

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

KAROLINE NAST

**O CENÁRIO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: AÇÕES E APROXIMAÇÕES COM A
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Porto Alegre

2014

KAROLINE NAST

**O CENÁRIO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: AÇÕES E APROXIMAÇÕES COM A
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Lúcia Leidens
Corrêa de Oliveira

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Nast, Karoline

O cenário do tratamento supervisionado da tuberculose no município de Porto Alegre: ações e aproximações com a promoção da saúde / Karoline Nast. - 2014.

83 f.

Orientadora: Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Tuberculose. 2. Terapia diretamente observada. 3. Promoção da saúde. 4. Enfermagem. 5. Atenção primária à saúde. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Corrêa de, orient. II. Título.

KAROLINE NAST

**O cenário do tratamento supervisionado da tuberculose no município de Porto Alegre:
ações e aproximações com a promoção da saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de agosto de 2014

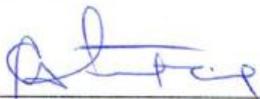
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Membro da banca

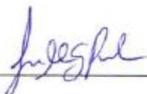
PPGCOL/UFRGS



Profa. Dra. Liane Beatriz Righi

Membro da banca

EENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganeli Girardi Paskulin

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira, pela dedicação, competência, confiança e amizade. Obrigada por ser a minha mestra, participando do meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e aos meus mestres por me proporcionarem uma formação acadêmica de qualidade da qual me orgulho.

Aos meus colegas do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde, em especial à Maria Rejane Rosa dos Santos, amiga querida e companheira de sala de aula.

Aos bolsistas de iniciação científica Rafaela Queiroz, pela prontidão e amizade, e Ravi Pimentel, pelo auxílio e companhia na coleta de dados da presente pesquisa, além da nossa amizade.

Aos meus colegas e amigos do Grupo de Estudos em Tuberculose, Carlos Polidario Borges de Almeida, Giselda Veronice Hahn, Maíra Rossetto, Silvia Troyhan Manica e Tiago Sousa Paiva. Em especial à minha amiga querida Rosana Maffaccioli, pelo estímulo, discussões e atenção.

À professora Lisiane Paskulin, que me acompanha e participa da minha formação desde a graduação em Enfermagem, e que contribuiu para a qualificação do projeto desta pesquisa.

À professora Cristianne Maria Famer Rocha, pelos ensinamentos e pela contribuição para a qualificação do projeto desta pesquisa.

À professora Liane Beatriz Righi, que juntamente com as professoras Lisiane Paskulin e Cristianne Maria Famer Rocha, participou da banca de defesa desta dissertação, contribuindo para a qualificação deste trabalho.

Aos serviços de saúde e aos participantes da presente pesquisa, que me acolherem com disponibilidade e atenção para a realização deste estudo.

Às minhas queridas amigas Fernanda Pellin Susin e Luciane Cristina Goettert, pela paciência, pelas palavras de carinho e incentivo, pelas risadas e por estarem tão presentes neste momento da minha vida.

À minha amada família Carlos Roberto Nast, Katia Reimann Nast e Maurício Reimann Nast, pelo carinho, amor, paciência, incentivo e força que sempre me dão. Sem vocês três eu não seria quem eu sou hoje.

*“O olho vê,
A lembrança revê,
E a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.”*
Manoel de Barros

RESUMO

NAST, Karoline. **O cenário do tratamento supervisionado da tuberculose no município de Porto Alegre: ações e aproximações com a promoção da saúde.** 2014. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o modo como vem sendo implementado o tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose (TB) pulmonar no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, identificando suas aproximações com as ações de Promoção da Saúde recomendadas/sugeridas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. O estudo foi realizado com base no referencial da Promoção da Saúde, e teve caráter qualitativo do tipo exploratório-descritivo. As informações analisadas foram obtidas a partir de entrevistas semi-estruturadas com nove profissionais da saúde envolvidos no TDO bem como de documentos oficiais e manuais técnicos de controle da (TB). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Os resultados foram organizados em uma categoria principal “O Cenário do TDO da TB em Serviços de Saúde de Porto Alegre” que se divide em três subcategorias: “As palavras das gestoras: *nossa fala é a fala do Ministério*”, “A consciência dos limites da prática: *TDO não é a nossa realidade*” e “É preciso ampliar: *não existe solução mágica para a tuberculose*”. As informações coletadas tem a ver com a visão dos gestores sobre a implementação do TDO da TB em Porto Alegre, os limites encontrados pelos profissionais da saúde para realizarem o TDO e os movimentos, na lógica da promoção da saúde, realizados pelos profissionais no controle da doença. A pesquisa identificou uma baixa cobertura de TDO em Porto Alegre, além de discrepâncias entre o que é recomendado e planejado para a implementação do TDO e o que é colocado em prática. Por fim, foram indicadas estratégias que levam em conta os determinantes sociais da saúde, identificadas pelos profissionais como importantes para o controle da TB. Contudo, segundo os participantes ainda é pouco explorada a potência destes projetos para a realização do TDO. Sugere-se, devido à importância e à complexidade do tema TB, que se siga investindo em estudos que analisem o contexto de implementação do TDO, analisando os limites e as possibilidades da realização de ações que objetivem a promoção da saúde dos usuários acometidos por TB.

Palavras-chave: Tuberculose. Terapia diretamente observada. Promoção da saúde. Enfermagem. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

NAST, Karoline. **The scenario of directly observed therapy for tuberculosis in the city of Porto Alegre: actions and approaches to health promotion.** 2014. 83 f. Thesis (MSc in Nursing) -School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

This research aimed at analyzing how the Directly Observed Therapy (DOT) of lung tuberculosis (TB) is being implemented in the municipality of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, by identifying its approaches to the actions of Health Promotion as recommended and suggested by the National Program of Tuberculosis Control. The study was qualitative. It was carried out on the basis of Health Promotion assumptions and concepts. Data was gathered from semi-structured interviews with nine health professionals who are involved in the implementation of the DOT strategy in selected health services, as well as from official documents and technical manuals of TB control. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul and by the Research Ethics Committee of the Municipal Health Secretariat of Porto Alegre. The results were organized in a main category called “The scenario of the DOT of TB in Health Services of Porto Alegre”. This category was divided into three subcategories: “*The managers’ words: our speech is the speech of the Ministry*”, “*The awareness of the limits of practice: DOT is not our reality*” and “*Broadening is needed: there is no magic solution for TB*”. The information analysis comprised the managers’ vision as to the implementation of the supervised tuberculosis treatment, the difficulties of health professionals to carry out the DOT and the movements within the health promotion logics, made by the professionals within the field of disease control. The research led to the conclusion that there is a low coverage of the DOT in Porto Alegre. In addition, there are discrepancies between what is recommended and planned for the implementation of DOT and what is put into practice. At last, strategies that take into account the social determinants of health were indicated by the professionals as important for TB control. However, the research participants suggested that the potential of these projects for the realization of DOT is still less explored. Due to the importance and complexity of the TB issue, it is suggested the continuing of investments on studies that analyze the context of the implementation of DOT, analyzing the limits and possibilities of performing actions to promote the health of people with TB.

Keywords: Tuberculosis. Directly observed therapy. Health promotion. Nursing. Health primary care.

RESUMEN

NAST, Karoline. **El escenario de terapia por observación directa de la tuberculosis en la ciudad de Porto Alegre: acciones y enfoques de la promoción de la salud**. 2014. 83 f. Tesina (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Este estudio tenía como objetivo analizar el modo cómo está siendo implantado el tratamiento directamente observado (TDO) de la tuberculosis (TB) pulmonar en la municipalidad de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, identificando sus aproximaciones con las acciones de Promoción de la Salud recomendadas y sugeridas por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. El estudio fue realizado con base en el referencial de la Promoción de la Salud, y delineado por el carácter cualitativo del tipo exploratorio-descriptivo. Las informaciones analizadas se obtuvieron a partir de entrevistas semiestructuradas con 9 profesionales de la salud involucrados en el TDO así como de documentos oficiales y manuales técnicos de control de la TB. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul y por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre. Los resultados se organizaron en una categoría principal “El Escenario del TDO de la TB en Servicios de Salud de Porto Alegre” que se divide en três subcategorías: “Las palabras de la gestión: *nuestra habla es el habla del Ministerio*”, “La consciencia de los límites de la práctica: *TDO no es la nuestra realidad*” y “Es preciso ampliar: *no existe solución mágica para la TB*”. El análisis de las informaciones comprendió la visión de los gestores en cuanto a la implementación del TDO de la TB, las dificultades de los profesionales de la salud para realizar el TDO y los movimientos, en la lógica de la promoción de la salud, realizados por los profesionales en el control de la enfermedad. El estudio generó la conclusión de que hay una baja cobertura de TDO en Porto Alegre. Además, hay discrepancias entre lo que es planeado y orientado con lo que es puesto en práctica, con respecto al TDO. Por fin, se identificaron estrategias innovadoras realizadas por los profesionales de la salud para el control de la TB, que consideran los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, todavía es poco explorada la potencia de estos proyectos para la realización del TDO. Debido a la importancia y a la complejidad del tema TB, se sugiere seguir con inversiones en estudios que presentan nuevas estrategias para el control de la enfermedad.

Palabras clave: Tuberculosis. Terapia por observación directa. Promoción de la salud. Enfermería. Atención primaria a la salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, Rio de Janeiro, década de 1920.....	24
Figura 2 - “O bacilo da tuberculose” de Luis Sá.....	25
Figura 3 – Mapa dos Distritos de Porto Alegre em 2012.....	36
Figura 4 – Territórios de abrangência das Gerências Distritais de Saúde, 2010.....	36
Figura 5 – Distribuição dos Municípios nos estratos de cobertura do ESF. Brasil, 2004...	47
Figura 6 - Situação de Implementação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL – AGOSTO 2011.....	47

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BCG	Bacilo Biliado de Calmette e Guérin
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CR	Centro de Referência
CRAS	Centros de Referência de Atendimento Social
DOT	<i>Directly Observed Therapy</i>
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short Course</i>
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
GD	Gerência Distrital
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSP	Hospital Sanatório Partenon
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
RS	Rio Grande do Sul
SB	Saúde Bucal

SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB MDR	Tuberculose Multidrogarresistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivos Específicos	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	Tuberculose: passado e presente do controle da doença	22
3.2	Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais	29
4	CAMINHO METODOLÓGICO	35
4.1	Tipo de Estudo	35
4.2	Campo da Pesquisa	35
4.3	Sujeitos da Pesquisa	37
4.4	Coleta e Análise dos Dados	38
4.5	Considerações Éticas	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1	Cenário do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose em Serviços de Saúde de Porto Alegre	41
<i>5.1.1</i>	<i>As palavras das gestoras: “nossa fala é a fala do Ministério”</i>	41
<i>5.1.2</i>	<i>A consciência dos limites da prática: “TDO não é a nossa realidade”</i>	48
<i>5.1.3</i>	<i>É preciso ampliar: “não existe solução mágica para a tuberculose”</i>	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista com o Coordenador do Programa Municipal de Controle da Tuberculose	72
	APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista com os Profissionais de Saúde	73
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Coordenadores	74
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Trabalhadores de Saúde	76
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	78

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	80
ANEXO C - Termo de Compromisso para Utilização de Dados do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	83

1 INTRODUÇÃO

“Tratando-se de uma enfermidade que nos assola com a teimosia inexorável de uma endemia que não tem paradeiro, nós nos achamos na mesma lamentável contingência dos nossos antepassados, lutando tanto ou mais do que eles por um lado com a indiferença pública, por outro com a ineficácia ou mesmo ausência dos meios aconselhados para preveni-la ou debelá-la¹” (MOURA, 1889 *apud* LAVOR, 2008)

Quando li o trecho acima logo me identifiquei, pois esta fala contempla uma das minhas inquietações. Como pode uma doença, presente há tantos anos na história do ser humano, ainda assolar tanto a humanidade? Mesmo com tratamento e cura? Impressionei-me ainda mais quando me deparei com o ano deste testemunho, 1889, visto a referência à “ineficácia ou mesmo ausência dos meios aconselhados para preveni-la ou debelá-la” que segue sendo atual. A escolha de ter como objeto de estudo o Tratamento Supervisionado (TS) da Tuberculose (TB) e utilizar o referencial teórico da Promoção da Saúde e da Saúde Coletiva para embasar minha análise foi justamente por acreditar na necessidade de novas ações, novas estratégias, novos olhares, para mudar um pouco esse paradeiro da TB, existente há séculos.

Desde a graduação em enfermagem participo do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde, o qual me proporcionou uma aproximação com o referencial teórico da promoção da saúde. Neste grande grupo há um subgrupo, no qual estou inserida, que estuda a TB sob essa perspectiva. A revisão da literatura indica certo distanciamento de perspectivas que levem em conta a noção ampliada de saúde e os pressupostos da promoção da saúde na maioria dos resultados de pesquisa e de ações programáticas para o controle dessa doença, proporcionando-nos estudar uma das lacunas existentes para o controle da TB.

Meu trabalho de conclusão de curso de enfermagem foi uma revisão integrativa da literatura sobre os fatores e situações que influenciam a adesão e o abandono ao tratamento da TB. Neste estudo, o TS da TB predominou como um fator associado à adesão do doente ao tratamento e, não tê-lo, associado ao abandono da tomada das medicações (NAST, 2011).

Dando continuidade ao estudo anterior e apresentando a relevância da presente pesquisa no decorrer do texto, esta dissertação de mestrado tem como tema de pesquisa o TS da TB no município de Porto Alegre.

¹ Trecho do discurso do médico Júlio de Moura proferido no 2º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia — em 1889. Recuperado pela pesquisadora Dilene Raimundo do Nascimento em *As pestes do século XX — Tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada* (LAVOR, 2008)

Já é conhecido que a TB é uma doença antiga, mas que continua muito presente na nossa sociedade, sendo considerada uma emergência global, um problema de saúde pública. Em 2012, por exemplo, cerca de 8,6 milhões de pessoas desenvolveram a doença e 1,3 milhões morreram, dado inaceitável para uma doença que possui tratamento (WHO, 2013).

A história da TB já passou por diversas mudanças, desde quando não se conhecia sua causa até atualmente, quando sua etiologia e o seu tratamento já foram descobertos. O avanço do conhecimento científico sobre a doença foi um dos marcos para essas mudanças, e a nova organização social trazida pela industrialização, no início do século XX, transformaram a TB em uma doença de caráter social, isto é, de ocorrência e propagação estreitamente ligadas às condições de vida e de trabalho (BARREIRA, 1992).

Dados epidemiológicos atuais demonstram a magnitude do problema. No ano de 2012, as estimativas de casos novos da doença no mundo alcançaram quase 8,6 milhões de pessoas infectadas; 1,3 milhões de mortes por TB (940 000 casos de TB sem HIV e 320 000 mortes em pessoas coinfectadas – HIV/TB). Além disso, há uma estimativa de que 3,7% dos casos novos da doença e 20% dos casos anteriormente tratados são de indivíduos com tuberculose multidrogarresistente (TB MDR) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013A). Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à incidência da TB no ano de 2012, apontaram uma maior incidência na Ásia (58%) e África (27%), seguida de proporções menores de casos na Região do Mediterrâneo Oriental (8%), na Região Européia (4%) e na Região das Américas (3%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013A).

Desde o ano 2000, há uma classificação dos 22 países que têm prioridade no controle da TB, visto que são responsáveis por 82% dos casos da doença no mundo. As maiores taxas de incidência da doença estão na Índia, China, África do Sul, Indonésia e Paquistão. O Brasil é o único país da América Latina incluído nessa classificação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013A).

No ano de 2013, o Brasil diagnosticou 71.123 casos novos de TB, perfazendo um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes e aproximadamente 4,6 mil óbitos pela doença (O CONTROLE..., 2014), sendo essa a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte dos pacientes com aids (BARREIRA, 2012). Apesar de ter havido uma queda na taxa de incidência e mortalidade da doença na última década (2001 a 2011) no país, a situação ainda é preocupante, principalmente em alguns estados. Amazonas e Rio de Janeiro apresentaram as maiores taxas de incidência de TB no país no ano de 2013 – 70,6 e 61,7 por grupo de 100 mil habitantes, respectivamente – e o Rio Grande do Sul (RS) está em sexto lugar entre os estados brasileiros com a maior taxa de incidência da doença (46,2 por

grupo de 100 mil habitantes), ainda acima da média brasileira que é de 35,4 (O CONTROLE..., 2014).

Quando analisadas as capitais brasileiras com a maior taxa de incidência de TB no ano de 2013, Porto Alegre está em terceiro lugar com uma taxa de 99,5 casos novos para cada 100 mil habitantes, atrás de Cuiabá e Recife, 116,5 e 100,5 por grupo de 100 mil habitantes, respectivamente (O CONTROLE..., 2014). Cabe ressaltar que Porto Alegre apresenta essa taxa de incidência da doença há anos, sendo a TB considerada endêmica na capital e um grave problema de saúde pública (PORTO ALEGRE, 2010).

Considerando esse cenário, algumas questões podem ser levantadas. Por que, apesar dos avanços no conhecimento científico e tecnológico, o controle da TB segue sendo um desafio? Por que, mesmo existindo diagnóstico e tratamento gratuito disponível nos serviços de saúde, e a TB tendo cura, ela segue sendo causa de morte?

Esses questionamentos nos remetem ao caráter social da doença, isto é, às implicações das condições de vida e de trabalho na sua ocorrência e propagação (BARREIRA, 1992). A associação entre a pobreza e a vulnerabilidade à TB recebe destaque na literatura brasileira, sendo a doença referida metaforicamente como uma sonda enviada à sociedade para mostrar os bolsões de miséria existentes (COSTA NETO, 2011). Nessa perspectiva, é conhecido que a TB atinge de forma intensa as populações mais pobres, socialmente desfavorecidas e marginalizadas, estando associada à aglomeração humana, ao avanço das grandes metrópoles, à falta de saneamento básico, às moradias precárias, à baixa escolaridade (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; IGNOTTI et al., 2007; VIEIRA; RIBEIRO, 2008; SANTOS et al., 2007). Segundo dados estatísticos referentes ao ano de 2009, as populações mais vulneráveis à TB, no Brasil, são: os moradores de rua - 67 vezes mais vulneráveis à doença do que a população geral; a parcela da população que vive com HIV/aids - 30 vezes mais vulnerável; a população privada de liberdade - 27 vezes mais vulnerável e a população indígena - 4 vezes mais vulnerável (BARREIRA, 2012).

