadas em grupo em cada unidade, mesmo em unidades que possuíam mais de uma equipe. As entrevistas foram gravadas e transcritas, com prévia autorização dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No momento das visitas às USF, foi realizada a observação de campo com registro posterior, agregado ao material de campo. Foi realizada a análise temática do material de campo, com leitura e sistematização dos conteúdos, considerando as categorias: “atividades do PCT no âmbito das USF”, “a estrutura das USF” e “percepção dos profissionais de saúde sobre o controle da TB na SF”. A partir da análise dessas categorias, foi realizada a contextualização do processo de descentralização do controle da TB para a ESF no bairro. Após a contextualização, procedeu-se à comparação entre o Modelo Lógico elaborado e o que foi encontrado, a fim de avaliar a consonância entre o planejado e o executado. A categorização e análise do material de campo tiveram como referencial as proposições de Minayo<sup>13</sup> para análises qualitativas em saúde.

Nesta pesquisa, entende-se como “incorporar as atividades de Controle da TB” a maneira como os profissionais de saúde tomam para si a realização dessas atividades – se na

percepção deles desempenhar tais ações corretamente é importante ou não e se realmente as realizam.

Os entrevistados cujas falas são citadas foram codificados do seguinte modo: as Coordenadoras Regionais de SF com as siglas C1 e C2, e os profissionais das equipes com as iniciais de sua categoria profissional: enfermeiros (E1-E7); técnicos de enfermagem (TE1-TE3); e agentes comunitários de saúde (ACS1 e ACS2).

Também foram utilizados como fonte de informações documentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo<sup>14</sup>, da Secretaria de Estado e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro<sup>15</sup>, bem como informações fornecidas por um profissional que trabalha no PCT do bairro.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IESC/UFRJ (processo nº 36/2010). Foi também submetido à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de SF do município de São Gonçalo, bem como da Coordenação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (processo nº 1333/10).

## RESULTADOS

### Atividades do PCT no âmbito das USF

No momento do trabalho de campo, São Gonçalo possuía uma população total de 991.382.000 habitantes, e a população cadastrada na SF era de 642.322.600. Com 179 equipes de SF, a cobertura populacional era de 65%<sup>14</sup>.

O bairro Jardim Catarina situa-se no terceiro Distrito do município de São Gonçalo (Monjolos), fazendo divisa com os bairros de Alcântara, Guaxindiba, Laranjal e Santa Luzia. É dividido em dois setores: Jardim Catarina Velho e Jardim Catarina Novo, sendo esse último o setor mais urbanizado e com melhor estrutura. Durante o trabalho de campo, o bairro possuía 17 equipes de SF. Dentre as dez equipes visitadas, o número de pessoas cadastradas por equipe variava de 3.000 a mais de 6.000. Em 2009, foram registrados no bairro 38 casos de tuberculose por todas as formas, sendo 36 da forma pulmonar, dos quais 23 (63,9%) foram curados<sup>15</sup>.

Em junho de 2009, teve início a descentralização do controle da TB para a SF em São Gonçalo, quando foram introduzidos nas unidades os livros de registro relativos à TB. Segundo as coordenadoras regionais e a do PCT, todas as equipes foram capacitadas para realizar o atendimento de tuberculose aos casos novos e sem complicações. Os demais casos são encaminhados para as unidades de referência, com médicos especialistas. A unidade de referência em TB do bairro Jardim Catarina é o Polo Sanitário Hélio Cruz, localizado em Alcântara. Esse Polo de referência é de atenção secundária à saúde, com médicos especialistas (pneumologistas) para

tratar todos os casos de TB, além de possuir laboratório para exames de baciloscopia.

A Figura 2 descreve especificamente como foi planejada a operacionalização das atividades de controle da TB pelas ESF, no que diz respeito aos mecanismos de coleta de material (BAAR), obtenção de resultado, provimento de medicamentos, entre outros. (Figura 2)

Apesar de as coordenadoras entrevistadas informarem que todas as equipes eram capacitadas em TB, observou-se, a partir de dados fornecidos por um profissional que atua no PCT do bairro, que nas 17 equipes de SF de Jardim Catarina apenas sete médicos realizam as consultas de tuberculose. Entre as justificativas, foi apontado por uma coordenadora regional que muitos médicos que trabalham na SF do bairro não se sentem seguros para atender os casos de TB em razão de ausência de formação especializada. Os perfis mais comuns dos médicos que trabalham na SF do bairro são os recém-formados ou os aposentados.

