

“Análise estratégica das ações de vigilância epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose no município de Itaboraí/RJ”

por

Beatriz da Costa Soares

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia Figueiró
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Gisela Cordeiro Pereira Cardoso*

Rio de Janeiro, julho de 2015.

Esta dissertação, intitulada

“Análise estratégica das ações de vigilância epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose no município de Itaboraí/RJ”

apresentada por

Beatriz da Costa Soares

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Eglúbia Andrade de Oliveira

Prof. Dr. Alexandre San Pedro Siqueira

Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia Figueiró – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S676a Soares, Beatriz da Costa
Análise estratégica das ações de vigilância
epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose
no município de Itaboraí/RJ. / Beatriz da Costa Soares. --
2015.
93 f. :il. color. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Ana Cláudia Figueiró
Gisela Cordeiro Pereira Cardoso
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Tuberculose - prevenção & controle. 2. Vigilância
Epidemiológica. 3. Avaliação em Saúde. 4. Diagnóstico da
Situação de Saúde. 5. Indústria Petroquímica. 6.
Monitoramento Epidemiológico. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.995098153

“A persistência é o menor caminho para o êxito”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu esta oportunidade e a força necessária pra completar a trajetória;

A minha família pelo amor, incentivo e apoio incondicional;

A meu namorado pela paciência e apoio nessa etapa da minha vida;

As minhas orientadoras que me deram todo o suporte necessário, gentilmente me ajudando e guiando no decorrer do trabalho;

Ao município de Itaboraí e seu Secretário de Saúde pela pronta autorização e colaboração para a realização deste trabalho;

A Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose de Itaboraí pelas discussões produtivas, por contribuir para o trabalho e facilitar toda a coleta de informações no município;

A todos os entrevistados que cederam seu tempo para contribuir para este trabalho;

A todos os amigos e colegas de curso que torceram por mim;

E a todos aqueles que fizeram parte da minha formação, o meu agradecimento.

SUMÁRIO

<u>LISTA DE SIGLAS</u>	<u>8</u>
<u>LISTA DE FIGURAS</u>	<u>10</u>
<u>LISTA DE TABELAS</u>	<u>11</u>
<u>LISTA DE GRÁFICOS E MAPAS</u>	<u>11</u>
<u>RESUMO</u>	<u>12</u>
<u>APRESENTAÇÃO</u>	<u>14</u>
<u>INTRODUÇÃO</u>	<u>16</u>
<u>O MUNICÍPIO DE ITABORAÍ</u>	<u>26</u>
<u>O CONTEXTO DA TUBERCULOSE</u>	<u>28</u>
<u>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</u>	<u>30</u>
<u>AVALIAÇÃO EM SAÚDE</u>	<u>33</u>
<u>OBJETIVOS</u>	<u>40</u>
<u>METODOLOGIA</u>	<u>40</u>
<u>TIPO DE ESTUDO</u>	<u>40</u>
<u>FONTES DE INFORMAÇÃO</u>	<u>41</u>
<u>COLETA DE DADOS</u>	<u>42</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>52</u>
<u>OBSERVAÇÃO DIRETA: DESCRIÇÃO DO CAMPO</u>	<u>52</u>
<u>DESCRIÇÃO DO PROBLEMA DA TB.....</u>	<u>57</u>
<u>PERGUNTA AVALIATIVA Nº1</u>	<u>58</u>

<u>PERGUNTA AVALIATIVA Nº2</u>	<u>65</u>
<u>DISCUSSÃO</u>	<u>70</u>
<u>CONCLUSÃO</u>	<u>78</u>
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>81</u>
<u>ANEXO I (ROTEIRO PARA ENTREVISTA – GESTOR)</u>	<u>87</u>
<u>ANEXO II (ROTEIRO PARA ENTREVISTA – PROFISSIONAL DE SAÚDE) .</u>	<u>88</u>
<u>ANEXO III (TCLE – GESTOR)</u>	<u>89</u>
<u>ANEXO IV (TCLE – PROFISSIONAL DE SAÚDE)</u>	<u>92</u>
<u>ANEXO V (TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL)</u>	<u>95</u>
<u>ANEXO VI (ROTEIRO PARA ANÁLISE DOC. – LIVRO DE CASOS)</u>	<u>96</u>
<u>ANEXO VII (ROTEIRO PARA ANÁLISE DOC. – RAG E PLANO TB/HIV)</u>	<u>97</u>