Em 1993, a OMS declarou a TB como um problema de emergência global e lançou uma estratégia chamada DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*), como a forma mais eficaz e de melhor custo-benefício de controle da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994). Essa é a principal estratégia de combate à TB até hoje, sendo composta por cinco componentes básicos: adesão política por parte das autoridades governamentais; estabelecimento de uma rede laboratorial de baciloscopia; garantia de medicação; sistema de informação adequado e oferta de TS. Além disso, o DOTS tem como metas: localizar no mínimo 70% dos casos de TB estimados anualmente, curar no mínimo

85% deles e ter, no máximo, 5% de abandono de tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013A).

No Brasil, o combate à TB é realizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que adota as estratégias propostas pela OMS (BRASIL, 2011a). Com relação às metas da OMS citadas anteriormente, no ano de 2013, o Brasil detectou 85,7% dos casos de TB, e em 2012 obteve uma taxa de cura de apenas 70,6% e apresentou 10,5% de abandono de tratamento (O CONTROLE..., 2014). Em 2013, o RS apresentou uma taxa de cura de 63,2% e 15,1% de abandono de tratamento. Nesse mesmo ano, Porto Alegre apresentou um percentual de cura de 55% e 27,1% de abandono de tratamento antituberculose (O CONTROLE..., 2014). Esses dados indicam que tanto no Brasil como no RS e em Porto Alegre, até o momento, as ações de combate e controle da TB não têm resultado numa reversão do panorama da doença.

Para empreender estratégias mais eficientes de controle da doença, ou seja, estratégias que melhorem a adesão dos doentes ao tratamento, diminuindo as taxas de abandono e aumentando as taxas de cura da doença, além de prevenir o aparecimento da TB MDR, documentos oficiais apostam com destaque uma das cinco ações do DOTS, o TS (BRASIL, 2006a, 2011a, 2011b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013A). Embora pesquisas nacionais e internacionais indiquem uma associação entre o TS e um controle mais eficiente da TB, este ainda não foi adotado de forma universal no Brasil (SANTOS, 2007).

Um levantamento bibliográfico sobre o DOTS e o TS, no município de Porto Alegre, indicou uma carência tanto de artigos quanto de teses e dissertações sobre o assunto². Há algumas publicações sobre o diagnóstico, o tratamento e o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no município, mas não há trabalhos que abordam as estratégias utilizadas pelos serviços de referência para o controle da doença. Assim, percebeu-se a necessidade de estudar como funciona o TS no município de Porto Alegre, visto a importância dessa estratégia para o alcance das metas de controle da TB.

O TS é caracterizado pela supervisão da ingestão dos medicamentos na Unidade de Saúde ou na residência do doente, assegurando que ele os tome em uma única dose diária. A ingestão dos medicamentos deve ser assistida no local de escolha do paciente pelo profissional de saúde e/ou por familiar orientado para essa atividade. Essa supervisão, segundo a OMS, pode ser feita com, no mínimo, três observações semanais, nos primeiros meses e com duas observações por semana até o final do tratamento (BRASIL, 2011c). O uso

² Levantamento bibliográfico realizado pela autora da presente pesquisa.

de incentivos (lanche, auxílio alimentação e outros) e facilitadores (vale transporte) está recomendado como motivação para o TS (BRASIL, 2011a). Por acreditar que o TS, dentro da estratégia DOTS, é o que proporciona um maior vínculo dos profissionais de saúde com o usuário, e por ser ele um dispositivo de promover a saúde desses doentes, reconhece-se a importância da sua efetivação e da sua potencialidade no combate à TB. Como registra uma publicação do Ministério da Saúde (MS) do Brasil: “o TS aproxima os profissionais do contexto social dos indivíduos [...] e é o momento ímpar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para empoderar o paciente em relação ao processo de tratamento” (BRASIL, 2011c, p. 75).

Pesquisas de âmbito internacional e nacional indicam as ações de promoção da saúde, principalmente estratégias sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), para erradicar a TB (DYE et al., 2009; HARGREAVES et al., 2011; HINO et al., 2011; RASANATHAN et al., 2011). Os manuais de orientação para o controle da TB no Brasil trazem capítulos sobre a promoção da saúde, reforçando a necessidade de novas estratégias para o combate à doença (BRASIL, 2002a, 2011c; PROJETO FUNDO GLOBAL TUBERCULOSE BRASIL, 2010). A promoção da saúde trabalha com o conceito ampliado de saúde, ou seja, não bastam ações específicas de controle da doença, mas um conjunto de medidas relacionadas com qualidade de vida, alimentação e nutrição, habitação e saneamento, boas condições de trabalho, educação e estilo de vida responsável. Os pressupostos desse movimento são ações intersetoriais, integralidade na atenção à saúde, participação social, equidade, *empowerment* individual e comunitário, atuação sobre os DSS, entre outros (BUSS, 2003).

A necessidade de melhoria nas condições socioeconômicas dos doentes de TB já é bastante referida por pesquisadores da área para que o programa de controle da doença consiga alcançar as metas preconizadas. Sem as melhorias sociais, a incidência da doença não diminuirá, pois as condições de pobreza reduzem a imunidade; a alimentação inadequada aumenta o risco de efeitos adversos dos quimioterápicos, além de fatores como alcoolismo e comorbidades estarem associados, as grandes concentrações e aglomerações urbanas influenciam a transmissão da doença, entre outros (BRASIL, 2002a; COSTA NETO, 2011).

Barata (2009) afirma que a tarefa mais importante nas estratégias de promoção da saúde é a identificação dos determinantes de saúde, e o principal determinante é a classe social. Além disso, os serviços de saúde precisam estar organizados para responder às necessidades dos usuários, sendo possível iniciar pela própria política de saúde, a transformação necessária para minorar os efeitos danosos da desigualdade gerada na organização social.

A literatura aponta que, dentre as estratégias para o controle da TB, o TS apresenta potencial para colocar em prática ações de promoção da saúde, quando referem um olhar do profissional da saúde voltado para as necessidades de saúde dos usuários e à questão social que os envolvem (QUEIROZ et al., 2012; TERRA; BERTOLOZZI, 2008). A importância do TS também é referendada como tema de pesquisa, afirmando-se que estudos sobre o TS podem contribuir para a formulação de políticas públicas que incorporem novas metodologias para melhorar a adesão ao tratamento da TB e a cura dos doentes (BRASIL, 2011c).

Dessa forma, fica explícita a indicação do TS como uma ferramenta para a promoção da saúde no contexto da TB, uma vez que esta proporciona: vínculo entre o doente de TB com o seu serviço de saúde de referência; propagação de informação apropriada e esclarecimento ao doente e família sobre a doença ou outras preocupações ou problemas de saúde; identificação das necessidades de saúde desses usuários, promovendo ações intersetoriais; autonomia do doente de TB; participação comunitária nas atividades de controle da TB (BRASIL, 2011c; GONZÁLES et al., 2008; TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Considerando a alta taxa de incidência de TB em Porto Alegre, a alta porcentagem de abandono de tratamento nessa capital, a influência dos determinantes sociais no desfecho da doença, o TS como elemento-chave da estratégia DOTS para o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento, e estando ele associado ao referencial da promoção da saúde, propõe-se uma pesquisa que traga o panorama do TS no município de Porto Alegre e as ações de promoção da saúde existentes nesse contexto.

Nesse sentido, desenvolveu-se uma pesquisa com o objetivo de analisar o modo como vem sendo implementado o tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar no município de Porto Alegre, identificando suas convergências às ações de Promoção da Saúde sugeridas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

É visto na literatura estudos com o objetivo de analisar as potencialidades e os limites do TS; as dificuldades de colocar em prática as recomendações e as orientações do PNCT; e a efetividade do tratamento da TB (PAZ et al, 2012; QUEIROZ et al., 2012; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012). Nestes estudos predominam os profissionais de saúde e os gestores como sujeitos, corroborando com a presente pesquisa.

Este estudo utilizou o referencial da Promoção da Saúde como eixo teórico, com destaque para os Determinantes Sociais da Saúde, um dos seus pressupostos. Os DSS consistem nas condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, habitação e moradia, bem como o acesso a serviços e bens públicos. Eles resguardam os limites do setor saúde e desafiam as práticas intersetoriais como estratégias para mudanças no nível de saúde

dos indivíduos e grupos sociais (BRASIL, 2013). Como referem Llanos-zavalaga et al. (2012, p.260) em seu artigo:

La estrategia DOTS tiene un fundamento social expresado en el compromiso político y el tratamiento supervisado, pero al no enfrentarse problemas fundamentales como la pobreza e inequidad, desnutrición, hacinamiento y vivienda, discriminación y exclusión social, empleo, educación, limitaciones de los servicios de salud y seguridad social, resulta en un esfuerzo insuficiente.

A importância da temática da TB no campo das ações em saúde vem sendo apontada na literatura e, no contexto específico da enfermagem, é destacada a relevância do trabalho das equipes, visto serem os profissionais de enfermagem os responsáveis pelo acompanhamento do TS nas Unidades de Saúde (GAZETTA et al., 2007; QUEIROZ et al., 2012). Neste sentido, ressalta-se a importância da presente pesquisa para a área da enfermagem.

Considerando o exposto, realizou-se uma pesquisa qualitativa que se apoiou em três justificativas:

1. Em relação ao referencial teórico da Promoção da Saúde – a TB é uma doença de caráter social, sendo que os DSS influenciam diretamente na sua incidência e propagação na sociedade. No entanto, as ações de controle da doença não traduzem o devido reconhecimento dessa relação. Investe-se de modo bastante incisivo na adesão e manutenção do tratamento por meio de estratégias centradas no indivíduo, sem paralela intervenção no contexto onde ele está inserido. Tal pressuposto embasou a argumentação sobre a complexidade da interação de fatores implicados com a doença.

2. Em relação ao TS como objeto de pesquisa – dados epidemiológicos da TB em Porto Alegre indicam que é alta a incidência da doença no município e que também é alta a taxa de abandono do tratamento, o que permite inferir que o município não está alcançando as metas mundiais para o controle da doença. Tal cenário revela a importância de se conhecer como está sendo desenvolvida essa estratégia nos serviços de referência para o tratamento da TB em Porto Alegre. Além disso, há escassez de estudos sobre o TS no município.

3. Em relação à escolha dos trabalhadores de saúde e gestores como sujeitos deste estudo – conforme o objetivo da pesquisa, propõe-se analisar a implementação do TS em Porto Alegre o que justifica a intenção de entrevistar os trabalhadores de saúde que realizam o TS e o coordenador do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT). Realizar uma pesquisa com os trabalhadores e os gestores possibilitou a análise entre o que é proposto/recomendado e o que é realizado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o modo como vem sendo implementado o tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar no município de Porto Alegre, identificando suas aproximações com as ações de Promoção da Saúde recomendadas/sugeridas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar como se dá a gestão do processo de implementação do tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar em Porto Alegre.
- Conhecer como é operacionalizado o tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar nos Serviços de Saúde selecionados, no que diz respeito aos atores envolvidos, ao local onde ele é realizado, às flexibilizações necessárias e à existência de incentivos.
- Discutir as aproximações das estratégias implementadas no contexto do tratamento supervisionado da tuberculose em Porto Alegre com as ações de promoção da saúde recomendadas/sugeridas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Tuberculose: passado e presente do controle da doença

A TB é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um micro-organismo denominado Mycobacterium tuberculosis, descoberto em 1882 por Robert Koch. Esse micro-organismo, que também pode ser chamado de bacilo de Koch, se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com TB pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando essas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença. Cabe lembrar que o bacilo de Koch afeta mais o pulmão, mas ele pode entrar na corrente sanguínea e alojar-se em outros órgãos do corpo, denominando a doença de TB extrapulmonar (MELO et al., 2009).

Este trabalho abordará somente a TB pulmonar, visto que é a forma habitual de infecção e é a forma de contágio da doença – é a TB pulmonar a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença – sendo a mais relevante para a saúde pública (BRASIL, 2011a).

Os sintomas clássicos da TB pulmonar são: tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento (MELO et al., 2009). A técnica mais utilizada para o diagnóstico bacteriológico, no Brasil, é a pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) pelo método de Ziehl-Nielsen, ou seja, a baciloscopia do escarro do indivíduo com suspeita de TB. Há outras técnicas para o diagnóstico da doença como a cultura para a micobactéria, a radiografia de tórax, a prova tuberculínica, entre outros (BRASIL, 2011a). Quanto ao tratamento da doença, desde o surgimento da estreptomicina, na década de 40, o esquema medicamentoso contra a TB está em constante modificação, devido à resistência às drogas existentes e às novas pesquisas farmacológicas. Atualmente, existem mais de vinte medicamentos antituberculose, sendo a Rifampicina, a Isoniazida, a Pirazinamida, o Etambutol, a Estreptomicina e a Etionamida os mais usados. O tempo mínimo de tratamento da TB é de seis meses (BRASIL, 2002a).

A quimioterapia utilizada para o tratamento da TB proporciona a cura da doença, desde que seguidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento (BRASIL, 2011a). No entanto, no decorrer da história da doença, anterior ao início do século XX, quando a etiologia da TB era desconhecida, não

havia tratamento e nem a cura. Esse desconhecimento e mistério acerca da doença criaram metáforas sobre a TB conforme a época da sociedade (SONTAG, 1984). A construção social da TB através dos tempos, históricos e sociais, ajuda-nos a entender como ocorria o manejo e o controle da doença e a forma atual de percebê-la e tratá-la, proporcionando-nos um entendimento das suas representações sociais (GONÇALVES, 2002).

Até o final do século XIX, período marcado pela descoberta da etiologia da TB, a Medicina associava a TB à concepção de hereditariedade e às condições de vida, como habitação e trabalho, sendo o século XIX marcado por diferentes representações da doença (GONÇALVES, 2002).

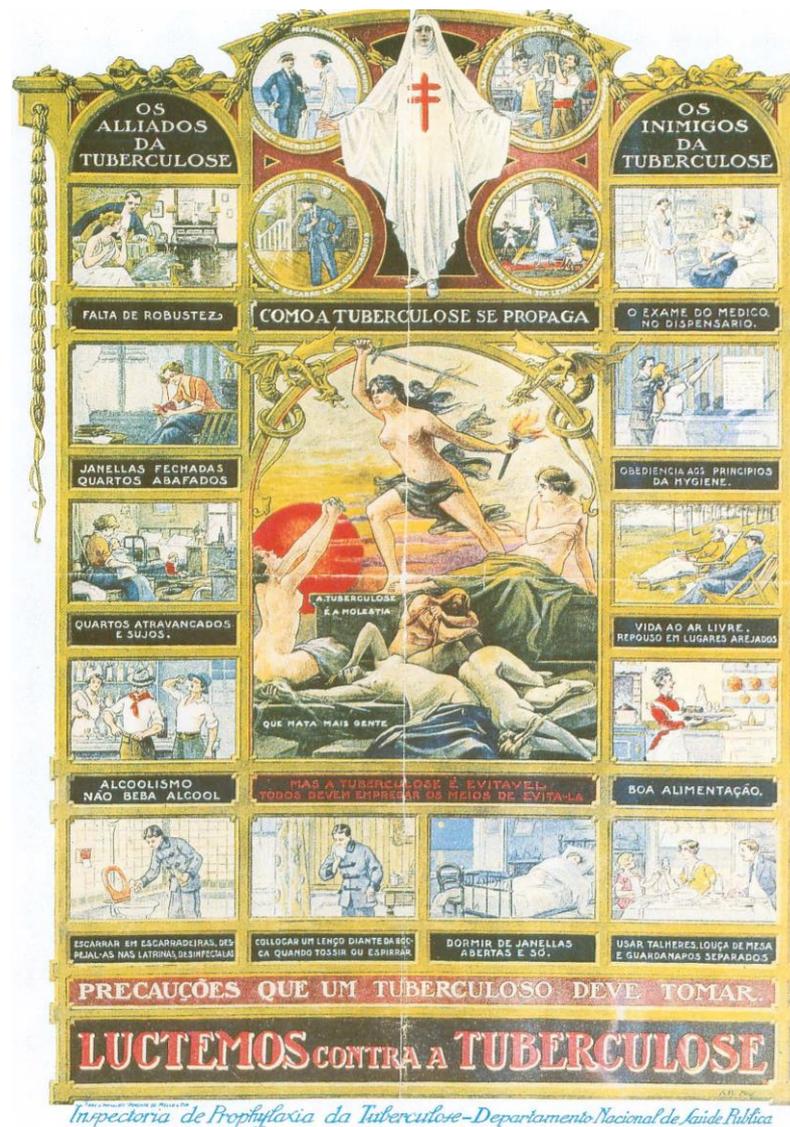
No início do século XIX, o Romantismo - movimento artístico, político e filosófico, originário de países europeus - influenciou o senso comum a elaborar uma visão romântica da TB. A tísica ou “doença do peito” era idealizada e a melancolia, tida como condição para contrair a doença, passou a ser sinal de refinamento e de sensibilidade. A imagem ideal da época incorpora os sintomas iniciais da doença: moças e rapazes magérrimos, pálidos, com uma sensibilidade e fragilidade aparente. A denominação da TB como “doença do peito”, marcando a parte superior do corpo, que é simbolizada como a mais espiritualizada, por abrigar os sentimentos e as emoções, e que tem a função vital de respirar, contribuiu na atribuição da doença aos desgostos, às paixões, às renúncias, à saudade, à tristeza (BARREIRA, 1992; NASCIMENTO, 2005). Nessa época, adaptava-se o meio com medidas de prevenção, como a criação de escarradeiras – inclusive de bolso – para evitar que os escarros dos doentes fossem lançados ao chão, podendo disseminar a doença, e o doente adaptava-se à doença (GONÇALVES, 2002).

Já ao final do século XIX, na Europa, há uma reconstrução da imagem da TB. Devido à maior incidência da doença nas classes trabalhadoras, principalmente no ambiente das fábricas, a concepção romântica dá lugar à compreensão social da TB (GONÇALVES, 2002; NASCIMENTO, 2005). Nessa época, políticas higienistas começaram a surgir, lutando por melhores condições locais e proteções para o trabalho, para tentar controlar a doença (GONÇALVES, 2002).