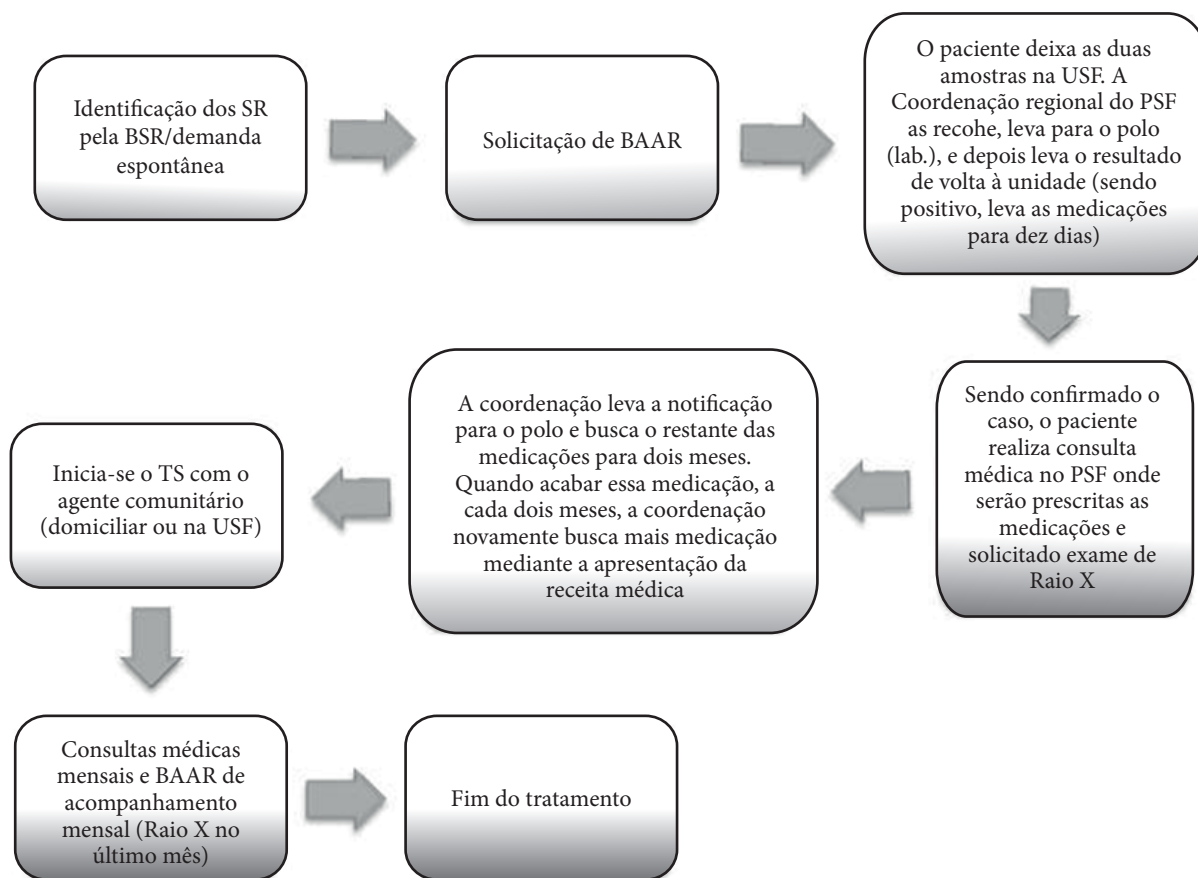
Surgindo um Sintomático Respiratório (SR) em uma área onde o médico não tenha sido capacitado em TB ou simplesmente não atenda casos de TB, este paciente será encaminhado ao polo de referência para ser avaliado. Se for

um caso e concordar, poderá realizar o tratamento supervisionado (TS) com a equipe de SF da sua área. No entanto, parte dos pacientes opta por realizar o tratamento inteiramente no polo de referência. Também se relatou que muitos pacientes procuram diretamente o Polo Sanitário quando apresentam algum sintoma respiratório, pois preferem realizar o tratamento no Polo.