LISTA DE SIGLAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário em Saúde

CDC: Center for Diseases Control

COMPERJ: Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro

CONLESTE: Consórcio Intermunicipal da Região Leste Fluminense

DOTS: Directly Observed Treatment Short Course

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PCT: Programa de Controle da Tuberculose

PIB: Produto Interno Bruto

PSF: Programa de Saúde da Família

RAG: Relatório Anual de Gestão

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB: Sistema de Informações da Atenção Básica

SIH: Sistema de Informações Hospitalares

SIM: Sistema de Informações de Mortalidade

SINAN: Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória

SUS: Sistema Único de Saúde

SR: Sintomático Respiratório

TB: Tuberculose

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO: Tratamento Diretamente Observado

TI: Tecnologia da Informação

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

USAID: United States Agency for International Development

VE: Vigilância Epidemiológica

LISTA DE FIGURAS

Figura_1: Foto aérea do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ) no ano de 2015	14
Figura_2: Fluxo dos pacientes portadores da tuberculose na Atenção Básica do município de Itaboraí	21
Figura_3: Círculo da Análise Estratégica	37
Figura_4: Modelo Lógico Causal	38
Figura_5: Entrada antiga do PCT	53
Figura_6: Recepção antiga do PCT	53
Figura_7: Recepção antiga do PCT	54
Figura_8: Corredor antigo do PCT	54
Figura_9: Entrada nova do PCT	55
Figura_10: Corredor novo do PCT	55
Figura_11: Laboratório novo do PCT	56
Figura_12: Laboratório novo do PCT	56
Figura_13: Consultório novo do PCT	57
Figura_14: Modelo Lógico da VE do PCT de Itaboraí	59

LISTA DE TABELAS

Tabela_1: Informações para análise estratégica da VE do PCT e suas respectivas fontes	41
Tabela_2: Atores entrevistados por nível de atuação	43
Tabela_3: Documentos analisados por nível de concentração da informação	44
Tabela_4: Evidências para Análise Documental	47
Tabela_5: Respostas das Entrevistas por atores	48
Tabela_6: Categorias temáticas, grupos de convergência e divergência	49
Tabela_7: Matriz de Informação	51

LISTA DE GRÁFICOS E MAPAS

Gráfico_1: Coeficiente de incidência de Tuberculose no Brasil de 2005 – 2014	17
Gráfico_2: Incidência de tuberculose no município de Itaboraí, no estado do Rio de Janeiro, na Região Sudeste e no Brasil, no período de 2001-2012	18
Mapa_1: O COMPERJ com visão do arco metropolitano no contexto macrorregional, no ano de 2008	26

RESUMO

Soares, B.C. Análise Estratégica das Ações de Vigilância Epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose no Município de Itaboraí/RJ. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro – RJ, 2015.

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa considerada como uma prioridade pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2003 e que está presente em uma série de programações e pactos nacionais. O Brasil é um dos 22 países com maior carga de TB no mundo. O Rio de Janeiro, até 2013, era o segundo estado em casos novos da doença no país e o primeiro em mortalidade. O município de Itaboraí, por sua vez, é um dos 32 municípios prioritários para as ações em TB no Rio de Janeiro, apresentando taxas de incidência próximas às do estado. Este estudo teve por objetivo, portanto, analisar a adequação das ações de vigilância epidemiológica (VE) do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em relação à realidade local, uma vez que a VE faz parte dos principais componentes identificados pelo MS para o controle da doença. Este é um estudo de caso de metodologia qualitativa na área de avaliação em saúde. Foi realizada uma análise estratégica das ações de VE do PCT e concluiu-se a inadequação e insuficiência destas atividades em relação ao contexto local. Isto parece ser promovido por duas principais questões: a utilização de uma perspectiva restrita de vigilância e a falta de comprometimento profissional.

Palavras-chave: Tuberculose; Análise Estratégica; Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT

Soares, B.C. Strategic Analysis of Epidemiological Surveillance actions of the Tuberculosis Control Program in the city of Itaboraí / RJ. Dissertation (Masters). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro – RJ, 2015.