O avanço do conhecimento científico sobre a TB, com a revelação da sua etiologia, e a nova organização social trazida pela industrialização, no início do século XX, transformaram a TB em uma patologia de caráter social, isto é, de ocorrência e propagação estreitamente ligadas às condições de vida e de trabalho (NASCIMENTO, 2005). Porém, ao mesmo tempo em que a TB é considerada uma doença social, ela passa a ser vista e tratada, sobrepostamente e não excludentemente, como uma doença individual, sendo os doentes culpados e

responsabilizados socialmente se não adotassem os costumes de higiene e de alimentação preconizados pela Medicina (GONÇALVES, 2002). Um exemplo disso é um cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, confeccionado no Rio de Janeiro na década de 1920, ilustrado na Figura 1:

Figura 1 - Cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, Rio de Janeiro, década de 1920.



Fonte: SOARES, 1994.

Além disso, a TB passa a representar o que há de negativo no indivíduo, visto que ele é considerado o responsável pela transmissão da doença, tornando-se um perigo para a sociedade (BARREIRA, 1992). As propagandas sanitárias brasileiras, dessa época, ensinavam à população, com seus folhetos e cartazes, as características físicas e morais dos doentes do

peito, “emagrecidos e emaciados, displicentes no traje e no asseio corporal, avessos à ordem, incitadores de rebeliões, hostis a tudo e a todos, traiçoeiros, hiperssexualizados e dispostos a infectar inocentes sadios” (BERTOLLI FILHO, 2000, p.494). A Figura 2 demonstra isso em um desenho do bacilo da TB, reafirmando a importância do meio social e das condições de vida para a propagação da doença, e recaindo ao doente de TB a imagem de malandro bêbado, vivendo em meio à sujeira.

Figura 2 – “O bacilo da tuberculose” de Luis Sá



Fonte: SOARES, 1994.

Ainda nesse período, a TB configurava-se como uma doença da classe operária, dos pobres, visto o crescente adoecimento dessa população. O Estado não se envolvia no seu controle, pois não a considerava uma ameaça para si e para a economia (GONÇALVES, 2002). Assim, os primeiros núcleos de ação organizada de combate à TB no Brasil surgiram no âmbito médico e na sociedade civil, com a ausência da participação do setor público, como ocorreu na Europa. As diretrizes internacionais, principalmente as europeias, serviram de modelo para as diretrizes brasileiras no combate à doença (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000).

As primeiras instituições especificamente criadas para enfrentar a doença foram a Liga Brasileira Contra a Tuberculose – atual Fundação Aatualpho de Paiva – e a Liga Paulista Contra a Tuberculose, ambas fundadas em 1899 e instituições filantrópicas. Essas Ligas

expandiram-se pelo Brasil, disseminando métodos de tratamento e profilaxia, como: o binômio dispensário e sanatório; campanhas de educação sanitária; focalização de atendimento aos pobres; capacitação de pessoal (HIJJAR et al., 2007). Além disso, conseguiram o apoio financeiro do governo e envolveram-se na construção de casas populares, no debate sobre o trabalho insalubre e no preço da alimentação – fatores esses considerados essenciais para erradicar a doença nesse período (GONÇALVES, 2002). Apenas em 1920, após muita pressão das Ligas e da sociedade, é que o Estado assumiu o controle da TB no Brasil (BARREIRA, 1992).

Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública na Reforma Carlos Chagas, foi instituído o primeiro organismo governamental de combate à TB, a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose (HIJJAR et al., 2007). Houve uma tentativa do Estado em assumir essa causa antes dessa data, com Oswaldo Cruz, médico sanitário, em 1907 quando ele era Diretor Geral de Saúde Pública. Sua proposta, embora não concretizada, era a implantação de amplas medidas profiláticas no Regulamento Sanitário e a instituição de sanatórios e hospitais (GONÇALVES, 2002).

A Inspeção de Profilaxia da Tuberculose tinha o objetivo de procurar o doente, educando-o para não disseminar a TB e suas medidas eram a profilaxia, a notificação, o isolamento e a desinfecção. Mesmo a causa da doença sendo conhecida, nessa época, ainda não havia medicamentos específicos para combatê-la, instaurando um poder médico por meio das campanhas, das práticas e das políticas de saúde. Os médicos fisiologistas eram vistos como mágicos ou visionários por tratar o intratável e o contagioso, e muitos pacientes assumiam uma postura submissa frente às suas imposições terapêuticas. As imposições terapêuticas eram quanto ao isolamento, o repouso, a assepsia e a boa alimentação. A climatoterapia, que era a mudança de ares da cidade para o ar seco das montanhas, também era indicada. No Brasil, Belo Horizonte e Campos do Jordão foram cidades que recebiam muitos tuberculosos para esse tipo de tratamento (GONÇALVES, 2002).

A década de 30 foi marcada por novas tecnologias para o combate da doença, tais como: o pneumotórax, a abreugrafia, a baciloscopia, a vacina BCG e a cirurgia de tórax. Começou a diminuir a crença do clima como um fator de cura da TB, aumentando o atendimento dos doentes nos ambulatórios, hospitais, sanatórios e dispensários. Criou-se a política de visita domiciliar, visto a lotação dos serviços de saúde para o atendimento dos doentes de TB e para verificar nas casas a estrutura econômica, social e familiar dos doentes. A TB passou a ser vista como um problema de saúde pública (GONÇALVES, 2002).

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose e, em 1946, a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT). As principais metas da CNCT resumiam-se em: atuar em 66 municípios brasileiros onde ocorriam 80% dos óbitos pela doença, ampliando, uniformizando, interiorizando e normatizando o atendimento contra a doença; criar um modelo de sanatório popular; instalar um dispensário por 100 a 120.000 habitantes; promover a preparação de pessoal; incrementar a vacinação BCG; promover o desenvolvimento científico e tecnológico (BARREIRA, 1992; HIJJAR et al., 2007). Essa foi uma fase de grandes conquistas e mudanças nas representações sobre a moléstia. Em 1946, o primeiro antibiótico específico para o tratamento da TB, a estreptomomicina, é lançado no mercado, tornando a doença que antes era mortal para passível de cura (BARREIRA, 1992; GONÇALVES, 2002).

Em Porto Alegre, no ano de 1951, foi construído um hospital destinado ao atendimento dos tuberculosos dentro da proposta da CNCT, o Hospital Sanatório Partenon (HSP). A proposta dessa Campanha era isolar os doentes de TB em hospitais (sanatórios), onde seriam tratados com tuberculostáticos e mantidos longe do convívio social e familiar, visando, com isso, diminuir a disseminação da doença. Os doentes ficavam vários anos hospitalizados, visto o longo período de tratamento. O HSP foi o primeiro hospital público do estado do Rio Grande do Sul, e até hoje ele é referência estadual em ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, com ênfase em tuberculose, HIV/aids, hepatite e doenças associadas (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Ao longo dos anos de 1950 e 1960, a moléstia continuou a mudar seu panorama, devido à utilização de antibióticos para o seu tratamento, diminuindo a criação de sanatórios e dispensários para o seu controle. O problema emergente desses anos e que existe até hoje foi a resistência aos medicamentos. Em 1965, o tratamento da TB durava 12 meses e não precisava mais do isolamento do doente, podendo ele conviver na sociedade, com suas famílias, ainda que estigmatizado. Com a cura da doença centrada no indivíduo e não mais no meio social como dissipador da moléstia, novamente a responsabilidade pelo seu controle recaiu sobre o doente:

(Re) Surgem novos e velhos elementos que se tornam um agravante, à medida que os números de incidência aumentam com o passar dos anos, o abandono, a recidiva, a falência terapêutica. O paciente de posse dos medicamentos, tem a autonomia de administrá-los como e quando queira. Esta autonomia, ainda que relativa, possibilita o descontrole ao invés do controle previsto pela política de saúde. Ter a permissão de manipular e dispor de sua terapêutica não necessariamente significa cumpri-la (GONÇALVES, 2002, p.38).

Em 1971, com a criação da Central de Medicamentos, o Brasil passa a fornecer medicamentos antituberculose gratuitamente. Em 1979 há uma padronização do tratamento da doença, surgindo o esquema de curta duração – em seis meses o paciente deveria estar curado – e autoadministrado. Nesse período, há um desinteresse dos médicos pela tisiologia, visto que a clínica da TB não era mais rentável e qualquer médico poderia tratar da TB nas unidades de saúde, sendo essa especialidade médica substituída pela pneumologia (GONÇALVES, 2002).

Cabe salientar que as decisões dos órgãos técnicos governamentais brasileiros sobre o tratamento da TB sempre estiveram baseadas nas investigações desenvolvidas por entidades científicas reconhecidas, nas recomendações da OMS e da União Internacional contra a Tuberculose (HIJJAR et al., 2007).

Na década de 80, o Serviço Nacional de Tuberculose é substituído pelo PNCT que centraliza o tratamento da doença e dá subsídios técnicos e operacionais às unidades de saúde (GONÇALVES, 2002). O Programa apresentava uma estrutura de complexidade crescente, com supervisão permanente nas unidades de saúde, capacitação do pessoal e adoção da forma autoadministrada como única modalidade de acompanhamento do tratamento do doente. As configurações técnicas e operacionais do programa trouxeram como resultado uma diminuição de até 6% dos casos de TB por ano em todas as regiões na época (GONÇALVES, 2002).

A situação epidemiológica da doença piorou a partir da década de 90 em virtude de vários fatores, como o surgimento da co-infecção TB/HIV, a desestruturação do serviço de saúde, a dificuldade de recursos humanos e a piora das condições socioeconômicas da população. Em 1993, a OMS teve que criar um Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, com repercussão mundial na forma de administrar o tratamento da doença, com a estratégia DOTS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

Em Porto Alegre, a TB continuava sendo um grave problema visto a alta incidência da doença no município, a alta taxa de abandono do tratamento e a baixa taxa de cura (PORTO ALEGRE, 2010). No ano de 2000, a vigilância epidemiológica da TB foi municipalizada, quando foi implantado o Sistema de Informação de Agravos e Notificação/SINAN nas unidades de referência de tratamento desta doença e na rede hospitalar de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2007). Além disso, na tentativa de reverter o panorama da doença, a Coordenação do Programa de Controle da TB elaborou o Plano Municipal de Controle da TB, objetivando a participação do gestor municipal e a consideração desse plano na agenda de saúde da capital do RS (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

No entanto, os avanços no controle da TB em Porto Alegre são lentos, quando comparada com o resto do Brasil. Em um livro publicado em 2006 sobre o DOTS nas regiões do Brasil, foi referido que Porto Alegre ainda não havia colocado na prática o DOTS, estando apenas no planejamento técnico e operacional. Além disso, entidades sociais estavam assumindo responsabilidades do governo para o controle da doença. Quanto à dificuldade do município para a busca de casos novos da doença e para a implantação do TS as justificativas foram: baixo número de profissionais atuantes nos Ambulatórios de Tisiologia, escassez de equipes de Estratégias da Saúde da Família (ESF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e falta de articulação entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Serviços Especializados em TB (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Atualmente, a capital do RS está em processo de melhora da rede básica, ampliando o número de equipes de ESF e, assim, terá mais condições de efetivar a recomendação do PNCT que é a descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB, tendo as UBS, ESF e PACS como base para a implantação da estratégia DOTS (SANTOS, 2007).

Um estudo atual realizado com 645 municípios do estado de São Paulo teve como objetivo identificar os padrões desses municípios quanto à relação da TB com os indicadores de oferta e serviços de saúde, contexto e iniquidade social, divulgando resultados bem interessantes que: sem Tratamento Diretamente Observado (TDO), o resultado da ESF para controle da TB parece não ser tão eficaz; os municípios que apresentavam maior cobertura por TDO detinham melhores marcadores dos serviços de saúde, mesmo nos municípios com elevada cobertura da ESF, contar com essa estratégia foi um ponto positivo (YAMAMURA et al., 2014).

Cabe ressaltar que o TS, um dos componentes da estratégia DOTS, também pode ser chamado de TDO. Neste trabalho serão usadas as duas siglas.

3.2 Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais

Há nos documentos oficiais brasileiros de controle da TB capítulos dedicados à Promoção da Saúde, o que indica que as estratégias propostas devem ser apresentadas em consonância com o referencial da promoção e seus pressupostos (BRASIL, 2002a, 2011b, 2011c). Além disso, artigos indicam a necessidade de um olhar para o problema TB pelos

determinantes sociais da saúde (HINO et al., 2011; SANTOS, 2007; SANTOS et al., 2007; VICENTIN; SANTO; CARVALHO, 2002). O movimento da Promoção da Saúde surgiu como uma reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade, constituindo o elemento central da chamada “nova saúde pública” (BUSS, 2003).

O termo “medicalização da saúde” refere-se a um modelo de atenção à saúde centrado no poder biomédico, que, resumidamente: enxerga a doença exclusivamente de forma biologicista – com negação da determinação social da saúde; reproduz uma formação de profissionais da saúde hospitalocêntrica e tendente à superespecialização, fomentando a mercantilização da medicina; desvaloriza os conhecimentos populares, restringindo, assim, a autonomia da população (TESSER, 2010). Esse modelo teve origem com o Relatório Flexner publicado em 1910 e elaborado por Abraham Flexner - pesquisador social e educador norte-americano – o qual introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para a regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde (ALMEIDA FILHO, 2010).

No entanto, por volta da década de 70, começam a ocorrer, nos países industrializados, especialmente no Canadá, questionamentos quanto à eficiência da assistência médica curativa de alta tecnologia e a necessidade de controlar os custos crescentes do modelo biomédico. Assim, ressurgem o pensamento médico social de meados do século XIX, trazendo o termo promoção da saúde no documento *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses) escrito pelo Ministro canadense da Saúde e Bem-Estar Nacional, Mark Lalonde, em 1974. Esse documento, também conhecido como *Informe Lalonde*, cita a promoção da saúde com uma das cinco estratégias para abordar os problemas da área da saúde, destacando a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte (BUSS, 2003).

Concomitante com essas novas estratégias para o setor saúde, a área da saúde pública também passa, nesse período, por um momento de revisão do seu foco de atenção. A “nova saúde pública” como começa a ser chamada, aponta para a necessidade da redução das desigualdades sociais e a construção de uma comunidade ativa e *empowered*. Enquanto que a “antiga” saúde pública focalizava o comportamento individual, o novo movimento enfatizava as influências socioambientais nos padrões de saúde (KICKBUSCH, 2003).

Pode-se dizer que três acontecimentos serviram de base para o movimento de Promoção da Saúde: *Informe Lalonde*, em 1974; Declaração de Alma-Ata, em 1978, em que a saúde foi entendida, pela primeira vez, como direito e como integrante de vários setores da sociedade, ressaltando os cuidados primários de saúde como essenciais e a filosofia “Saúde para Todos” proposta pela OMS em 1984 (KICKBUSCH, 2003).

Então, é em 1986 que a OMS incorpora as ideias discutidas nos eventos citados, produzindo uma base ideológica para a promoção da saúde na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa - Ontário, Canadá. Essa conferência foi uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo, como aparece em seu subtítulo: “*The Move Towards a New Public Health*” (KICKBUSCH, 2003). O produto desse evento foi a Carta de Ottawa, que se tornou referência mundial para o conceito de promoção da saúde e expressou uma revolução na área da saúde. Esse documento é considerado à frente de seu tempo, visto que dispõe o que é necessário para tratar da saúde pública nas sociedades modernas não só do século XX, como também do século XXI. Até hoje se trabalha para colocar em prática as ideias da Carta de Ottawa (KICKBUSCH, 2007).

A definição de promoção da saúde na Carta de Ottawa é “nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002b, p.19). A Carta traz um conceito positivo de saúde quando a enfatiza como: “um recurso para a vida, e não o objetivo de viver”, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e a importância de “recursos sociais, pessoais, bem como as capacidades físicas” para obtê-la (BRASIL, 2002b, p.20). Conceito positivo de saúde é um contraponto ao conceito de saúde como ausência de doença (CZERESNIA; FREITAS, 2003). Desde 1948, com a fundação da OMS, a saúde apresenta a definição de “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Esse conceito é utilizado até hoje, embasando mais os documentos do que a realidade dos sistemas de saúde (BRICEÑO-LEÓN, 2000).

Para conseguir alcançar os objetivos da Promoção da Saúde, a Carta de Ottawa centrou-se em cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis, que apontem para a equidade em saúde; ação comunitária, ou *empowerment* comunitário; condições ambientais favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde, com uma visão abrangente e intersetorial e habilidades pessoais, resgate da educação em saúde com a ideia de *empowerment* individual. Resumidamente, *empowerment* quer dizer aquisição de conhecimentos, poder técnico e consciência política (BUSS, 2003).

Após a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, outros eventos ocorreram para firmar esse movimento como uma estratégia política e como uma inspiração para as ações de saúde. Alguns exemplos são as conferências internacionais realizadas em Adelaide (1988), Sundsval (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Kenia (2009) e Helsinki (2013) (BRASIL, 2002b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Essas conferências foram importantes para ressaltar ações, prioridades e desafios mundiais apresentados na Carta de Ottawa e para discutir novos elementos. Reforçou-se o combate à pobreza e às desigualdades sociais; a importância da ação comunitária para a promoção da saúde; as cidades, as comunidades locais, as escolas, os locais de trabalho como cenários das ações de promoção da saúde. Discutiu-se a responsabilidade internacional, na qual os países mais desenvolvidos têm a função de efetuar políticas que resultem em impactos positivos sobre a saúde das nações em desenvolvimento; a ênfase em políticas relativas à saúde da mulher, à alimentação e à nutrição, ao controle do tabaco e do álcool; a ampliação dos determinantes da saúde, com a consideração de fatores transnacionais, a integração da economia global, os mercados financeiros e o acesso aos meios de comunicação e o impulso à cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam a produção e utilização de ambientes saudáveis (BRASIL, 2002b; BUSS, 2003).