São realizadas reuniões mensalmente entre a Coordenação regional e as equipes, bem como reuniões entre a coordenação de TB e de SF para planejamento conjunto. Quanto à descentralização do controle da TB para a SF, ambas as coordenadoras de SF se mostraram favoráveis de um modo geral, porém a lentidão desse processo foi apontada como um fator negativo:

[...] acho que são só coisas boas mesmo, é pra ajudar mesmo [...] É até mais fácil pra enfermeira e pro agente [...] Então é mais fácil pra gente do PSF do que de um posto comum [...] (C1)

[...] contra, eu acho que é essa questão mesmo da lentidão, a gente tá tentando envolver mais os profissionais de saúde, é um processo lento (a descentralização) (C2)



**Figura 2.** Esquema da execução do controle da TB pela SF (mecanismos de coleta de amostras, obtenção de resultados e provimento de medicação, proposta em São Gonçalo)

Como não são todos os médicos que realizam atendimento de TB no bairro, o fluxo de atendimento aos casos de TB toma outra conformação, diferente da planejada. A Figura 3 descreve as atividades relacionadas à TB do modo como ocorrem nas unidades visitadas, como também o fluxo de atendimento aos pacientes. (Figura 3)

Notou-se que os profissionais das equipes de SF não estão habituados a desenvolver essas atividades em razão de o fluxo de atendimento desses casos na USF ser muito baixo. É preciso

destacar que, no período de trabalho de campo, em nenhuma das unidades investigadas havia pacientes tuberculosos em acompanhamento, o que reforça a ideia de que, na prática, a descentralização das atividades de controle da TB para as USF no bairro ainda é incipiente (em especial por se tratarem de unidades situadas no bairro com maior incidência de TB do município – 38 casos registrados em 2009<sup>15</sup>). Nesse caso, supõe-se que esse contingente de pacientes esteja sendo atendido pelo Polo de referência.