Tuberculosis (TB) is an infectious disease considered a priority by the Health Ministry (HM) since 2003. It is present at an important number of national pacts and programs. Brazil is one of the 22 countries with the highest TB burden in the world. Until 2013 Rio de Janeiro was the second state on new cases of the disease in the country and the first in mortality. The city of Itaboraí, in turn, is one of the 32 priority cities for TB actions in Rio de Janeiro, with incidence rates close to the state. This study aimed, therefore, to analyze the adequacy of the epidemiological surveillance activities (ES) of the Tuberculosis Control Program (TCP) in relation to the local reality, since the ES is part of the main components identified by HM to control the disease. This is a qualitative methodology of case study on the evaluation of health area. A strategic analysis of ES activities of the TCP was made and it concluded the inadequacy and insufficiency of these activities in relation to the local context. It seems to be promoted by two main issues: the use of a restricted view of surveillance and the lack of professional commitment.

Key words: Tuberculosis; Strategic Analysis; Epidemiological Surveillance.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi realizado no município de Itaboraí, leste do estado do Rio de Janeiro, no qual se encontra o Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ). O COMPERJ, grande empreendimento industrial da Petrobrás, começou a ser construído no ano de 2006 (abaixo foto do mesmo no ano de 2015). Tem como proposta a produção, numa mesma área, de derivados de petróleo e produtos petroquímicos, tais como óleo diesel, nafta petroquímica, querosene de aviação, coque, gás de cozinha e óleo combustível (Agenda 21/COMPERJ, 2014). A construção deste complexo exigiu a realização de estudo que diagnosticasse e monitorasse a situação de saúde do local, visto que grandes empreendimentos como este podem modificar ou gerar novas cargas de doença. Neste sentido, torna-se fundamental a atuação do Projeto de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos da ENSP/FIOCRUZ.

Figura_1: Foto aérea do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro no ano de 2015.



Fonte: Petrobras, em: <http://www.petrobras.com.br/pt/nossas-atividades/principais-operacoes/refinarias>. Acessado em 06/04/2015.

Este projeto foi contratado pela Petrobrás para que a situação de saúde da população do entorno do local de construção do complexo fosse monitorada. O projeto realiza estudos sobre as condições de vida e saúde antes e durante a construção do COMPERJ de modo a saber como este afetou

e afetará a saúde da população local. Dentre suas atividades, o Projeto de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos promove o curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Leste do Estado do Rio de Janeiro, como forma de capacitação profissional para atuar e estudar estas questões. O presente estudo constitui-se, portanto, em um trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, focando na temática da Vigilância Epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose no município de Itaboraí, neste contexto de implementação do complexo petroquímico.

Segundo o relatório de 2011 do Projeto de Monitoramento Epidemiológico, as três principais causas de óbitos no município de Itaboraí são, respectivamente, as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório; já as principais causas de hospitalização são as doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias. A partir da construção do complexo, houve o recrudescimento de problemas como a violência, os acidentes de trânsito (ambos da categoria de causas externas), e as doenças do aparelho respiratório. No segmento de doenças infecciosas e do aparelho respiratório, o relatório refere elevadas taxas da tuberculose (TB).

Como retrato da TB, é válido mencionar que o estado do Rio de Janeiro, que há alguns anos está dentre os estados brasileiros com maior incidência da doença, possui 32 municípios prioritários para a TB (por apresentarem um quadro mais preocupante), dos quais Itaboraí faz parte. É sobre o quadro desta doença no município que este estudo se debruça.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada por uma bactéria (*Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch), que afeta principalmente os pulmões, podendo se manifestar, contudo, em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges. Sua transmissão é direta, de pessoa a pessoa, o que faz com que a aglomeração seja um dos principais fatores de transmissão. O doente expõe gotículas de saliva que contêm o agente infeccioso e podem ser aspiradas por outro indivíduo. A baixa resistência imunológica, provocada normalmente por má alimentação, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores, favorece o acometimento pela doença. O tratamento à base de antibióticos é eficaz, porém não permite o abandono da medicação até a conclusão do caso; e a cura costuma levar seis meses após o início do tratamento. É comum a descoberta da soropositividade para o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) através do diagnóstico para TB e esta é a principal causa de óbitos em portadores do HIV (Brasília/MS, 2014).