O sistema de saúde brasileiro acompanhou as mudanças que surgiam conforme as repercussões do movimento da promoção da saúde, tanto dos seus acontecimentos antecedentes como sucessores. Na década de 70, iniciou o movimento social de Reforma Sanitária brasileira - um confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana - no qual o objeto saúde era reformulado: seria construído por meio de uma abordagem médico-social, superando as visões biológicas e ecológicas do antigo preventivismo. A luta da sociedade com a Reforma Sanitária influenciou a elaboração da Constituição Brasileira, em 1988, também denominada “Constituição Cidadã” - visto seu caráter democrático, participativo e voltado para o reforço da cidadania (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Nela, a saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O movimento da Reforma Sanitária continuava e, em 1990, os reformistas puderam contribuir no projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), iniciando a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Duas leis regem o SUS: a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90. Essas leis dispõem sobre princípios e diretrizes que vão ao encontro da promoção da saúde, como a adoção do conceito ampliado de saúde:

Saúde como um direito fundamental do ser humano - tendo como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento

básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, acesso a bens e serviços essenciais - considerando que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, Art. 2).

Nelas, é dever do Estado garantir a saúde, estabelecendo condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços; a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas e a participação da comunidade nas questões que envolvem a saúde (BRASIL, 1990).

São muitos os conceitos/valores que estão envolvidos no movimento de Promoção da Saúde, como: equidade, intersetorialidade, promoção, prevenção, autonomia, *empowerment*, determinantes sociais, integralidade. O discurso da promoção da saúde não é homogêneo, haja vista os interesses divergentes, ocorrendo estratégias das mais conservadoras às mais progressistas. A evolução do conceito de promoção da saúde transitou de um “nível de prevenção” da medicina preventiva, para um “enfoque político e técnico” do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2003).

As abordagens de prevenção e promoção são complementares, não excludentes, visto que na primeira o objetivo final é evitar a doença e, para a segunda, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde, não sendo a ausência de enfermidade o suficiente (CZERESNIA; FREITAS, 2003) A Política Nacional de Promoção da Saúde prevê que medidas de prevenção, ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos, já estão bem difundidas nos estudos epidemiológicos. Entretanto, há necessidade de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação das ações de promoção da saúde que estejam associadas à integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 2006b).

Essa Política surgiu em 2006, reforçando a estratégia de Promoção da Saúde no SUS como uma possibilidade de trabalhar com os aspectos que determinam o processo saúde-doença no Brasil, tais como: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada. Um dos objetivos dessa política é promover o entendimento da concepção ampliada de saúde entre os trabalhadores de saúde (BRASIL, 2006b). Nesse mesmo ano, o Presidente da República criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, seguindo recomendação da

OMS, para promover esse tema entre governos, especialistas e organizações da sociedade civil (PELLEGRINI FILHO, 2011).

De modo geral, os DSS são entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006). Atualmente têm-se discutido, no âmbito mundial, ações de controle da TB sob os DSS, visto a influência das condições de vida - pobreza, desnutrição, habitação, saneamento, acesso aos serviços de saúde e distribuição populacional - na determinação da morbidade por TB (HARGREAVES et al., 2011; HINO et al., 2011; RASANATHAN et al., 201; SANTOS et al., 2007).

Pela proposta ampliada do movimento de Promoção da Saúde e seus múltiplos valores e conceitos, estratégias nesse contexto não seguem uma formulação pronta a ser orientada aos serviços de saúde, até porque, nessas ações, há um olhar para a realidade do local, que irá diferir de um lugar para o outro. No entanto, como refere um documento oficial sobre o TS e a promoção da saúde, as estratégias de promoção da saúde, no contexto da TB, precisam estar articuladas a outras ações intersetoriais, aliadas a políticas públicas intersetoriais ou transectoriais (BRASIL, 2011c).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

A pesquisa teve caráter qualitativo do tipo exploratório-descritivo. O caráter qualitativo foi escolhido visto o seu potencial para abordar um “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2002, p.66). Além disso, como refere Minayo (2008), as abordagens qualitativas são mais apropriadas para estudos sobre grupos e segmentos delimitados e focalizados e para tratar de histórias sociais sob a ótica dos atores, características consideradas necessárias para o desenvolvimento da presente pesquisa.

A escolha pelo caráter exploratório da pesquisa se deu em função do interesse em aumentar o conhecimento em torno do problema de pesquisa (TRIVIÑOS, 2008).

4.2 Campo da Pesquisa

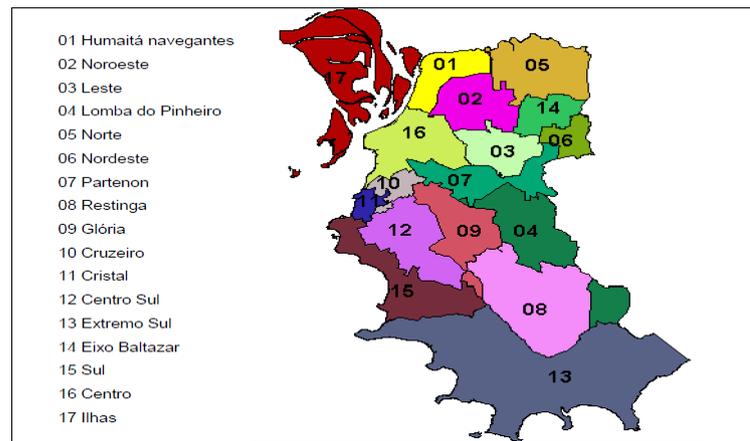
O município de Porto Alegre foi escolhido como campo da pesquisa devido ao seu histórico de alta incidência da doença (incidência de todas as formas de TB, não apenas a pulmonar): 121 casos/100.000 habitantes em 2009; 108 casos/100.000 habitantes em 2010; 110 casos/100.000 habitantes em 2011 (PORTO ALEGRE, 2012c). Em 2013, Porto Alegre apresentou uma incidência de 99,5 casos para cada 100.000 habitantes, estando entre as três capitais do Brasil com os maiores coeficientes de incidência de TB, atrás apenas de Cuiabá e Recife (O CONTROLE..., 2014).

Porto Alegre é capital do Estado do RS, Brasil. O último Censo Demográfico brasileiro, realizado no ano de 2010, apresentou a cidade com uma população de 1.409.351 habitantes, sendo a 10ª capital mais populosa do país. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - medida resumida do progresso a longo prazo das dimensões renda, educação e saúde – desse mesmo ano, de Porto Alegre é 0,805, considerado elevado. No entanto, há

grandes desigualdades sociais entre as regiões de Porto Alegre e dentro das próprias regiões (PORTO ALEGRE, 2013).

A capital do RS está dividida em 82 bairros que, conforme divisão político-administrativa aprovada pelo Conselho do Orçamento Participativo e compatível com o Plano Diretor, estão agregados em 17 Distritos Sanitários, conforme figura 3 abaixo:

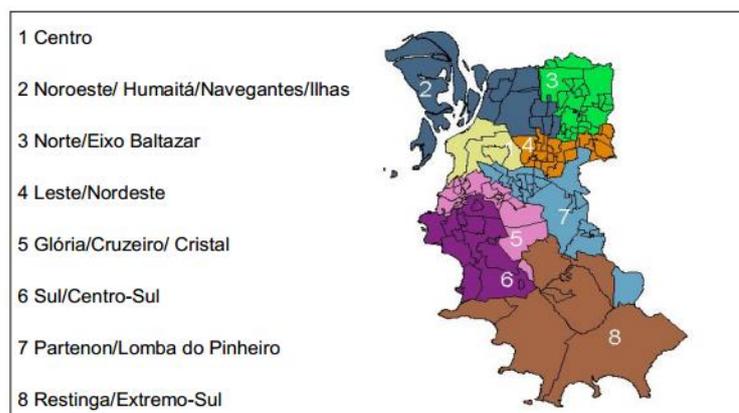
Figura 3 – Mapa dos Distritos de Porto Alegre em 2012



Fonte: PORTO ALEGRE. 2013.

Estes distritos, por sua vez, estão reunidos em 8 GD, que são estruturas administrativas e gestoras regionais, além de espaços de discussão e de prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS, são elas: Norte/Eixo Baltazar; Centro; Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas; Leste/Nordeste; Glória/Cruzeiro /Cristal; Sul /Centro-Sul; Partenon/Lomba do Pinheiro; Restinga/Extremo-Sul, conforme a Figura 4:

Figura 4 - Territórios de abrangência das Gerências Distritais de Saúde, 2010



Fonte: PORTO ALEGRE, 2010.

Para cada GD há um Centro de Referência (CR) para TB, menos na GD Norte/Eixo Baltazar e GD Sul/Centro Sul³. O presente estudo abrangeu serviços de saúde de três GD: Leste/Nordeste, Glória/Cruzeiro/Cristal; e, Restinga/Extremo Sul. A incidência de casos novos de todas as formas clínicas de TB nas três GDs estudadas, em 2011, foi de: GD Leste/Noerdeste 130,21 casos para 100.000 habitantes; GD Glória/Cruzeiro/Cristal 104,85 casos para 100.000 habitantes; e GD Restinga/Extremo Sul 84,74 casos para 100.000 habitantes (PORTO ALEGRE, 2012d).

Esta pesquisa foi realizada inicialmente em CR para TB que, segundo informações obtidas junto à coordenação do PMCT, realizavam TS. A escolha de três CR se deu em função de serem, entre os seis CR existentes no município, os serviços que estavam melhor capacitados para realizar o DOTS nas suas cinco dimensões - adesão política por parte das autoridades governamentais, estabelecimento de uma rede laboratorial de baciloscopia, garantia de medicação, sistema de informação adequado e oferta de tratamento supervisionado. Os três CR que serviram como “ponto de partida” da presente pesquisa foram indicados pela coordenação do PMCT para a realização deste estudo, visto que provavelmente os outros CR não realizavam o TS.

A partir do contato com as equipes dos CR selecionados, o campo de pesquisa foi ampliado, uma vez que estes centros referenciavam os usuários para outros serviços de atenção básica.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para a escolha da amostra: atuar na gestão e operacionalização do TS nos serviços de saúde selecionados e aceitar participar da pesquisa. Excluiu-se da amostra sujeitos que não contemplaram os critérios de inclusão. Inicialmente a previsão era de aproximadamente dois sujeitos por CR estudado, um coordenador do serviço e um profissional que realizava o TS. No entanto, a realidade dos CR não permitiu atender a esta previsão. Assim, buscou-se um número de participantes mais próximo disto.

³ Nas conversas com profissionais de CR, foram obtidas informações dando conta de que a população de uma GD que não tem CR era dividida entre dois CR, os quais acrescentavam tal demanda às demandas já existentes nos respectivos territórios. Infere-se que este déficit de CR em duas GD se dá pela falta de profissionais e de estrutura.

No total, foram entrevistados 9 sujeitos, no período de outubro a novembro de 2013, sendo 2 gestores (um dos coordenadores do PMCT e um dos coordenadores da GD Leste/Nordeste, ambos enfermeiros), 4 enfermeiras, 2 técnicos de enfermagem e uma médica.

4.4 Coleta e Análise dos Dados

As informações analisadas na pesquisa foram obtidas a partir de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da saúde - gestores ou trabalhadores que realizam o TS. Foram também consultados documentos oficiais e manuais técnicos de controle da TB, disponíveis em meio eletrônico.

Para a realização das entrevistas, foram utilizados roteiros semiestruturados (APÊNDICE A e B). A ordem de coleta dos dados seguiu a disponibilidade dos serviços de saúde em atender a pesquisadora. Como o objetivo do estudo foi a implementação do TS, a pesquisadora precisou peregrinar entre serviços de saúde que o realizavam, dentro das 3 GDs estudadas.

Na GD Glória/Cruzeiro/Cristal, um CR e uma UBS participaram do estudo, sendo entrevistados três profissionais responsáveis pelo TS nesses locais: duas enfermeiras e uma médica.

Na GD Restinga/Extremo Sul, um CR participou do estudo, sendo entrevistados três profissionais que operacionalizavam o TS: uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem.

Na GD Leste/Nordeste, o CR para TB não estava realizando o TS com seus usuários e a enfermeira responsável pela operacionalização desse tratamento estava de licença. Assim, a pesquisadora foi encaminhada para o escritório da Gerência Leste/Nordeste para conversar com a gestora responsável pela coordenação dos serviços de TB dessa região. Neste serviço a gestora foi entrevistada e encaminhou a pesquisadora para uma UBS e uma ESF que realizavam o TS. Na UBS uma enfermeira foi entrevistada e, na ESF a pesquisadora conheceu como o serviço realizava o controle da TB na sua região.

As entrevistas foram realizadas no local de preferência dos entrevistados, com data previamente agendada e duração de cerca de 30 minutos. Elas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra a fim de serem analisadas em seguida.

A análise dos dados teve a integração dos documentos e das entrevistas, sendo do tipo temática (MINAYO, 2008), seguindo-se as seguintes etapas: pré-análise (com definição das

unidades de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias); exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2008). O referencial teórico que embasou a análise foi o da Promoção da Saúde e o da Saúde Coletiva. O *software* Nvivo foi utilizado para a análise dos dados.

A etapa final de análise resultou em uma categoria principal “O Cenário do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose em Serviços de Saúde de Porto Alegre” que se divide em três subcategorias, a fim de responder aos objetivos da pesquisa. As subcategorias foram “As palavras das gestoras: *nossa fala é a fala do Ministério*”, “A consciência dos limites da prática: *TDO não é a nossa realidade*” e “É preciso ampliar: *não existe solução mágica para a tuberculose*”.

4.5 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (ANEXO B).

Os gestores e os profissionais de saúde convidados a participar do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, antes do início da entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C e D), atendendo às Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue para todos os participantes e duas vias foram assinadas pela pesquisadora e pelo participante, ficando uma via para cada um. Nele constava o objetivo da pesquisa, o caráter voluntário da participação dos sujeitos, a garantia do anonimato, o destino das informações coletadas, bem como a autorização para publicação dos resultados.

Para garantir este sigilo, a identificação das falas dos sujeitos na dissertação foram codificadas segundo a profissão, seguido pelo tipo de serviço de saúde em que atua e um número para diferenciar as GDs, por exemplo: Enfermeiro do CR 1; Médico de UBS 2; e, assim por diante. Destaca-se que a codificação por número não permite identificar a quais serviços os profissionais pertencem, mas, somente, indicar a participação de profissionais de

mesmas gerências, como é o caso, por exemplo, dos participantes Enfermeiro do CR 2 e Técnico de Enfermagem de UBS 2.

As informações serão mantidas em absoluto sigilo e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. As gravações realizadas durante a coleta de dados, após a publicação dos resultados da pesquisa, serão guardadas por um período de cinco anos e depois destruídas. A pesquisadora comprometeu-se com os participantes a não utilizar os dados para comercialização e/ou em meios de divulgação que possam prejudicá-los.

O sigilo dos dados coletados em registros dos serviços de saúde estudados foi garantido no Termo de Compromisso para Utilização de Dados do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O Cenário do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose em Serviços de Saúde de Porto Alegre

Esta categoria contempla vários aspectos da implementação do TDO⁴ em Porto Alegre, considerando a perspectiva dos profissionais envolvidos na gestão e no atendimento de usuários com TB na atenção básica e em CR.

Ela é composta de três subcategorias que discorrem sobre a gestão do processo de implementação do TDO (conforme as falas dos gestores participantes do estudo), a operacionalização desse tratamento (conforme os profissionais envolvidos no atendimento de usuários com TB) e as aproximações do TDO com as ações de promoção da saúde recomendadas/sugeridas pelo PNCT. A relação dessas subcategorias proporcionou o conhecimento do cenário do TDO em serviços de saúde de Porto Alegre.

5.1.1 As palavras das gestoras: “nossa fala é a fala do Ministério”

Esta subcategoria contempla vários aspectos da implementação do TDO em Porto Alegre, considerando a perspectiva dos profissionais envolvidos na gestão. Tendo em conta que o TDO faz parte de um conjunto maior de ações de controle da tuberculose no município, serão trazidos na análise aspectos deste cenário mais amplo de atenção, aí incluídas a descentralização do atendimento à TB na atenção básica e os modos como a rede de atenção tem sido acionada neste processo.

A coleta de dados da presente pesquisa ocorreu durante a descentralização do atendimento à TB, transferindo o atendimento dos CR da doença para a Atenção Básica. Essa descentralização faz parte do Pacto de Gestão, um dos componentes das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, que foram criadas em 2006, para a consolidação do Sistema Único de Saúde do Brasil (BRASIL, 2006a).

⁴ TDO tem o mesmo significado que TS.

O Pacto pela Saúde é revisado anualmente pelos gestores do SUS e surgiu na perspectiva de superar as dificuldades enfrentadas pelos serviços para dar conta de uma atenção em saúde orientada pelos princípios e diretrizes do sistema. O pacto é constituído de três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto de Gestão radicaliza a descentralização de atribuições do MS para os estados e para os municípios, e reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006a).

Porto Alegre está dividida em oito GD, as quais organizam a rede de ações e serviços. As falas dos profissionais envolvidos na gestão da atenção à TB no município confirmam a implantação desta descentralização. Falando, por exemplo, do cenário mais amplo da gestão dos serviços, uma das gestoras indica que o município é responsável por todas as atividades gerenciais dos serviços de saúde.

Porto Alegre tem gestão plena, o estado não interfere na gestão. (Gestora 1)

A fala da gestora contempla a proposta do SUS para a organização das ações e serviços de saúde, a qual define que não deve haver hierarquia ou subordinação entre municípios e Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo à gestão estadual a função de apoiador na coordenação e avaliação destas ações (BRASIL, 2003). Além da autonomia do município para a gestão em saúde, outro aspecto da descentralização destacada por uma das participantes que atua na gestão municipal é a utilização de equipes locais para o desenvolvimento de ações de gestão, a partir de indicadores de saúde dos seus territórios.

Cada gerência [Gerência Distrital] tem uma equipe de monitoramento que tem autonomia pra se organizar da maneira que achar melhor e tem representantes da assessoria de planejamento da secretaria [Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre] como apoiadores para dar uma “linha” em relação ao trabalho. A ideia é descentralizar ainda mais a gestão. (Gestora 2)

A existência de equipes de monitoramento é contemplada na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), para articular indicadores que vão além dos tradicionalmente utilizados na gestão em saúde. Estes indicadores são listados abaixo:

Indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos à dimensão da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas (BRASIL, 2009a, p. 19).