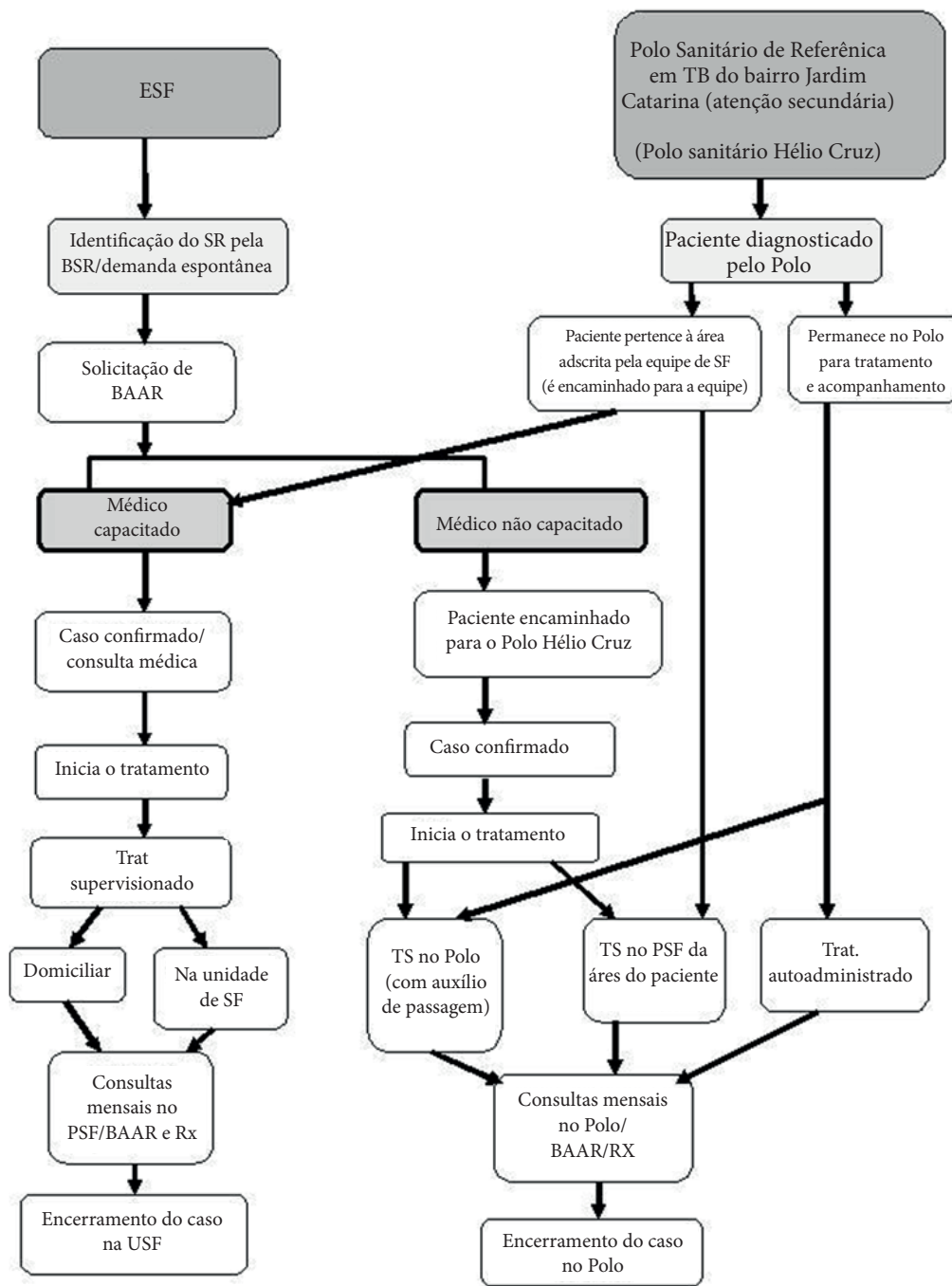


Figura 3. Fluxograma da execução das atividades de controle da TB nas USF visitadas (bairro Jardim Catarina, São Gonçalo/RJ, Brasil)

Com relação às atividades educativas, os profissionais entrevistados informaram que, quando o assunto é TB, a frequência é quase zero, pois não há nada a ser oferecido em retribuição à participação (como medicamentos). Então, os profissionais aproveitam outros eventos (como palestras de diabetes e hipertensão) para falar sobre TB.

### Estrutura da USF

Quanto à estrutura das dez unidades visitadas, existem algumas diferenças entre elas. Três unidades chamaram a atenção pelas boas condições de suas instalações, talvez pelo fato de serem unidades mistas (posto e USF). Já as outras não apresentavam estrutura física tão satisfatória, e uma em particular era bastante precária. Consistia de um local úmido, com infiltração e pouca ventilação, sem um local apropriado para os pacientes aguardarem o atendimento. Com relação aos recursos humanos, a escassez e alta rotatividade dos médicos constituem os maiores problemas mencionados. No bairro estudado, os médicos das equipes de SF não trabalham todos os dias, e nos dias trabalhados permanecem na unidade somente meio turno. Das dez equipes estudadas, apenas cinco médicos eram capacitados para atender casos de TB, e uma equipe estava sem médico.

Foram observados problemas operacionais, como a falta de insumos do programa no município. A falta de material, como potes para baciloscopia (BAAR), além de material para uso dos profissionais (livros de registro), foi apontada por profissionais de equipes como falha que prejudica esse processo de descentralização:

[...] Por que aí ele vem e a gente faz a baciloscopia, mas o problema é: material! Às vezes a gente se compromete com o paciente pra fazer e não tem [...] Já tem uns 30 dias [...] (E3)

[...] E agora tem o DOTS, que foi implantado em São Gonçalo, quer dizer, ficou de ser implantado [...] Só que tudo que foi prometido não foi cumprido em relação ao DOTS [...] Então veio a proposta, mas a gente não vê fidelidade deles [...] Há um ano e pouco que eu estou aqui, eles sabem que eu não tenho esse livro... Esse curso que teve já tem mais de dois anos [...] (E7).

Em algumas circunstâncias, a realização do BAAR depende de o próprio paciente comprar o pote na farmácia e, se ele não puder fazê-lo, o exame não é realizado. Além disso, uma equipe capacitada não realizava as atividades de controle da TB, alegando não possuir os livros de registro do PCT.