A TB é considerada uma prioridade pelo MS desde 2003 e está presente em uma série de programações e pactos nacionais. Atualmente o orçamento para a TB é 14 vezes maior daquele em 2002 e ela é uma das cinco doenças mais em foco no país. A TB tem o dobro de incidência em homens e a faixa etária mais afetada é o grupo de 20 a 49 anos. Estudos afirmam que na população carcerária, a taxa de incidência da TB é 25 vezes maior do que a média nacional da população geral. Entre os portadores de HIV, essa taxa chega a ser 30 vezes maior que a média nacional e, na população vivendo em situação de rua, 67 vezes maior (Piller, 2012).

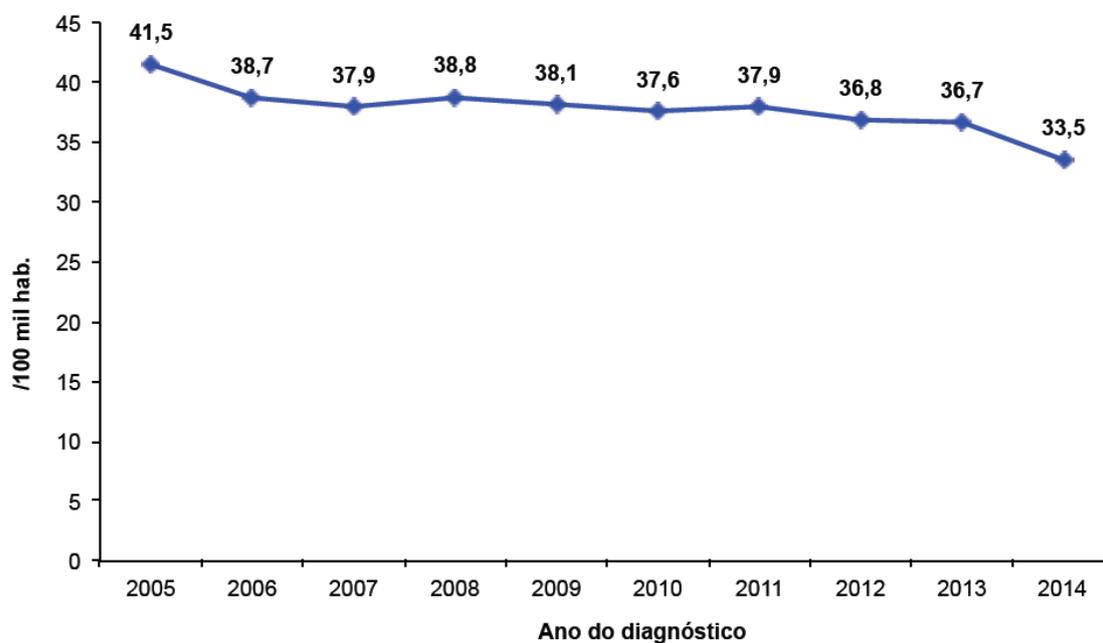
Em 2010 a incidência estimada de TB no mundo foi de 9 milhões de casos (equivalente a 128 casos/100.000 habitantes) com 1,7 milhões de óbitos, sendo a maior parte dos casos na Ásia e África. Como foi mencionado acima, a TB continua sendo considerada como uma doença da pobreza, relacionada à superlotação, desnutrição, consumo de álcool e tabagismo (NHE, 2012). Como disse o ex-ministro da Saúde, coordenador executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags) e pesquisador da ENSP/Fiocruz, em entrevista ao Observatório Tuberculose Brasil da ENSP em novembro de 2013, “segundo a definição da OMS, o Brasil tem uma “epidemia concentrada” de TB.

Concentrada em determinadas populações excluídas social e economicamente e em situação de maior vulnerabilidade”.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2011, os números de casos novos e óbitos por TB ainda eram consideráveis, contudo, apresentaram leve redução nas últimas duas décadas. A queda do coeficiente de incidência foi de 2,2%, do ano de 2010 para 2011. Esta redução é válida, inclusive, para a maioria dos 22 países com maior carga de TB, responsáveis por cerca de 82% dos casos mundiais. A mortalidade pela doença reduziu, por sua vez, 41% desde a década de 90.