Esse acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área, agiliza as tomadas de decisões, a identificação e as resoluções de problemas e de prioridades (BRASIL, 2009a), como refere a Gestora 2:

As equipes de monitoramento trabalham com a Programação Anual de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, para ter “um norte” de trabalho. Mas aí a gente abarca, de tanto pra tanto é a meta de Porto Alegre, então a gente teve que aprender a fazer os cálculos de qual é a meta da nossa gerência para fazer as nossas prioridades. (Gestora 2)

A análise das falas acima sugere que “linha” e “norte”, mencionados pela Gestora 2, correspondem aos indicadores de saúde do município. A partir deles são definidas as metas de cada gerência para melhorar esses indicadores, conforme a realidade de cada território. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) do município inclui uma avaliação das metas do PAS do ano anterior e, a partir disso, apresenta diretrizes que devem orientar o trabalho dos gestores no ano em curso, bem como definir as metas prioritárias (PORTO ALEGRE, 2012a). O PAS faz parte do Plano Municipal de Saúde (PMS), sendo composto de objetivos e metas em saúde com validade de quatro anos. No momento da pesquisa o PMS vigente correspondia ao quadriênio 2010-2013 (PORTO ALEGRE, 2010). O PAS do município de Porto Alegre, referente ao ano de 2013, possui 108 metas em saúde, sendo que para cada meta corresponde um indicador (PORTO ALEGRE, 2012a).

Dentre as 108 metas em saúde do PAS do ano de 2013, três eram específicas para o controle da TB: diagnosticar 80% dos casos novos estimados de TB; ampliar a taxa de cura de novos pulmonares bacilíferos de 64% para 85% de pacientes que iniciarem tratamento; e reduzir o número de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos (PORTO ALEGRE, 2012a). Dentre as ações propostas para aumentar a taxa de cura dos casos novos de TB pulmonar bacilífera ganha destaque à implementação do TDO:

Implementação de TDO a todos pacientes bacilíferos residentes em áreas de atuação das ESF e aos portadores TBMDR em qualquer unidade de saúde; TDO às populações de maior vulnerabilidade (portadores do HIV/Aids, indígenas, população negra, população prisional, população em situação de

rua, dependentes químicos e outros transtornos mentais); e disponibilização de Vale Transporte, lanche e/ou cesta básica mensal ao paciente durante o TDO (PORTO ALEGRE, 2012a, p.15).

Segundo o PAS as ações referentes ao TDO deverão ser avaliadas pelo indicador “Percentual de Cura do Tratamento da Tuberculose dos Casos Novos Pulmonares Bacilíferos” (PORTO ALEGRE, 2012a). Como citado anteriormente, são os indicadores referidos no PAS que auxiliarão as equipes de monitoramento do município a traçar suas metas e planos de trabalho. A fala da Gestora 2 reforça essa estratégia e sinaliza uma das ações desenvolvidas no âmbito da TB na sua gerência.

A equipe deve estar apropriada dos indicadores dos seus territórios e a partir daí desencadear ações. A equipe da TB definiu como prioridade desencadear ações de educação permanente em todas as Estratégias da Saúde da Família. (Gestora 2)

A gestora justificou a necessidade da realização de ações de educação permanente sobre TB com as equipes das ESF da sua gerência em função da ineficiência das ações de capacitação já desenvolvidas no âmbito do PMCT para a implementação da descentralização.

Capacitou...[mas] passou um ano e nenhum paciente estava “descentralizado”.(Gestora 2)

Na análise desse descompasso entre o que “deveria ser” e “o que é”, a gestora faz uma crítica mais pontual ao *modus operandi* do processo de capacitação dos profissionais da atenção básica para a operacionalização da descentralização. Na sua fala a gestora sugere que este processo educativo foi desenvolvido sem considerar as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) e sua proposta de metodologia participativa.

É aí que a gente faz a crítica, que uma capacitação pontual e teórica não vai mudar o processo de trabalho, se a gente não estiver muito próximo desses trabalhadores. (Gestor 2)

A EPS surgiu numa perspectiva de transformar as práticas de saúde, aproximando-as aos princípios do SUS, ou seja, com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar (BRASIL, 2009b). Sua maior crítica é quanto às capacitações que consistem na transmissão vertical de conhecimentos com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de

uma nova política - como nos casos de descentralização da atenção básica – com o olhar reduzido à definição de métodos ou técnicas de trabalho, ocultando a orientação dos processos. Sem a análise dos processos de trabalho das equipes de saúde, diferentes em cada serviço de saúde devido à realidade local, as capacitações não alcançam os resultados esperados (BRASIL, 2009b). Assim, surge a EPS para mudar o processo educativo tradicionalmente utilizado para capacitar/atualizar/qualificar as práticas dos profissionais de saúde, de forma a colocar o cotidiano do trabalho em análise, considerando suas formas de trabalhar a realidade e possibilitando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005).

Nas conversas com as gestoras que participaram da pesquisa, foram obtidas informações dando conta de que, do início de 2012 até o final de 2013, o PMCT realizou ações de capacitação das equipes de todos os serviços de atenção básica do município de Porto Alegre para realizar o tratamento da TB, com vistas à descentralização. Anteriormente a esse período, o tratamento da doença era realizado principalmente em CR e esta capacitação foi considerada necessária para que se iniciasse a transição do tratamento realizado nos CR para os serviços de atenção básica.

A descentralização do atendimento em saúde é um dos princípios do SUS, o que compromete os gestores a buscar estratégias para a sua implementação (BRASIL, 1990). Em 1999 já se falava das vantagens da descentralização do atendimento à TB no meio acadêmico para a expansão das ações de controle da doença, visto que as decisões ficariam mais próximas da população e os recursos seriam mais efetivos, facilitando o acompanhamento dos casos (RUFFINO-NETTO, 2001). A publicação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que vigorou de 2001 a 2005, incorporou no seu plano de metas este processo de descentralização, prevendo a distribuição de bônus aos municípios para o desenvolvimento de ações de controle da TB nas UBS, bem como a realização do TS (RUFFINO-NETTO, 2001).

Segundo o MS, a descentralização do tratamento da TB para a atenção básica consiste em incluir na rotina das equipes o desenvolvimento das seguintes ações de controle da doença: busca ativa de sintomáticos respiratórios; solicitação de exames (baciloscopia, raio-x e cultura); diagnóstico; notificação; registro de informações; tratamento (supervisionado ou autoadministrado); acompanhamento do paciente (consultas mensais); exame de contatos e busca de faltosos; e, alta (BRASIL, 2002a).

A recomendação do MS é que a estrutura de atenção à TB seja dividida nos três níveis de atenção do SUS, conforme o nível de complexidade existente: referência primária, para esquema básico de tratamento da TB e para tratar efeitos adversos do tratamento ditos

“menores”; referência secundária, aí incluídos os CR para TB, para esquemas especiais de tratamento e efeitos adversos “maiores”, além de tratar comorbidades (HIV e outras); e, referência terciária, para esquema de multirresistência (BRASIL, 2011a).

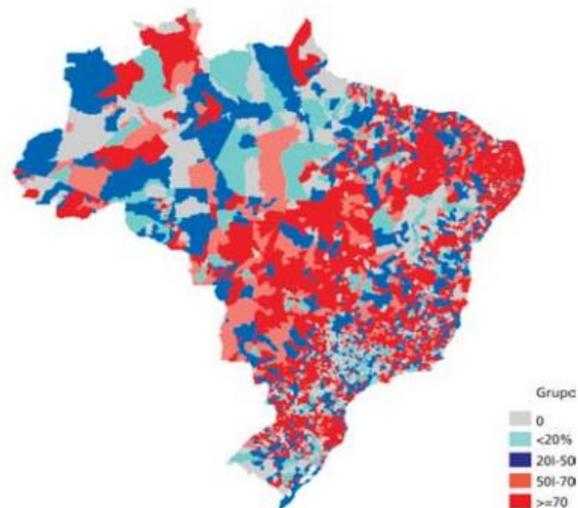
Pesquisas recentes mostram que, em muitas cidades do Brasil, o atendimento a indivíduos com TB já é realizado de modo descentralizado há alguns anos, visto seus enfoques na avaliação da descentralização das ações de controle da TB do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde (AMARAL et al., 2010; CLEMENTINO; MIRANDA, 2010; MARCOLINO et al., 2009; MARREIRO et al., 2009). Pode-se inferir, a partir disso, que Porto Alegre está atrasada, quando comparada com outras cidades brasileiras, no que tange às ações de controle da TB na atenção primária, visto que essa descentralização só foi concluída no final de 2013. Esse “atraso” também foi sugerido em outro estudo, o qual avaliou a implementação do DOTS⁵, estratégia que inclui a descentralização do atendimento, em todas as regiões do Brasil. Os autores concluíram que em Porto Alegre a estratégia DOTS não era realizada, estando apenas no planejamento técnico e operacional. Dentre as regiões brasileiras estudadas, apenas em Porto Alegre o DOTS não havia sido implementado, sendo uma das justificativas para essa inoperância a baixa cobertura de ESF na cidade (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

A baixa cobertura de ESF no município também é mencionada no PMS do quadriênio 2010-2013, vigente no período da presente pesquisa, quando salienta a ampliação dessa estratégia. Neste documento consta que apenas 26,4% da população porto-alegrense tem cobertura de ESF e propõe formas para essa ampliação (PORTO ALEGRE, 2010). Ilustrações contidas em documentos do MS sobre a ESF no Brasil mostram o seu aumento no decorrer dos anos e permitem enxergar a situação de Porto Alegre em relação a outros municípios brasileiros (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2014). A Figura 5, por exemplo, mostra a distribuição dos municípios brasileiros com cobertura de ESF no ano de 2004. Embora o mapa esteja desatualizado, ele é importante para constatar o a baixa cobertura de ESF da capital do RS quando comparada com outras cidades desde 2004 – Porto Alegre está representada com a cor azul clara na legenda, o que significa cobertura de ESF menor que 20%. Se colocarmos a porcentagem atual do município nessa figura, teremos que, após dez anos, Porto Alegre encontra-se com cobertura de 20-50%, cor azul escuro no mapa, ainda muito aquém do resto do Brasil. A Figura 6 reforça o argumento anterior, com dados mais atuais, e sinaliza ainda a

⁵ Estratégia DOTS: adesão política por parte das autoridades governamentais; estabelecimento de uma rede laboratorial de baciloscopia; garantia de medicação; sistema de informação adequado e oferta de tratamento supervisionado (TS).

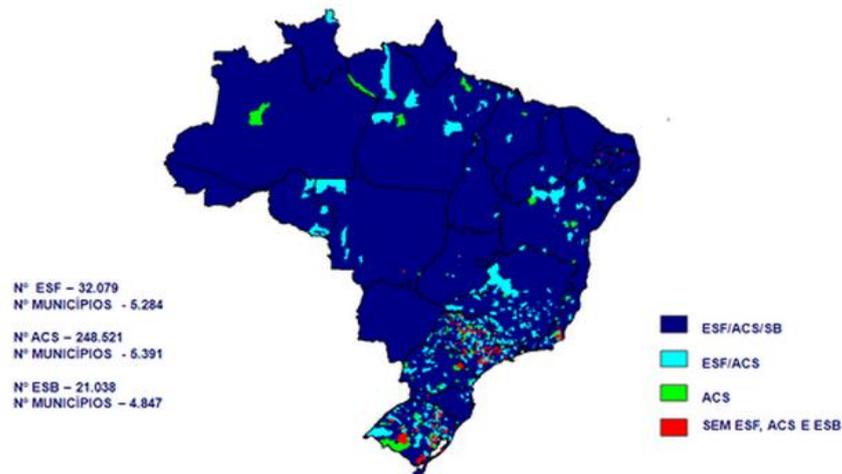
baixa cobertura de ESF, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Saúde Bucal (SB) não só no município de Porto Alegre como no restante do estado do RS, quando comparados com o resto do Brasil.

Figura 5 - Distribuição dos Municípios nos estratos de cobertura do ESF. Brasil, 2004.



Fonte: BRASIL, 2006a.

Figura 6 – Situação de Implementação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL – AGOSTO 2011.



Fonte: BRASIL, 2014.

Considerando as ações propostas no PMS - do quadriênio 2010-2013 – para a ampliação da cobertura de ESF em Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2010), pode-se argumentar que o município vive um momento de expansão da atenção básica, que já é

recomendada há quase 25 anos, desde a criação do SUS. Essa lentidão na descentralização do atendimento à saúde como um todo, vem interferindo nas ações de controle da TB no município, propostas pelo PNCT.

O PNCT segue as orientações da OMS para o controle da doença. Desde 2006 a estratégia de intervenção em vigor é chamada de *Stop-TB*, sendo esta constituída de 6 componentes: expandir a estratégia DOTS; tratar a co-infecção TB/HIV, a TB-MDR e as populações mais vulneráveis; fortalecer o sistema de saúde; envolver todos os provedores de saúde (público e privado); empoderar portadores de TB e comunidades; e, capacitar e promover a pesquisa na área (BRASIL, 2011a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Para efetivar as orientações da OMS, o MS recomenda o atendimento à TB nos três níveis de atenção do SUS e a realização do TDO de forma descentralizada de todos os pacientes com diagnóstico de TB (BRASIL, 2011b). O próximo item irá abordar o cenário do TDO nos serviços de saúde estudados.

5.1.2 A consciência dos limites da prática: “TDO não é a nossa realidade”

Esta parte da análise traz a perspectiva dos profissionais sobre a implementação e operacionalização do TDO nos serviços de saúde estudados, contestando algumas das percepções dos gestores apresentadas anteriormente. As falas dos profissionais registram as dificuldades que os serviços enfrentam para realizar o TDO, contrariando algumas das premissas do PNCT.

O TDO constitui uma mudança na forma de administrar os medicamentos, porém sem mudanças no esquema terapêutico. Ele é caracterizado pela supervisão diária da ingestão dos medicamentos na Unidade de Saúde ou na residência do doente, podendo, segundo a OMS, ser feita com, no mínimo, três observações semanais, nos primeiros meses e com duas observações por semana até o final do tratamento (BRASIL, 2011b). O TDO é um dos componentes da estratégia mundial para o controle da TB, com recomendação de 100% de cobertura desse tratamento para os casos novos da doença e consta em documentos oficiais da OMS desde 1994 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994). Se aposta nele para melhorar os indicadores da doença, aumentando as taxas de cura e diminuindo as taxas de abandono do tratamento (BRASIL, 2011b).

Sua implementação no Brasil vem ocorrendo, oficialmente, desde 1999. Estudos têm demonstrado o êxito no tratamento nos grupos com TS, quando comparados aos grupos sem TS (BRASIL, 2006c). O atual Plano Estratégico para Controle da Tuberculose no Brasil, válido de 2007 a 2015, tem como objetivo geral reduzir a morbidade, mortalidade e transmissão da TB, expandido a cobertura do TS no território nacional. Para isso, o PNCT brasileiro visa à integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o PACS e a ESF (BRASIL, 2006c).

A realização do TDO tem aumentado no país, passando de 37,2% em 2009, para 46,8% em 2012 (O CONTROLE..., 2014). Em 2010, o Estado do RS apresentou uma porcentagem de cobertura de TDO de 17,2% (BRASIL, 2011c). Para comparar esse dado com outros estados brasileiros recorreu-se às porcentagens de cura de casos novos de TB e de abandono de tratamento de casos novos da doença. Esses indicadores foram selecionados visto suas relações com o TDO, como já referido anteriormente. Assim, em 2013 o RS teve 63,2% de cura de casos novos de TB, sendo que o estado brasileiro com a menor porcentagem de cura foi o Rio Grande do Norte (57%) e o com a maior porcentagem o Acre (90,4%). Nesse mesmo ano, o RS foi o estado brasileiro com a maior porcentagem de abandono de tratamento de casos novos de TB (15,1%), já o Acre apresentou a menor porcentagem de abandono de tratamento (3,2%) (O CONTROLE..., 2014). A cobertura de TDO nos casos novos de TB nos estados do Acre e do Rio Grande do Norte no ano de 2010 foram, respectivamente, de 41,5% e de 40,8% (BRASIL, 2011d, 2011e). Cabe ressaltar que, no ano de 2013, o Rio Grande do Norte apresentou 7,4% de abandono de tratamento da TB, abaixo da média nacional que foi 10,5% (O CONTROLE..., 2014). Esses dados sugerem que a cobertura de TDO no RS é muito baixa, quando comparada com outros estados brasileiros, e isso pode estar interferindo na sua posição como o estado brasileiro com a maior porcentagem de abandono de tratamento da TB.

O município de Porto Alegre também tem aumentado a cobertura de TDO em casos novos de TB. Em 2009, por exemplo, Porto Alegre tinha 5,94% de cobertura de TDO e em 2011, 6,76% (PORTO ALEGRE, 2012b). Este aumento é baixo se a comparação for com os dados apontados por um estudo realizado no Estado de São Paulo, onde é analisada a cobertura de TDO nos municípios prioritários para controle da TB. Concluiu-se que, no ano de 2004, dos 36 municípios do estado, 2 apresentaram cobertura maior que 90%, 16 apresentaram cobertura entre 50 e 89%, 12 cobertura entre 10 e 49%, e apenas 4 tiveram cobertura entre 1 e 10% (VILLA et al., 2008). Ou seja, há dez anos, dos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo apenas 4 se encontravam na faixa de cobertura de TDO

atual da capital do RS. No ano de 2009, a capital São Paulo apresentou uma cobertura de TDO de 52,1%, muito acima da porcentagem de cobertura de Porto Alegre neste mesmo ano (SÃO PAULO, 2011). Os indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da TB de 2013, referentes às capitais brasileiras, mostraram que Porto Alegre apresentou neste ano a maior porcentagem de abandono do tratamento da doença e está em terceiro lugar com a menor porcentagem de cura, quando comparada com as outras capitais (O CONTROLE..., 2014). Esses dados indicam que o controle da TB em Porto Alegre não está sendo eficaz, o que remete à baixa implementação do TDO no município.

Durante o trabalho de campo da presente pesquisa, vivenciou-se diferentes realidades referentes ao TDO em Porto Alegre. Dos três CR para TB estudados, um não estava realizando o TDO, o outro executava o TDO compartilhado com as equipes da atenção básica e o último realizava TDO e não o compartilhava com os serviços de saúde da atenção básica, no momento. O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, do MS, orienta as seguintes modalidades de supervisão para a implementação do TDO:

Domiciliar, observação realizada na residência do paciente ou em local por ele solicitado; na unidade de saúde, observações em unidades de ESF, UBS, serviço de atendimento de HIV/aids ou hospitalais; prisional, observação no sistema prisional; e, compartilhada, quando o doente recebe a consulta médica em uma unidade de saúde, e faz o TDO em outra unidade de saúde, mais próxima em relação ao seu domicílio ou trabalho (BRASIL, 2011a, p. 29).