Com relação à rotina de atendimento à tuberculose (protocolo adotado pelo município), alguns depoimentos

evidenciaram a variação de condutas adotadas, em especial referentes à coleta da baciloscopia, encaminhamento ao laboratório e entrega dos resultados nas USF. Isso também nos mostra que talvez a proposta da descentralização do controle da TB para a SF não tenha sido explicitada adequadamente para as equipes, bem como a operacionalização do planejamento adotado pelo PCT para a descentralização para a SF. Os pontos em que ocorreram maiores variações de discursos foram:

Se o paciente deixa amostra de escarro na USF ou se leva direto ao Polo.

Deixando a amostra na USF, quem leva essa amostra ao laboratório (a coordenação de SF, o motoboy ou a enfermeira da equipe)?

Quem pega o resultado (a coordenação de PSF, a enfermeira, o motoboy ou o paciente)?

Trechos de depoimentos de enfermeiros demonstram com clareza essas variações. Vejamos:

(...) vai ter pedido de escarro e raio X, vai ser enviado pro Hélio Cruz, ou por motoboy, que a gente nunca acionou, mas a gente prefere até que a pessoa (paciente) vá levar, que acha até melhor do que ficar esperando [...] (E4)

[...] e o próprio agente comunitário pode colher e ligar pro Hélio Cruz, ou pra coordenadora responsável vir aqui pegar [...] (E2)

Também não há uma normatização clara quanto à busca de faltosos. A demora por parte do Polo em comunicar a equipe responsável pelo TS o não comparecimento dos pacientes às consultas realizadas no Polo, além da demora da equipe em realizar a visita domiciliar quando o paciente não comparece à consulta feita na USF, foi evidenciada. Tal fato pode favorecer abandonos e prejuízos ao tratamento, como a resistência às drogas e a falência do tratamento, além de contribuir potencialmente para a não adesão ao tratamento:

Sim [...] Ele tem 30 dias [...] Por exemplo, a consulta tá marcada hoje [...] Tá fazendo 30 dias hoje, aí é considerado abandono, aí (...) Vai fazer a busca dele [...] (E1)

“Quando (o paciente) falta não, só quando ele tá muito tempo sem ir lá (na consulta no Polo) [...] Não, não é rápido não [...] (E6)

### Percepção dos profissionais de saúde sobre as atividades de controle da TB

Observou-se que as atividades de controle da TB foram pouco incorporadas pelos profissionais e que a BSR não é realizada adequadamente pelos ACS. Os profissionais ainda

esperam o paciente procurar atendimento em vez de captar mais rapidamente os casos prováveis, como é preconizado pelo MS. Os livros de SR das unidades que o possuíam foram observados, e notou-se o esquecimento da BSR pelas equipes, pois havia pouquíssimos registros nos livros, não chegando nem a 20. Além disso, foi encontrado um registro em aberto, com resultado desconhecido. A amostra desse paciente foi encaminhada ao laboratório, no Polo de referência, porém ninguém procurou saber o resultado, nem o Polo entrou em contato com a unidade. Se o paciente fosse um caso, estaria sem tratamento, podendo ter maiores complicações.

A falta de confiança no trabalho dos ACS, bem como o pouco comprometimento deles, foi apontada por enfermeiros nas entrevistas:

[...] Então eu acho que pode até ter paciente por aí e estar perdido, por eles não estarem passando, que tem que ser uma vez por mês, mas tem casas que não quiseram cadastro há anos atrás, eles falam 'Ah, não vou passar lá' [...] (E7)

Em relação à percepção dos profissionais entrevistados sobre as atividades de controle da TB, os discursos foram variados em aspectos positivos e negativos, principalmente em relação ao Tratamento Supervisionado (TS). Alguns enfermeiros relataram achar que a Saúde da Família deveria apenas ser um executor da BSR e do TS, e as consultas e acompanhamento serem realizadas pelo Polo de referência.

Todos os pacientes que são acompanhados pela SF no município realizam o TS, seja domiciliar ou na unidade. No entanto, o TS foi apontado como paternalista e não necessário a todos os casos, somente àqueles em que há extrema necessidade de supervisão, como os psiquiátricos, alcoólatras, idosos, entre outros:

Cada caso é um caso [...] Não acho necessário estabelecer aquilo (TS) pra todo mundo [...] (E5)

[...] Eu acho que essa coisa de supervisão é muito paternalista, (...) só falta a gente tomar o remédio por ele, eu acho que isso tem que acabar [...] (E4)

Quanto à BSR, os profissionais se mostraram favoráveis de um modo geral, como se pode observar neste depoimento: "E essa questão dos agentes estarem dentro das casas das pessoas faz com que o PSF tenha um poder de penetração muito maior dentro da comunidade do que um lugar separado [...](E5).

Embora exista percepção por parte dos profissionais da importância de a ESF estar mais próxima da população, o Polo

sanitário foi apontado como sendo melhor para o tratamento da TB, justamente por possuir mais estrutura:

[...] Eu acho que algumas coisas são mais fáceis de acesso e resolutividade no Polo [...] . E no PSF é muito complicado, por que as coisas são meio soltas [...] (E5).

Apesar disso, os discursos foram favoráveis ao TS e à BSR em grande parte, demonstrando que aparentemente os profissionais compreenderam a importância de o tratamento de tuberculose estar mais próximo da população por meio da supervisão feita pelas equipes, e que isso contribuiu para diminuir o abandono do tratamento:

E aqui o contato é maior, até mesmo com a família do paciente, e lá eles não tem essa proximidade com o paciente (no Polo) [...] (TE3).

Mesmo assim, observou-se que, apesar dessa compreensão, o controle da tuberculose na SF não constitui uma prioridade, ficando em segundo plano em relação às demais ações realizadas nas USF. Por possuir uma demanda menor de atendimento aos casos de TB, as equipes acabam preocupando-se mais com as outras áreas programáticas de sua responsabilidade e que possuem um fluxo de atendimento muito maior (hipertensão, diabetes, saúde da mulher, do idoso, etc.), em detrimento das ações de controle da tuberculose.

A sobrecarga de trabalho dos profissionais das equipes, apontada nas entrevistas, também contribuiu para a lentidão do processo de descentralização do controle da TB para a SF. Depoimentos demonstraram essa sobrecarga de trabalho, e, em decorrência disso, os profissionais expressam uma visão contrária quando questionados sobre a Saúde da Família assumir o controle da TB:

Não! Até por que a gente tem muitas outras atividades, então não tem como o PSF assumir (controle da TB), tem que auxiliar o polo [...] Agora, a gente ficar responsável por tudo fica complicado [...] (E6)

A insatisfação profissional gerada pela baixa remuneração e más condições de trabalho também foi apontada, podendo contribuir muito para o pouco comprometimento profissional:

Por falta de tudo [...] É a falta de um lugar adequado [...] A falta de material [...] A falta de dinheiro! O agente comunitário sabe que em outros lugares ganha-se muito mais [...] São muitos anos enfermeiro, médico e auxiliar sem aumento



[...] Então eu acho que a insatisfação faz com que eles (ACS) não corram atrás, nadar, nadar, nadar e morrer na praia [...] É muita proposta, mas a gente vê pouca solução [...] Eu acho que os agentes comunitários estão muito desestimulados [...] (E7)

Além disso, foi relatado por uma enfermeira que muitos profissionais se sentem desvalorizados e desestimulados por possuírem vínculos trabalhistas precários, o que favorece a falta de comprometimento profissional, bem como a rotatividade deles entre os municípios em busca de melhores salários.

#### **Modelo Lógico: o que foi planejado foi cumprido no bairro?**

A partir dos resultados encontrados, pôde-se realizar uma análise com base no Modelo Lógico do PCT na ESF proposta no bairro e avaliar se o que foi planejado está ocorrendo.

A começar pelos componentes dos insumos do Modelo Lógico, podemos observar falta de estrutura adequada para que a descentralização das atividades de controle da TB ocorra definitivamente. A falta de estrutura física (em menor grau), insumos necessários, recursos humanos e rotina de atendimento bem definidos acabam por comprometer os outros componentes do Modelo Lógico (atividades, produtos, resultados e impacto). Essa precariedade no componente “insumos” decorre de falha nos mecanismos gestão e, embora pareça que há uma integração muito boa entre as coordenações envolvidas no processo de descentralização, essas falhas permanecem.