Observou-se que, na gerência distrital de Porto Alegre, onde o CR não estava realizando o TDO no momento da pesquisa, outros serviços o realizavam, como UBS e ESF, caracterizando as supervisões nas modalidades Unidade de Saúde e Domiciliar. Uma das profissionais que trabalha nesse CR justificou a ausência de TDO no serviço visto à falta da profissional responsável pela sua operacionalização, que estava em licença. A modalidade Compartilhada foi referida por uma profissional de um CR de outra gerência, conforme a fala abaixo:

[após o diagnóstico de TB] tem a prescrição médica do TDO e a enfermagem faz o contato com a unidade [UBS ou ESF] para informar que vai começar o TDO compartilhado. (Enfermeira de CR 1)

A profissional da Unidade de Saúde responsável pelo TDO compartilhado, referido acima, também foi entrevistada e explicou que eles realizam dois tipos de TDO: o compartilhado, no qual atendem os pacientes do CR, e o da Unidade de Saúde, que são os

pacientes que o próprio serviço diagnostica, visto a autonomia que a descentralização do atendimento à TB proporcionou ao serviço.

A gente fez a capacitação (eu e o médico), onde passaram para nós que o tratamento da TB mais simples a gente faz na unidade. A gente faz o TDO nesses pacientes que são nossos, que nós diagnosticamos com TB, e o TDO naqueles que são acompanhados pelo CR da TB, que recebem a consulta médica e a medicação tudo de lá. (Enfermeira de UBS 1)

A enfermeira do terceiro e último CR para TB estudado, que não compartilhava TDO com as UBS e ESF da sua área de abrangência, justificou o atraso na descentralização do atendimento à TB com a alta rotatividade dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde dessa gerência. Além disso, a participante da pesquisa sugere que a referência e contra-referência de um serviço da atenção básica com o CR para TB não está acontecendo visto a quebra de vínculo entre esses profissionais decorrente dessa rotatividade.

Nós temos problemas porque houve a troca de profissionais, questões administrativas... Então isso está iniciando [a descentralização do atendimento à TB na atenção básica]. Daqui a pouco tu tens uma equipe boa e daqui a pouco troca e perde tudo o que nós fizemos [vínculo com a atenção básica]. (Enfermeira de CR 2)

Segundo Monroe et al. (2008), a debilidade quantitativa e qualitativa de profissionais nas equipes de atenção básica é uma barreira para a incorporação do TDO. Além disso, a rotatividade dos profissionais, muitas vezes relacionada à descontinuidade política-partidária nos sistemas municipais de saúde, prejudica a manutenção de equipes de saúde qualificadas. Outros problemas também estão envolvidos nessa rotatividade, como a fragilidade dos vínculos empregatícios, as precárias condições de trabalho, a falta de reposição de profissionais que se aposentam e a necessidade de suporte em outros locais da rede de atenção à saúde. A rotatividade de profissionais nos serviços de atenção básica pode sugerir um descompasso entre o que o Estado preconiza, com as políticas do SUS, e o que a gestão faz para colocar isto em prática. Por exemplo, a Política Nacional de Atenção Básica sugere que esse nível de atenção precisa considerar nas suas ações os pressupostos da promoção da saúde, enfatizando que a atenção básica deve:

(...) ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da

atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p.9).

Por um lado, espera-se orientar as ações de saúde com base nos princípios de promoção da saúde, mas por outro não há estímulo à qualificação profissional e à estabilidade das equipes de saúde, necessárias para colocar isso em prática. Uma análise semelhante foi referida em um artigo sobre o Acolhimento na Atenção Primária à Saúde, no qual os autores refletiram sobre o desafio de colocar em prática os valores e os princípios que na teoria já estão bem desenvolvidos, como mudanças paradigmáticas do cuidado em saúde que exigem mudanças no processo de trabalho (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Entre as dificuldades para a implementação e conclusão do TDO nos CR também foi destacado pelos profissionais a distância que o usuário precisa percorrer entre seu domicílio e o serviço de saúde para realizar o TDO.

O CR deve ser um suporte das ESF para as segundas linhas [de tratamento da TB]. Acho que no futuro o TDO será melhor implementado quando realmente as ESF e as UBS tratarem a TB, não sendo preciso que a pessoa pegue um ônibus, dois ônibus para vir até aqui tomar a medicação. (Enfermeira de CR 2)

A nossa abrangência [do CR] é muito grande, então [se houvesse a descentralização] os pacientes não fariam o TDO conosco, os pacientes fariam o TDO na unidade mais próxima da sua casa. (Médica de CR 1)

A realização do TDO em serviços de saúde da atenção básica é uma recomendação da OMS, visto a proposta de que este tratamento seja realizado o mais perto possível do contexto social desses doentes (WHO, 2013).

As falas dos profissionais que operacionalizam o TDO sugerem que a realização dessa nova demanda foi imposta, o que acabou forçando sua inclusão no conjunto de atividades já assumidas. Além da questão da rotatividade de pessoal, foram também nomeados como entraves à operacionalização do TDO, o aumento da carga de trabalho, reduzindo a qualidade da atenção e a falta de estrutura dos serviços para atender os pacientes com TB e realizar o TDO, em especial considerando o número insuficiente de profissionais nas equipes.

Nós não temos uma estrutura que nos dá segurança para atender esses pacientes [com TB]... Só que tem essa política [de descentralização] para melhorar né [o controle da TB], já que em Porto Alegre a TB é uma epidemia. (Enfermeira de UBS 1)

A gente faz todo esse trabalho [relacionado ao controle da TB], mas a gente tem todas as outras atividades, milhões e milhões de outras atividades. Se a

gente tivesse uma estrutura mais organizada do serviço e tivesse a figura do agente [Agente Comunitário], melhoraria o atendimento à TB na Unidade. (Enfermeira de UBS 3)

Tendo o agente de saúde, ele poderia ir na casa da pessoa, o que não acontece porque a gente não tem uma cobertura total de agentes de saúde. (Enfermeira de CR 1)

Destaca-se nas falas a valorização do trabalho do agente comunitário, reforçando as recomendações do MS, as quais indicam como uma das atribuições deste profissional a supervisão da tomada das medicações antituberculose (BRASIL, 2011b). A proximidade do agente comunitário com a realidade do usuário deve facilitar a operacionalização do TDO, considerando-se o compartilhamento da cultura local e o possível vínculo com o usuário em tratamento (QUEIROZ et al., 2012).

Estudos brasileiros apontam as mesmas dificuldades para a operacionalização do TDO apresentadas pelos serviços que foram utilizados para o trabalho de campo, destacando-se a deficiência de recursos físicos, humanos e materiais (MONROE et al., 2008; QUEIROZ et al., 2012; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012).

Quanto à deficiência de recursos materiais para operacionalizar o TDO, os participantes da pesquisa referiram a ausência de incentivos para a realização do tratamento. O Manual de Recomendações para Controle da TB no Brasil orienta o “uso de incentivos (lanche, auxílio-alimentação e outros) e facilitadores de acesso (vale-transporte) como motivação para o TDO” (BRASIL, 2011a, p.28). Segundo os dados analisados, o município de PORTO ALEGRE fornece aos serviços de saúde apenas o facilitador de acesso, como ilustram as falas abaixo:

Por enquanto só disponibilizamos o vale-transporte. Eles [o PMCT] estão tentando conseguir os lanches, mas não tem nada concreto até agora. (Enfermeira do CR 1)

Nó já tivemos aqui biscoitos, chá, café doados por ONGs para dar junto com a medicação. (Enfermeira do CR 2)

Existe o vale-transporte e está para chegar os lanches. Cesta básica teve há um tempo, mas depois o programa [PMCT] parou de dar. (Técnico de Enfermagem do CR 2)

Em estudo realizado em Unidades de Saúde do município de São Paulo, os dados indicam que estas unidades forneciam lanche, vale transporte e cesta básica para os usuários

que realizavam o TDO. No entanto, esses benefícios não foram fornecidos regularmente, prejudicando a operacionalização da estratégia. A oferta regular de incentivos é importante na medida em que estes podem promover vínculo, facilitando a adesão do usuário ao TDO (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010). Em outra pesquisa, analisou-se o efeito do incentivo alimentício no desfecho do tratamento de pacientes com TB no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. Concluiu-se que o fornecimento de cestas básicas aumentou significativamente a adesão ao tratamento (CANTALICE FILHO, 2009). Esses dados reforçam a relação entre tuberculose e as precárias condições sociais e econômicas presentes na vida dos doentes, indicando a necessidade da ampliação do olhar profissional para aspectos que extrapolem o âmbito específico e imediato da doença.

O MS reconhece esta necessidade ao afirmar que

O TDO é mais que ver a deglutição dos medicamentos. É necessário construir um vínculo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde. Torna-se também necessário remover as barreiras que impedem a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais (BRASIL, 2011a, p.28).

Todos os sujeitos desta pesquisa associaram o TDO com o ato da observação da tomada da medicação pelo usuário e com o vínculo que ele proporciona.

O TDO é a dinâmica da tomada da medicação e muito está no vínculo que tu faz com o paciente. (Técnico de Enfermagem do CR 2)

TDO não é só a tomada da medicação, é um momento para observar, conversar e tirar dúvidas do paciente. (Enfermeira do CR 1)

TDO é a observação [da tomada da medicação] e eu gosto de comentar, de conversar e de interagir com o paciente. (Técnica de Enfermagem do CR 2)

Quando a gente começa o TDO a gente explica como funciona essa medicação, as reações adversas, a importância do TDO...a gente cria um vínculo, que dá continuidade. (Enfermeira de UBS 1)

“Comentar”, “conversar”, “interagir” e “explicar”, ações referidas nas falas acima, sugerem a presença, na realização do TDO, de diálogo entre usuários e profissionais da saúde e a conseqüente criação de vínculo, o que pode facilitar, não só, a adesão ao tratamento da tuberculose, mas também gerar um espaço de escuta indispensável à prática do cuidado de

uma maneira geral. Como sugere Ayres, diálogo e cuidado em saúde, são faces da mesma moeda e tem o potencial para gerar felicidade e, portanto, saúde.

(...) existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz. (AYRES, 2011, p.63)

Com a crise da saúde - ou crise da saúde pública ou crise do modelo assistencial, referida nas propostas da “promoção da saúde” e da “saúde da família”- surgem oportunidades de resgatar a importância das relações entre saúde e relações sociais, e renovar a noção de sujeito. Assim, o usuário pode deixar de ser um sujeito passivo e passar a ser participativo (AYRES, 2011). Como visto nas falas abaixo, os dados mostraram que em alguns casos a equipe de saúde se organiza para o TDO ser realizado pelo profissional de saúde que tem mais proximidade com o usuário. Além disso, combinações entre profissional e usuário foram relatadas para modificar horários e/ou quantidade de dias por semana para a supervisão.

A equipe combinou que quem realiza o TDO é quem tem mais vínculo com o usuário. (Enfermeira de ESF 3)

A gente faz o TDO de segunda à sexta feira, às cinco da tarde. Mas já teve dois pacientes que vinham de manhã, porque eles trabalhavam. (Enfermeira de UBS 1)

Na prática tu tens que flexibilizar, isso é uma estratégia que eu, a médica e os técnicos adotamos... Tem uns pacientes que não dá para abrir mão, tem que vir cinco vezes na semana, mas outros que podem vir três vezes, duas vezes na semana [por causa das longas distâncias entre o CR e o domicílio do usuário]. (Enfermeira do CR 2)

Os manuais do MS aceitam a operacionalização da estratégia três vezes por semana, quando estritamente necessário, visto a realidade do usuário e do serviço de saúde (BRASIL, 2011a, 2011b). Outra adaptação existente em um dos serviços de saúde estudados e reforçada por uma das gestoras é a indicação do TDO para um perfil específico de usuário.

A questão do TDO é principalmente para aqueles pacientes mais difíceis de aderir ao tratamento. (Gestora 2)

Na verdade o preconizado pelo MS é a gente fazer o TDO em todos os pacientes, mas não é a nossa realidade. (Médica do CR 1)

Os pacientes que têm vulnerabilidade social e abandonos prévios a gente tem mais forte indicação [para o TDO]. A gente teria que indicar para todos, mas em função de horário (horário de trabalho dos pacientes e funcionamento do posto) muitos acabam não aceitando fazer. (Enfermeira do CR 1)

Provavelmente indica-se o TDO a um grupo específico, ao invés de para todos os casos novos da doença, devido à precariedade de recursos para a operacionalização da estratégia e/ou aos usuários que se recusam a aderir o TDO, como referido nas falas acima. Os usuários mais vulneráveis e sujeitos ao abandono do tratamento são os que recebem a indicação. Conforme as participantes do estudo, os usuários mais vulneráveis são:

Os pacientes indicados para o TDO: usuários de crack, baixa escolaridade, os pacientes com abandono prévio, os que tem HIV positivo, os moradores de rua, os egressos do presídio. (Enfermeira do CR 1)

A gente acaba tentando identificar grupos mais indicados de fazer o TDO, que seriam aqueles grupos de risco. (Médica do CR 1)

Um estudo realizado em uma Unidade Sanitária de referência para TB em Porto Alegre revelou associação do insucesso no tratamento em pacientes com a presença do HIV e com escolaridade mais baixa (PAIVA; PEREIRA; MOREIRA, 2011). Outros dados sobre grupos mais vulneráveis à TB, no Brasil, são: moradores de rua - 67 vezes mais vulneráveis à doença do que a população geral; parcela da população que vive com HIV/aids - 30 vezes mais vulnerável; população privada de liberdade - 27 vezes mais vulnerável e população indígena - 4 vezes mais vulnerável (BARREIRA, 2012).

Como referido nos manuais do MS e na literatura, o TDO tem potencial para interferir nas barreiras que impedem a adesão, visto a proximidade que ele proporciona entre os profissionais de saúde e os usuários. Ações de promoção da saúde são recomendadas junto a essa estratégia (O CONTROLE..., 2014; QUEIROZ et al., 2012; TERRA; BERTOLOZZI, 2008). A seguir serão abordadas as convergências entre as ações de promoção da saúde desenvolvidas nos serviços de saúde com o que é preconizado nos manuais do MS.

5.1.3 É preciso ampliar: “não existe solução mágica para a tuberculose”

A análise sugere que os profissionais entrevistados reconhecem os desafios da atenção aos usuários com TB. Nas suas falas emerge também a consciência dos limites dos modos tradicionais de abordagem e da necessidade de se ampliar esta atenção, tendo em conta os

condicionantes socioeconômicos envolvidos no processo de adesão ao tratamento. Neste sentido, as falas remetem à lógica da promoção da saúde, enfatizando a importância da intersetorialidade e da valorização de espaços não institucionalizados para o cuidado da saúde dos usuários com TB.

A publicação do MS “Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica” também remete à lógica da promoção da saúde, quando aponta algumas estratégias nesse âmbito, são elas: participação comunitária; empoderamento da comunidade; promoção da cidadania para executar ações intersetoriais de melhoria das condições de saúde e vida das pessoas; articulação com a área cultural da sociedade; educação em saúde sobre a TB na comunidade; parcerias com organizações não governamentais; articulação com outras políticas públicas, como as da assistência social (BRASIL, 2011b).

No âmbito nacional, ações desse tipo já estão sendo realizadas. O PNCT tem fortalecido parcerias intra e intersetoriais, como a criação da Frente Parlamentar de Luta contra a Tuberculose, inserindo esse tema no Congresso Nacional; e, a Subcomissão Especial no Poder Legislativo Federal, destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza. Ademais, ressalta-se a parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que está permitindo quantificar os casos de TB em vulnerabilidade social, conhecer a situação socioeconômica deles e estimar as lacunas na atenção a esta população, para planejar novas estratégias (O CONTROLE..., 2014).

No âmbito municipal foram referidas parcerias no controle da TB, como: a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC); Centros de Referência de Atendimento Social (CRAS); departamentos da população negra, do HIV/aids, da saúde mental e da nutrição, pertencentes à secretaria da saúde de PORTO ALEGRE; escolas; terreiros; movimento da população de rua; e, o Programa de Educação Tutorial (PET)⁶ Saúde Indígena.

Nosso grande parceiro hoje é a FASC. Temos também como parceiros uma escola aqui na cidade baixa que atende a população de rua e dentro da secretaria outras políticas, como da população negra, da DST/aids, da saúde mental e da nutrição. (Gestora 1)

Para os pacientes que tem problemas sociais a gente sempre aciona o CRAS. (Médica do CR 3)

⁶ O PET é desenvolvido por grupos de estudantes, com tutoria de um docente, organizados a partir de formações em nível de graduação nas Instituições de Ensino Superior do País orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e da educação tutorial (BRASIL, 2014c)

Tem um movimento da população de rua, eles são bem organizados, e esse projeto [projeto de TDO com os moradores de rua] foi construído com a parceria deles. (Gestora 1)

Temos 80 indígenas na nossa área, então estamos com um projeto do PET Saúde Indígena. (Gestora 2 – CR 3)

A gente faz um trabalho nos terreiros aqui na comunidade para trabalhar a questão da TB. (Enfermeira de UBS 3)

Conforme as falas acima, três projetos relacionados à TB estão sendo desenvolvidos com populações específicas: moradores de rua, indígenas e população negra. A literatura aponta esses grupos, junto com as pessoas privadas de liberdade e aquelas vivendo com HIV/aids, como os mais vulneráveis à doença. Essas populações são consideradas com maior vulnerabilidade social devido às más condições de vida (como moradia precária, desnutrição e dificuldade de acesso aos serviços públicos) e aos seus comprometimentos imunológicos (O CONTROLE..., 2014). Os profissionais entrevistados estão cientes das condições de vida dos usuários que atendem, do perfil dos doentes de TB da sua região e dos indivíduos que apresentam maior dificuldade na adesão ao tratamento.