Em relação aos componentes das atividades do Modelo Lógico, se observa falha no componente “capacitação das ESF”, pois nem todos os médicos das equipes comparecem às capacitações. Quanto à BSR, observou-se que esta busca não é feita adequadamente e que os profissionais esperam que o paciente sintomático procure atendimento, e não o captam precocemente, como é preconizado pelo MS. Esse fato compromete todos os outros componentes das atividades do Modelo Lógico, pois não há detecção precoce de situações de risco, diagnóstico precoce e acompanhamento desse paciente se ele não for detectado pela BSR. Além disso, os relatos quanto às atividades educativas relacionadas à TB com a comunidade revelaram que estas são realizadas com baixa frequência, como todas as atividades relativas à TB (no período do trabalho de campo não havia nenhum paciente com tuberculose em acompanhamento nas unidades investigadas).

Em relação ao componente “produtos do Modelo Lógico” também ocorre prejuízo, pois, se as atividades estão comprometidas, os produtos conseqüentemente estarão comprometidos. Quanto aos resultados, embora prejudicados, ainda assim pode haver melhoria do acesso à rede, melhoria do vínculo e redução do abandono em virtude de a SF estar mais próxima da população, sendo mais uma porta de entrada para esse

paciente, e em razão de o TS também estar mais próximo por meio dos ACS. A Figura 1 traz os componentes do Modelo Lógico que não condizem com a realidade encontrada, assinalados com círculo tracejado.

## **DISCUSSÃO**

Apesar das possíveis vantagens da ESF, estudos apontam algumas fragilidades encontradas pelos profissionais de saúde que podem prejudicar a operacionalização das atividades e assim dificultar o processo de descentralização do controle da TB para a Saúde da Família. Dentre essas fragilidades, destacam-se as mesmas observadas neste estudo, como a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos humanos e a visão fragmentada e centralizada desses profissionais envolvidos com as tarefas de controle da TB, podendo assim comprometer a integralidade da assistência à saúde e o vínculo com o paciente<sup>8,16-19</sup>.

Além disso, aspectos observados, como o baixo número de sintomáticos respiratórios examinados, dificuldades de operacionalização das ações planejadas e a alta rotatividade de profissionais, também foram mencionados em estudos anteriores e podem dificultar o processo de descentralização do controle da TB tanto para ESF quanto na Atenção Básica como um todo<sup>8,16-19</sup>. A questão de a BSR não ser realizada adequadamente nas equipes visitadas foi observada, pois não seria possível que equipes que acompanham em média 4.500 pessoas não tenham sequer 20 registros nos livros, a não ser que a BSR não seja feita. Segundo o MS<sup>2</sup>, a estimativa de SR é igual a 1% da população, ou seja, uma das equipes visitadas, que possui uma população de 5.336 pessoas cadastradas, deveria ter pelo menos 53 registros no livro de SR, não somente 4 registros, como foi observado.

O fato de nem todas as equipes possuírem médicos e nem todos os médicos atenderem casos de TB pode induzir os profissionais entrevistados a preferirem que o atendimento médico seja sempre realizado no Polo de referência, como já ocorre em algumas unidades, a fim de reduzir um pouco a sobrecarga de trabalho.

Esses aspectos identificados demonstram que a descentralização do controle da TB para a SF é um processo complexo, que envolve muitos fatores. É de extrema importância que as equipes assumam realmente o controle da TB e não considerem que a Saúde da Família deva apenas ser um executor da BSR e do TS. Porém, a falta de estrutura e o fato de os médicos das equipes não estarem nas unidades todos os dias são fatores que prejudicam profundamente esse processo de descentralização e incorporação.

Outro ponto em comum entre estudos analisados e os resultados apresentados é a visão centralizadora dos profissionais

das equipes em relação às atividades de controle da TB, manifestada pela preferência de que o tratamento dos casos seja feito pelas unidades de referência e que as equipes sejam apenas executoras da BSR e TS<sup>16-19</sup>. No entanto, a sobrecarga de trabalho por falta de estrutura e planejamento adequados, a escassez e a rotatividade de médicos na ESF pode justificar essa visão.