Aqui a realidade é complicada. Os pacientes com TB tem baixa escolaridade, vulnerabilidade social, são pacientes que usam crack, que são alcoolistas, que geralmente tem o HIV e que moram em situações que facilitam o contágio da TB. (Enfermeira de UBS 1)

Nós temos muitas invasões [moradias irregulares] aqui... nós temos um arroio que todo mundo chama de valão, onde tem lixo acumulado e as famílias se posicionam ao redor dele. São famílias de vulnerabilidade social extrema, que moram aglomeradas em pequenas peças...quatorze, quinze pessoas morando no mesmo espaço. (Enfermeira de UBS 3)

A gente fez um estudo do perfil dos nossos pacientes com TB, e eles são a maioria homens, maioria de raça negra, com índice de escolaridade baixíssimo, renda econômica bem baixa, a maioria trabalha informalmente, muitos usuários de drogas, co-infectados (TB/HIV) e que vivem em condições de moradia muito ruins. (Gestora 2 – CR 3)

Não existe solução mágica para a TB, nós temos pacientes com coinfeção [TB/HIV], alta taxa de usuários de crack, e taxa de abandono do tratamento muito alta. (Enfermeira do CR 2)

Um estudo sobre a distribuição espacial da TB e os determinantes sociais no município de Porto Alegre identificou que a característica de pobreza urbana com altos

índices de violência foi extremamente associada à doença, além da variável residência com mais de seis moradores. Além disso, a cidade apresenta uma taxa de incidência de TB pulmonar bacilífera oito vezes maior nas áreas mais carentes, quando comparado com os bairros menos carentes. A conclusão do estudo foi que a TB pulmonar bacilífera é determinada pelas condições sociais de vida na cidade, portanto um indicador de iniquidade (ACOSTA, 2008).

As falas acima corroboram com o estudo citado, que a TB é uma doença influenciada pelos DSS. No entanto, mesmo havendo esse reconhecimento por parte das estratégias mundiais de controle da doença, quando identificam os grupos mais vulneráveis, por exemplo, não há ações para tratar desses fatores (BLAS; KURUP, 2010). Lembrando que os DSS são entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006; BLAS; KURUP, 2010).

O artigo *“Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants”*, publicado pela OMS em 2010, enfatiza que as metas de controle da TB não serão alcançadas se não houver ações nos DSS; e que essas intervenções não são apenas de responsabilidade dos programas nacionais de TB, mas de outros programas públicos e entidades. A história tem mostrado que reduções dramáticas da doença ocorrem quando há avanços econômicos, sociais e médicos; e estudos recentes, sugerem que para manter as metas de controle da TB, em longo prazo, ações curativas e preventivas, que lidam com a vulnerabilidade à infecção do bacilo da TB, devem ser realizadas concomitantemente e de modo complementar (BLAS; KURUP, 2010).

Esta pesquisa corrobora com as considerações de Rocha e Adorno (2012) que referem que, no momento que enxerga-se a TB como um problema social, realiza-se seu tratamento além dos serviços de saúde, ampliando seu campo de atuação da área da saúde pública para o da justiça social. Além disso, a TB é o reflexo da desigualdade social existente no Brasil, expondo a dificuldade de o Estado colocar em prática a sua Constituição de 1988, “que professa uma doutrina universalista de promoção dos direitos à saúde, à moradia, ao emprego e ao bem-estar social para todos os cidadãos”, para grande parte da sua população (ROCHA; ADORNO, 2012, p. 244).

O trecho da fala da Enfermeira do CR 2, acima, *“não existe solução mágica para a TB”* infere, pela noção de mágica, a consciência da profissional dos seus limites de ações de cuidado e dos limites de apenas um serviço, sem articulação com outros setores, tratar a TB. Além dessa fala, duas gestoras entrevistadas também referiram dificuldade em enxergar e

realizar ações que extrapolam o setor saúde e abarquem as vulnerabilidades dos doentes de TB, no sentido de promover a saúde.

Eu acho o TDO uma ferramenta importante para trabalhar com a vulnerabilidade, mas hoje eu não tenho clareza desse link. (Gestora 2)

Se a gente chegar na etapa da promoção, já vamos nos sentir realizados enquanto política de saúde. (Gestora 1)

Trabalhar com as necessidades de saúde dos usuários, considerar suas vulnerabilidades e realizar ações de promoção da saúde fazem parte das “novas” demandas dos profissionais de saúde. “Novas” porque apesar de já estarem presentes em documentos oficiais, há quase três décadas, desde o movimento da Promoção da Saúde e da Carta de Ottawa, sua prática ainda é um desafio. A ruptura com paradigmas tradicionais proposta pela promoção da saúde e incorporada ao conjunto de princípios do SUS, questionando o modelo assistencial medicalizante, exige mudanças na cultura que permeia, não só o meio social, mas também, os cenários institucionais (TESSER, 2010).

Para realizar ações de promoção da saúde, portanto ações que incluam aspectos de determinação social do processo saúde-doença-atenção, evitando a tendência medicalizante e controladora da simples prescrição de comportamentos e/ou medicações (já conhecidos como pouco efetivos) é necessário implementar mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde, destacando-se a EPS para auxiliar nesse processo (TESSER, 2010; GONZÁLES et al., 2008; QUEIROZ et al., 2012; VIEIRA; RIBEIRO, 2008; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012).

Para finalizar esta análise, acredita-se que os trechos das falas dos participantes da pesquisa escolhidos como títulos das subcategorias deste trabalho refletem os obstáculos existentes, ainda, no município de Porto Alegre para a implementação do TDO nos serviços de referência da TB. A análise permite argumentar que a operacionalização do TDO está muito relacionada com a gestão dos serviços de saúde e requer investimentos tanto da ordem material, quanto humana.

O perfil dos doentes de TB e a alta incidência da doença em Porto Alegre, referidos no decorrer da pesquisa, evidenciam que as ações para o controle da TB precisam extrapolar o campo biológico, investindo em ações intersetoriais que deem conta das necessidades de sobrevivência dos usuários usualmente acometidos de TB. Nos depoimentos dos profissionais são mencionados projetos de intervenção na problemática da tuberculose que vem sendo

implementados no município conforme esta perspectiva, demonstrando que já existe certo movimento em direção à promoção da saúde dos usuários com esta doença. Também a intersetorialidade foi referida como presente nas ações desenvolvidas neste campo. Neste sentido, é necessário reconhecer que, apesar dos desafios, há uma acomodação em termos do que tradicionalmente vem sendo feito e a proposição de estratégias inovadoras. Contudo, considerando o conjunto de ações que vem sendo realizadas, ainda é pouco explorada a potência destes projetos para a realização do TDO.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estratégias para controlar a TB e tratamentos antituberculose estão em constante evolução, mas devido ao controle da doença não se tratar apenas da morte do bacilo causador da TB, ainda há necessidade de inovações para lidar com esse problema.

Investimentos no controle da TB requerem análises prévias de tudo que está envolvido no processo de produção e reprodução da doença. Sabe-se que ela é uma doença de natureza social, influenciada pelos DSS, o que implica a necessidade de intervenção em situações de vida marcadas por precariedades. Nesta perspectiva, pode-se argumentar que para controlar e/ou erradicar a TB é imprescindível ampliar o foco das ações de saúde para além do diagnóstico e tratamento, trazendo para o escopo da atenção estratégias de promoção da saúde.

No campo da atenção à TB, o TS vem sendo enfatizado como uma alternativa aos modos tradicionais de controle da doença, uma vez que inclui, não só, o ato mecânico e objetivo de tomada da medicação, mas, também a necessidade de aproximação e estabelecimento de vínculo entre o doente e o profissional que o atende. A inclusão do TS no conjunto de ações para o controle da doença favorece, assim, uma maior aproximação ao cotidiano do usuário, melhorando as condições para a adesão ao tratamento e para o desenvolvimento de ações promocionais. Porto Alegre é conhecida no Brasil como uma das capitais brasileiras com os piores indicadores de TB: a incidência é alta, a taxa de cura é baixa e a taxa de abandono do tratamento, em 2013, foi a maior entre as capitais brasileiras. Com base nesses pressupostos, realizou-se uma investigação para analisar o modo como vem sendo implementado o TS da TB pulmonar no município de Porto Alegre, identificando suas aproximações com as ações de Promoção da Saúde recomendadas/sugeridas pelo PNCT.

A pesquisa foi desenvolvida numa abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, contando como participantes profissionais envolvidos na gestão e no atendimento de usuários com TB na atenção básica e em CR para a doença. De oito GDs existentes no município, três foram incluídas neste estudo. A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas e de documentos oficiais e manuais técnicos de controle da TB. A análise dos dados foi do tipo temática, e os resultados obtidos deram conta do objetivo proposto.

Do processo analítico emergiu uma categoria principal “O Cenário do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose em Serviços de Saúde de Porto Alegre” que se

dividiu em três subcategorias “As palavras das gestoras: *nossa fala é a fala do Ministério*”, “A consciência dos limites da prática: *TDO não é a nossa realidade*” e “É preciso ampliar: *não existe solução mágica para a tuberculose*”.

A análise permitiu concluir que a territorialização do município, a presença de equipes de monitoramento e a descentralização das ações de controle da TB correspondem a marcadores de gestão em saúde de Porto Alegre.

Embora a TB seja uma das prioridades em saúde do município, havendo metas anuais para o seu controle, a análise evidenciou a descentralização tardia do tratamento da TB dos CR para os serviços da atenção básica, quando comparada com outros municípios brasileiros. Neste sentido, questiona-se o modo como essa descentralização vem sendo implantada em Porto Alegre, especialmente com relação ao pressuposto que parece embasar a avaliação sobre a competência das equipes para efetivá-la, o qual confere demasiado valor para a participação dos profissionais em capacitações pontuais, propostas de modo vertical, sem a devida articulação com a realidade que constitui seu cenário de atuação.

Outro aspecto importante a destacar foram as barreiras existentes para a implementação do TDO nos serviços de saúde analisados. A baixa cobertura de TDO em Porto Alegre pode estar relacionada à rotatividade de profissionais nos serviços, prejudicando a continuidade do cuidado e a manutenção de equipes qualificadas; ao aumento da carga de trabalho, ao número insuficiente de profissionais nas equipes e à falta de incentivos para o TDO – como lanches, auxílio alimentação, cesta básica – interferindo na operacionalização desse tratamento e na sua adesão por parte dos usuários.

Esta precarização do trabalho em saúde pode estar sendo gerada por uma “iatrogenia” do sistema, das políticas de saúde e das recomendações dos documentos oficiais. Exige-se a implementação de um modelo de atenção integral aos usuários do SUS, no entanto os investimentos não são suficientes para sustentar este modelo.

A análise permite concluir que, a experiência dos profissionais envolvidos com o TDO em Porto Alegre corrobora o pressuposto inicial de que a criação do vínculo entre usuário e profissional da saúde e/ou usuário e serviço de saúde, a partir da realização do TDO, pode gerar um cuidado promotor de saúde. Nas falas dos profissionais referentes ao cuidado prestado ao usuário com TB, foi possível identificar a presença da lógica da promoção da saúde, nas suas referências à necessidade do acionamento de uma rede de apoio intra e intersetorial para os usuários doentes e o desenvolvimento de projetos de cuidado para as populações mais vulneráveis. Contudo, considerando o conjunto de ações que vem sendo realizadas, ainda é pouco explorada a potência destes projetos para a realização do TDO.

As precárias condições de vida dos indivíduos com TB, suas vulnerabilidades e perfis socioeconômicos são conhecidos pelos profissionais da saúde que os atendem. No entanto, trabalhar tendo em conta os DSS não é uma realidade nos serviços de saúde, predominando entre os profissionais entrevistados a consciência dos limites das suas ações. Neste sentido, é importante destacar que, na maioria das vezes, os participantes da pesquisa enfocaram estes limites relacionando suas análises das situações vividas pelos usuários com TB a problemas de estilo de vida, o que acabava simplificando a realidade em função da pouca valorização dada aos DSS.

A pesquisa evidenciou o papel predominante da equipe de enfermagem na implementação do TS da TB em Porto Alegre. Dos 9 sujeitos da pesquisa, 8 eram da equipe de enfermagem, que na sua maioria eram enfermeiros. Além disso, cabe ressaltar, que as gestoras entrevistadas eram enfermeiras. Essa observação reforça o quanto o tema TB é importante para essa área, visto sua presença tanto na formulação de políticas públicas que incorporem novas metodologias para melhorar a adesão ao tratamento da TB e a cura dos doentes, como para colocar essas políticas em prática. Também no desenvolvimento de ações interdisciplinares, como é o caso da implementação de projetos de atenção a grupos mais vulneráveis à doença, o trabalho da Enfermagem foi destacado. Ao finalizar este trabalho destaca-se a contribuição do estudo para o campo da saúde, em geral, e o da enfermagem em particular, especialmente no que diz respeito à interação entre os temas promoção da saúde, TB e TS, uma combinação que inexiste do ponto de vista de produção de conhecimento no cenário de Porto Alegre.

Quanto às limitações deste trabalho, pode-se destacar a seleção de serviços de saúde presentes em apenas três das oito GD existentes. A quantidade de profissionais entrevistados e a não inclusão dos usuários como sujeitos da pesquisa, também podem ser uma limitação do estudo. Neste sentido, recomenda-se a realização de novas pesquisas que contemplem outros aspectos da problemática do TDO ou que aprofundem os que foram estudados. Como a implementação do TDO nos serviços de saúde gera uma mudança no processo de trabalho, indica-se, também, a necessidade do desenvolvimento de ações de EPS com as equipes de saúde, para aumentar a cobertura dessa estratégia no município. Sugere-se, também, pesquisas sobre a descentralização do atendimento à TB em Porto Alegre, para avaliar sua eficácia quanto aos indicadores da doença no município.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Lisiane Morelia Weide. **O Mapa de Porto Alegre e a tuberculose: distribuição espacial e determinantes sociais**. 2008. 72 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- AMARAL, Arino Sales do et al. Avaliação da descentralização do Programa de Controle da Tuberculose do nível secundário para o nível primário do Sistema de Saúde de Dourados-MS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p.794-802, 2010.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; WALDMAN, Eliseu Alves; MORAES, Mirtes de. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 367-379, 2000.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2011.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARREIRA, Draurio. **Situação epidemiológica e política de controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2012. 64 slides. Documento apresentado ao V Encontro Nacional de Tuberculose e ao II Fórum da Parceria Brasileira, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<https://docs.google.com/folder/d/0B0CE2wqdEaR-UnNuOHBdUvhyTG8/edit?pli=1#docId=0B0CE2wqdEaR-eXY5TS1jWDViaXc>>. Acesso em: 06 dez. 2012.
- BARREIRA, Ieda de Alencar. **A Enfermeira-Ana Néri no “país do futuro”**: a aventura da luta contra a tuberculose. 1992. 355f. Tese (Doutorado)-Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 493-522, nov. 1999/fev. 2000.
- BLAS, Erik; KURUP, Anand Sivasankara (Eds.). **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva: World Health Organization, 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 abr. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 22 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa. Resolução nº 196/96. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino/serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Plano estratégico para controle da tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS: ParticipaSUS**. Brasília, DF, 2009a.

_____. 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, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília, DF, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação: Acre**. 5 ed. Brasília, DF, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação: Rio Grande do Norte**. 5 ed. Brasília, DF, 2011e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. **Atenção básica e a saúde da família: histórico de cobertura do PSF**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Bienestar, salud pública y cambio social. In: BRICEÑO-LEÓN, Roberto; MINAYO, Maria Cecilia de Souza; COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 15-24.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, set. 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CANTALICE FILHO, João Paulo. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 35, n. 10, p. 992-997, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: um desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CLEMENTINO, Francisco de Sales; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 584-590, out/dez, 2010.

COSTA NETO, Claudio. **Tuberculose e miséria**. Rio de Janeiro: Nova Razão Cultural, 2011.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DYE, C et al. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. **Bull. World Health Organ.**, Geneva, v. 87, no. 9, p. 683-691, Sept. 2009.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade. **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

GAZETTA, Cláudia Eli et al. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 192-198, 2007.

GONÇALVES, Helen. **Peste branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2002.

GONZÁLES, Roxana Isabel Cardozo et al. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 628-634, 2008.

HARGREAVES, James R. et al. The Social determinants of tuberculosis: from evidence to action. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 101, no. 4, p. 654-662, Apr. 2011.

HIJJAR, Miguel Aiub et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 50-58, 2007.

HINO, Paula et al. Padrões espaciais da tuberculose e sua associação à condição de vida no município de Ribeirão Preto. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4795-4802, 2011.

IGNOTTI, Eliane et al. Análise do programa de controle da tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 287-294, 2007.

KICKBUSCH, Ilona. The Contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 93, no. 3, p. 383-388, Mar. 2003.

KICKBUSCH, Ilona. The move towards a new public health. **Promot. Educ.**, London, Suppl. 2, p. 9, 2007.

LAVOR, Adriano de. Ainda uma doença negligenciada. **RADIS Comunic. Saúde**, Rio de Janeiro, n. 69, p. 18-20, maio 2008.

LLANOS-ZAVALAGA, Luis F. et al. Tuberculosis y salud pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos?. **Rev. Peru Med. Exp. Salud Publica**, Lima, v. 29, n. 2, p. 259-264, 2012.

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. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 144-157, 2009.

MARREIRO, Leni da Silva et al. Tuberculose em Manaus, estado do Amazonas: resultado de tratamento após a descentralização. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 237-242, jul-set. 2009.

MELO, F. A. F. et al. Tuberculose in: VERONESI, Ricardo. **Tratado de infectologia**. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu, 2009.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MONROE, Aline Aparecida et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NAST, Karoline. **Fatores que influenciam a adesão e o abandono ao tratamento da tuberculose: revisão integrativa**. 2011. 53 f. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

O CONTROLE da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Bol. Epidemiol.**, Brasília, v. 44, n. 2, p. 1-13, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A Estratégia Stop TB**. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2014.

PAIVA, Veronica da Silva; PEREIRA, Marisa; MOREIRA, José da Silva. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar em unidade sanitária de referência em Porto Alegre, RS. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 2, p. 113-117, abr-jun. 2011.

PAIXÃO, Lúcia Miana M.; GONTIJO, Eliane Dias. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007.

PAZ, Letícia Nazareth Fernandes da et al. Efetividade do tratamento da tuberculose. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 503-510, 2012.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2080-2081, nov. 2011.

PORTO ALEGRE. Equipe da Vigilância de Doenças Transmissíveis. Núcleo de Vigilância das Doenças Transmissíveis Crônicas. Projeto tuberculose 2007. **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre, ano IX, n. 33, p. 8, maio 2007.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Porto Alegre, 2010.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação anual de saúde – PAS 2013**. Porto Alegre, 2012a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de Controle da Tuberculose. **Visita de monitoramento PMCT**. Porto Alegre, 2012b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Análise epidemiológica da tuberculose em Porto Alegre no período de 2001 a 2011, com destaque à situação epidemiológica de 2011.** Porto Alegre, 2012c.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis. **Vigilância epidemiológica da tuberculose em Porto Alegre.** Porto Alegre, 2012d.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014-2017.** Porto Alegre, 2013.

QUEIROZ, Elisangela Martins de et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 1-8, mar/abr. 2012.

QUEIROZ, Elisangela Martins de; BERTOLOZZI, Maria Rita. Tuberculose: tratamento supervisionado nas coordenadorias de saúde norte, oeste e leste do município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 453-461, 2010.

RASANATHAN, Kumanan et al. The social determinants of health: key to global tuberculosis control. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, Paris, Suppl. 2, p. s30-s36, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Hospital Sanatório Partenon.** [Porto Alegre, 2013] Disponível em:
<[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/639/?Hospital_Sanatório_Partenon_\(HSP\)](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/639/?Hospital_Sanatório_Partenon_(HSP))>. Acesso em: 23 jan. 2013.

ROCHA, Danúzia da Silva; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 232-245, 2012.

RUFFINO-NETTO, Antonio; VILLA, Tereza Cristina Scatena (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais.** [Ribeirão Preto]: Instituto do Milênio REDE TB, 2006.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Boletim TB 2011.** São Paulo, 2011.

SANTOS, Joseney. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 89-94, 2007.

SANTOS, Maria de Lourdes Sperli Geraldês et al. Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. esp, p. 762-767, 2007.

SOARES, Paulo Pedro. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. **Hist. Cienc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.127-134, jul/out. 1994.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

TERRA, Maria Fernanda; BERTOLOZZI Maria Rita. Tratamento diretamente supervisionado (dots) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 4, p. 659-664, 2008.

TESSER, Charles Dalcanale (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3615-3624, 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VICENTIN, Genésio; SANTO, Augusto Hasiak; CARVALHO, Marília Sá. Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 7, n. 2, p. 253-263, 2002.

VIEIRA, Amadeu Antonio; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 159-166, 2008.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 98-104, 2008.

WENDLING, Ana Paula Barbosa; MODENA, Celina Maria; SCHALL, Virgínia Torres. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 77-85, jan-mar. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **TB a global emergency**. 1994. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_TB_94.177.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report: WHO report 2013**. Geneva: 2013a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion**. Disponível em: <http://www.who.int/topics/health_promotion/en/>. Acesso em: 21 out. 2013b

YAMAMURA, Mellina et al. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 35, no. 4, p. 270-277, 2014.

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista com o Coordenador do Programa Municipal de Controle da Tuberculose

Entrevista nº.: _____ **Data:** _____ **Local:** _____

Identificação

1. Iniciais:
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Idade:
4. Categoria profissional:
5. Tempo de atuação como coordenador:

Tratamento Supervisionado – implementação e funcionamento

1. Qual a finalidade do TS?
2. Quando começou o TS nos serviços de Porto Alegre?
3. Todos os serviços de controle da TB de Porto Alegre realizam o TS?
4. Que ações de capacitação são previstas para preparar os profissionais que realizam o TS?
5. Quais atividades integram o TS?
6. Quais são as potencialidades do TS para aumentar a adesão ao tratamento?
7. Quais são as limitações do TS?
8. O Sr(a) acredita que o TS contribui para a promoção da saúde? Por quê?
9. Quais desses aspectos são considerados na implementação do TS: classe social, escolaridade, alimentação, moradia e acesso a serviços e bens públicos? Como?

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista com os Profissionais de Saúde

Entrevista nº.: _____ **Data:** _____ **UBS/Local:** _____

Identificação

1. Iniciais:
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Idade:
4. Categoria profissional:

Tratamento Supervisionado – implementação e funcionamento

1. Qual a finalidade do TS?
2. Há quanto tempo você realiza o TS?
3. Você recebeu capacitação para realizar o TS?
4. Qual a sua avaliação sobre esta capacitação?
5. Quais atividades integram o TS que você vem realizando?
6. Qual a periodicidade da supervisão?
7. Qual o local da supervisão?
8. Há incentivos como cesta básica e vale transporte para o TS?
9. Quem são os sujeitos/candidatos ao TS?
10. Quando o doente falta ao TS, qual a conduta?
11. Quais são as potencialidades do TS para aumentar a adesão ao tratamento?
12. Neste mesmo sentido quais são suas limitações?
13. O Sr(a) acredita que o TS contribui para a promoção da saúde? Por quê?
14. Quais desses aspectos são considerados na implementação do TS: classe social, escolaridade, alimentação, moradia e acesso a serviços e bens públicos? Como?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Coordenadores**Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS****Escola de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****(Coordenadores)**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“O TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS COM RELAÇÃO À PROPOSTA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE”**. Trata-se da dissertação de mestrado da aluna Karoline Nast, que tem como orientadora/pesquisadora responsável a Profa. Dra. Dora Lúcia de Oliveira. **Se você precisar esclarecer dúvidas sobre a sua participação neste estudo, poderá contatar as pesquisadoras pelo endereço, telefone e e-mail para contato: Escola de Enfermagem da UFRGS**, com endereço na Rua São Manoel, nº 963, Sala 208, Bairro Rio Branco, CEP 90620-110 - telefone (51) 3308.5481, e-mail karolnast@sinos.net e dora@enf.ufrgs.br.

Os dados coletados serão necessários para que a pesquisadora possa registrar a implementação do tratamento supervisionado da tuberculose no município de Porto Alegre e suas convergências e divergências com relação à promoção da saúde. Para obter essas informações a pesquisadora realizará uma entrevista com você na data, hora e local de sua preferência, sendo agendados anteriormente. A entrevista será gravada e a gravação será destruída após cinco anos. A duração da entrevista será de no máximo 50 minutos. Cabe ressaltar que a entrevista terá perguntas em aberto.

Os dados coletados terão como única finalidade fornecer informações para a dissertação e para artigos que deles resultem. Em nenhum momento a pesquisadora poderá colocar seu nome verdadeiro na dissertação ou artigo. Da mesma forma, este material não poderá ser vendido e/ou divulgado de forma a lhe prejudicar. Os dados obtidos da entrevista serão confidenciais, sendo preservada a sua identidade.

No entanto, os Serviços de Saúde estudados serão identificados, podendo, devido ao cargo que você ocupa, sua identidade ser deduzida pelo leitor do relatório da pesquisa ou dos produtos que dela resultarem. Você deve levar isto em consideração ao aceitar participar desse estudo.

Sua participação é voluntária e, se você desejar, poderá desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, não havendo qualquer tipo de prejuízo. A pesquisa tem como risco a possibilidade de você ficar constrangido em responder a alguma pergunta. Caso isso aconteça, você tem o direito de se negar a respondê-la.

As informações, geradas por meio deste estudo, poderão contribuir para a compreensão e melhoramento do Tratamento Supervisionado da Tuberculose no município de Porto Alegre.

Uma via deste consentimento ficará com você e outro com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas não esclarecidas de forma adequada pelo(s) pesquisador(es), de discordância com os procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética você poderá ainda contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS**, com endereço na Avenida Paulo

Gama, nº 110, 7º andar, CEP 90040-060 – telefone (51)3308-3738; e(ou) o **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**, com endereço na Rua Capitão Montanha, nº 27, 7º andar (Centro Histórico) – telefone (51)3289-5517.

Eu, _____, informo que fui esclarecido (a), de forma ampla e detalhada e aceito participar da pesquisa.

Ass. da pesquisadora responsável

Ass. Participante

Data: ___/___/___

**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) –
Trabalhadores de Saúde**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Escola de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“O TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS COM RELAÇÃO À PROPOSTA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE”**. Trata-se da dissertação de mestrado da aluna Karoline Nast, que tem como orientadora/pesquisadora responsável a Profa. Dra. Dora Lúcia de Oliveira. **Se você precisar esclarecer dúvidas sobre a sua participação neste estudo, poderá contatar as pesquisadoras pelo endereço, telefone e e-mail para contato: Escola de Enfermagem da UFRGS**, com endereço na Rua São Manoel, nº 963, Sala 208, Bairro Rio Branco, CEP 90620-110 - telefone (51) 3308.5481, e-mail karolnast@sinos.net e dora@enf.ufrgs.br.

Os dados coletados serão necessários para que a pesquisadora possa registrar a implementação do tratamento supervisionado da tuberculose no município de Porto Alegre e suas convergências e divergências com relação à promoção da saúde. Para obter essas informações a pesquisadora realizará uma entrevista com você na data, hora e local de sua preferência, sendo agendados anteriormente. A entrevista será gravada e a gravação será destruída após cinco anos. A duração da entrevista será de no máximo 50 minutos. Cabe ressaltar que a entrevista terá perguntas em aberto e após sua entrevista a pesquisadora avaliará o prontuário de usuários do Serviço de Saúde para complementar os dados.

Em nenhum momento a pesquisadora poderá colocar seu nome verdadeiro na dissertação e nos artigos que dela resultem. Da mesma forma, este material não poderá ser vendido e/ou divulgado de forma a lhe prejudicar. Os dados obtidos da entrevista e dos prontuários dos usuários do Serviço de Saúde serão confidenciais, sendo preservada a sua identidade.

Sua participação é voluntária e, se você desejar, poderá desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, não havendo qualquer tipo de prejuízo. A pesquisa tem como risco a possibilidade de você ficar constrangido em responder a alguma pergunta. Caso isso aconteça, você tem o direito de se negar a respondê-la.

As informações, geradas por meio deste estudo, poderão contribuir para a compreensão e melhoramento do Tratamento Supervisionado da Tuberculose no município de Porto Alegre.

Uma via deste consentimento ficará com você e outro com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas não esclarecidas de forma adequada pelo(s) pesquisador(es), de discordância com os procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética você poderá ainda contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS**, com endereço na Avenida Paulo Gama, nº 110, 7º andar, CEP 90040-060 – telefone (51)3308-3738; e(ou) o **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**, com endereço na Rua Capitão Montanha, nº 27, 7º andar (Centro Histórico) – telefone (51)3289-5517.

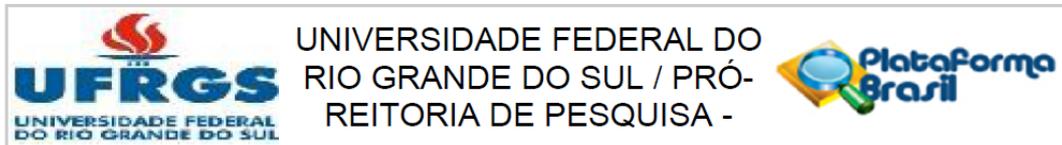
Eu, _____, informo que fui esclarecido (a), de forma ampla e detalhada e aceito participar da pesquisa.

Ass. da pesquisadora responsável

Ass. Participante

Data: ___/___/___

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O tratamento supervisionado da tuberculose no município de Porto Alegre: convergências e divergências com relação à proposta da promoção da saúde

Pesquisador: Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17373813.4.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 386.165

Data da Relatoria: 29/08/2013

Apresentação do Projeto:

Adequadamente apresentado.

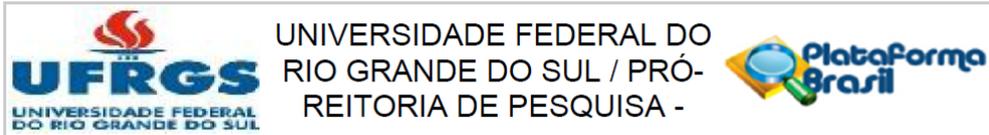
Objetivo da Pesquisa:

Analisar o modo de implementação do tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar no município de Porto Alegre, considerando suas convergências e divergências com relação à Promoção da Saúde; identificar como se dá a gestão do processo de implementação do tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar em Porto Alegre; conhecer como é operacionalizado o tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar nos Serviços de Saúde selecionados no que diz respeito aos atores envolvidos, ao local onde ele é realizado, ao tempo de duração e periodicidade de cada abordagem e à existência de incentivos; caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários em tratamento supervisionado nos Serviços de Saúde selecionados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O texto original do protocolo que referia ausência de riscos foi corrigido e adequado ao TCLE onde os pesquisadores referem desconfortos eventuais ao responder questionários e ser entrevistado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 386.165

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será de caráter qualitativo do tipo exploratório-descritivo. Além da abordagem qualitativa, este estudo será do tipo exploratório para aumentar a experiência do pesquisador em torno do determinado problema e do tipo descritivo para complementar a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: escrito com forma e conteúdo adequados.

Demais termos de apresentação obrigatória adequadamente apresentados, inclusive termo de sigilo para uso de base de dados.

Recomendações:

Considerar Comitê de Ética em Pesquisada Secretaria Municipal de Saúde como coparticipante da presente pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP da Secretaria Municipal de Saúde manifestou-se da seguinte forma: "A instituição co-participante, pela Plataforma Brasil, não pode emitir parecer de pendência. Por essa razão, o pesquisador responsável deverá submeter emenda na Plataforma Brasil, contemplando as pendências indicadas pelo CEP SMS. O projeto deve ser reavaliado pelo CEP da instituição proponente e, após aprovação, o mesmo será encaminhado ao CEP SMS para apreciação.

Consequentemente, recomenda-se que a pesquisadora elabore uma emenda, que atenda ao solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisada Secretaria Municipal de Saúde, para ser anexado ao presente protocolo de pesquisa.

Os pesquisadores seguiram esta recomendação e, portanto, sugere-se a aprovação da presente emenda e encaminhamento para avaliação da SMS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

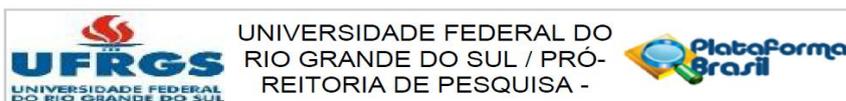
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 386.165

PORTO ALEGRE, 06 de Setembro de 2013

Assinador por:
 José Artur Bogo Chies
 (Coordenador)

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre



**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O tratamento supervisionado da tuberculose no município de Porto Alegre: convergências e divergências com relação à proposta da promoção da saúde

Pesquisador: Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17373813.4.3001.5338

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 601.788-0

Data da Relatoria: 24/09/2013

Apresentação do Projeto:

Considerando o cenário epidemiológico de Porto Alegre e os preceitos do tratamento da Tuberculose no Brasil e no mundo, este estudo objetiva analisar o modo de implementação do tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar no município de Porto Alegre, considerando suas convergências e divergências com relação à Promoção da Saúde. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo. O campo de estudo são os Serviços de Saúde de referência para o tratamento e controle da tuberculose do município de Porto Alegre. Como participantes da pesquisa, serão incluídos Coordenadores, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde. Para a realização do estudo, serão analisados os seguintes documentos: 1) manuais técnicos de controle da tuberculose, para confrontar o protocolo e os objetivos do tratamento supervisionado que estão escritos nesses manuais, com o que é realizado na atenção aos usuários; 2) prontuários dos usuários submetidos ao tratamento supervisionado que foram observados nos serviços de saúde selecionados, para ter acesso ao perfil desses sujeitos; 3) registros dos serviços de saúde relacionados ao tratamento supervisionado, nos quais poderão ser encontradas informações adicionais pertinentes aos interesses da pesquisa.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 601.788-0

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o modo de implementação do tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar no município de Porto Alegre, considerando suas convergências e divergências com relação à Promoção da Saúde.

Objetivo Secundário:

- Identificar como se dá a gestão do processo de implementação do tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar em Porto Alegre.
- Conhecer como é operacionalizado o tratamento supervisionado da tuberculose pulmonar nos Serviços de Saúde selecionados no que diz respeito aos atores envolvidos, ao local onde ele é realizado, ao tempo de duração e periodicidade de cada abordagem e à existência de incentivos.
- Caracterizar os usuários em tratamento supervisionado nos Serviços de Saúde selecionados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, como se trata de um estudo observacional, não há risco físico além do ser observado e responder a entrevista no caso dos servidores.

Como benefícios, destaca a contribuição para o melhoramento do tratamento supervisionado da tuberculose no município de Porto Alegre.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Mestrado em Enfermagem da UFRGS, com a aluna Karoline Nast.

Metodologia: estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo.

Campo de estudo: Serviços de Saúde de referência para o tratamento e controle da tuberculose do município de Porto Alegre.

Participantes: 22, sendo 4 Coordenadores, 3 trabalhadores da saúde e 15 usuários, englobando todos os níveis da assistência a gestão.

Término previsto para abril de 2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os TCLEs para todos os participantes do estudo (usuários, servidores e gestores).

Recomendações:

Considerando o problema da tuberculose em Porto Alegre é fundamental o retorno desta pesquisa para os profissionais de saúde do Programa de Controle da Tuberculose em Porto Alegre e para o Conselho Municipal de Saúde.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 601.788-0

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram atendidas as pendências identificadas no parecer CEP SMSPA 361.198.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o estudo ou relatório final após a conclusão da pesquisa ao CEP SMSPA.

PORTO ALEGRE, 12 de Abril de 2014

Assinador por:

MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 601788 gerado na data 29/09/2013 22:27:18, onde o número CAAE foi alterado de 17373813.4.0000.5347 para 17373813.4.3001.5338.

**ANEXO C - Termo de Compromisso para Utilização de Dados do Comitê de Ética em
Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**



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

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Título da Pesquisa: O TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE
NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE: CONVERGÊNCIAS
E DIVERGÊNCIAS COM RELAÇÃO À PROPOSTA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Pesquisador (a) Responsável: KAROLINE NAST

Grupo CONEP: () I () II () III

Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resoluções 240/97, 251/97, 303/00 e 304/00 do CNS / MS**), e assumo neste termo, o compromisso de, ao utilizar dados e / ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos. Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP-SMS)**, pelo que assino o presente termo.

Porto Alegre, 03/06/2013.

Karoline Nast

Pesquisador Responsável
Assinatura

Rua Capitão Montanha, 27, 7º andar - CEP 90010-040
Fones: 32895517
Porto Alegre