O estudo de Medeiros et al.<sup>20</sup> analisou as causas do índice de rotatividade de enfermeiros e médicos das ESF de municípios do RS, e mostrou uma tendência crescente na rotatividade dos médicos e estabilização de enfermeiros. Como principais causas dessa rotatividade foram apontados pelos autores a precarização dos vínculos trabalhistas, a fragmentação da formação acadêmica desses profissionais, o estilo de gestão autoritário, ausência de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho. Alguns desses fatores também foram observados e apontados nas entrevistas dos profissionais das ESF de São Gonçalo. Para os autores, ainda, a legislação do SUS contribui para a falta de estabilidade dos profissionais das ESF ao não definir parâmetros de remuneração dos profissionais das ESF, tampouco mecanismos de estabilidade, deixando a cargo das prefeituras municipais a contratação de profissionais, apenas recomendando a realização de concursos públicos<sup>18</sup>. A variação de remuneração entre os municípios fomenta a migração dos profissionais de um local de trabalho para outro em busca de melhores salários.

Entre outros fatores que interferem na ESF de um modo geral, podemos mencionar a formação acadêmica dos profissionais de saúde e os aspectos culturais presentes na população. A base cultural da população é médico-centrada e curativa,

como foi apontado por uma enfermeira entrevistada. É nesse pensamento dos pacientes que a ESF deve atuar por meio da educação em saúde, mas, muitas vezes, os profissionais não sabem como agir por não terem sido instrumentalizados durante a graduação<sup>21</sup>.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de descentralização do controle da TB para a Saúde da Família é complexo e envolve muitos fatores, tanto estruturais como organizacionais, de modo que necessita que um município possua estrutura adequada, assim como planejamento minucioso, para a realização do controle da TB de forma pertinente pelas ESF. É necessário que a operacionalização da rotina de atendimento planejada no bairro seja bem estabelecida para que não ocorram dificuldades ao ser posta em prática e assim potencialize o processo de descentralização das atividades de controle da tuberculose para a ESF.

Os problemas evidenciados nesta pesquisa demonstram que o processo de descentralização do controle da TB no bairro estudado é incipiente. Porém, deve-se considerar o período, de pouco mais de um ano, transcorrido desde o início da descentralização do controle da TB para a ESF no município até a investigação de campo. Assim, conclui-se que a descentralização das atividades do PCT para as ESF no bairro Jardim Catarina está em fase inicial de ajustes e recomenda-se a realização de estudos posteriores, a fim de verificar as mudanças ao longo do tempo.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde. (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 4). 4a ed. Brasília (DF); 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasil, 2010. Brasília; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2a ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 195 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
4. Santos MLSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007;15.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Eletrônico Epidemiológico. Informe Eletrônico da Tuberculose, ano 9, nº 2, julho de 2009. [cited 2011 Mar 30]. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ano09\\_n02\\_inf\\_eletr\\_tb.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ano09_n02_inf_eletr_tb.pdf)
6. Cavalcanti MLT, Costa AJL, Carvalho RMG, Santos MLF, Cunha NV, Medeiros D, et al. Avaliação do sistema de informação da tuberculose nos 13 municípios de abrangência do Fundo Global Tuberculose Brasil no Estado do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa – Mimeio; 2010.
7. Akerman M, Luiz OC. Avaliação da atenção primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária nas secretarias estaduais de saúde: um diagnóstico preliminar. CONASS Documenta Vol. 7. Brasília; 2004. p 42-47.
8. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2006;11(3):705-11.
9. Oliveira LGD e Natal S. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. *Rev Bras Pneumol Sanit.* 2007;15(1):29-38.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual da Oficina de Capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa/Ministério da Saúde,

- Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 112 p.
11. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV, editors. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 41-63.
  12. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
  13. Minayo MSC. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 16a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.
  14. Secretaria Municipal de São Gonçalo/Coordenação de PSF. *Dados retirados do Censo 2010*. IBGE.
  15. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. *Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Dados coletados em abril de 2011*.
  16. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5).
  17. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):262-7.
  18. Oliveira SAC, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Vendramin SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de Saúde no controle da tuberculose: Enfoque na Família e Orientação para a comunidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(3).
  19. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(2):144-57.
  20. Medeiros CGR, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;15(Suppl 1):1521- 31.
  21. Besen CB, Netto MS, Ros MAD, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde Soc*. 2007;16(1):57-68.

Recebido em: 22/05/2011

Aprovado em: 28/03/2012