De acordo com os dados do Relatório Global sobre a TB (OMS, 2014), o Brasil, pertencente a este grupo dos 22 países, ocupava a 16ª posição em relação ao número de casos novos da doença em 2014, e a 111ª quanto ao coeficiente de incidência em 2011. No Brasil, foram notificados 33,5 casos novos/100.000 habitantes em 2014 (conforme gráfico abaixo) e 2,3 óbitos/100.000 habitantes em 2013 (Brasília/SVS, 2015).

Gráfico_1: Coeficiente de incidência de Tuberculose no Brasil de 2005 – 2014:



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

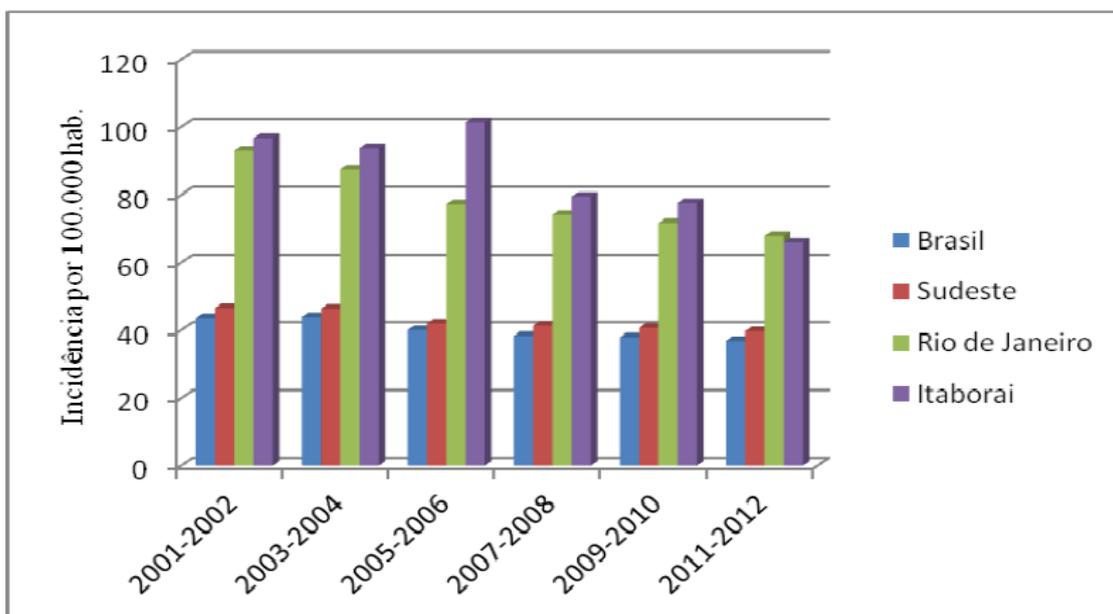
O país ainda não conseguiu alcançar as metas estabelecidas pela OMS (de curar 85% dos casos novos), alcançando, em 2010, 73,4% de cura e, em

2011, 71,6%, embora a doença seja considerada uma prioridade nacional e estar dentre as principais pactuações do Governo Federal.

No contexto nacional o estado do Rio de Janeiro foi o segundo mais afetado pela TB no ano de 2011 (com coeficiente de incidência de 83 casos novos/100.000 habitantes). No ano de 2013, por sua vez, o estado permanecia como segundo lugar no ranking nacional de incidência em TB (coeficiente de 61,7 casos novos/100.000 habitantes) e o primeiro no que se refere à mortalidade pela doença.

O município em estudo (Itaboraí), por sua vez, apresenta altos coeficientes de incidência da doença (69 casos novos/100.000 habitantes), o que demonstra a magnitude e a gravidade do problema no local. Como já foi referido, Itaboraí encontra-se dentre os 32 municípios prioritários para o controle da TB no estado do Rio de Janeiro. Observando o gráfico abaixo com a série histórica de incidência da doença no município, nota-se que ela está sempre próxima ou superior às apresentadas pelo estado.

Gráfico_2: Incidência de tuberculose no município de Itaboraí, no estado do Rio de Janeiro, na Região Sudeste e no Brasil, no período de 2001-2012.



Fonte: San Pedro, 2014.

O combate à doença no município, seguindo as diretrizes nacionais, é realizado pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Este programa encontra-se integrado à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e é

desenvolvido na forma de um programa unificado, executado pelas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), e subordinado a uma política de programação das ações. Existem padrões técnicos e assistenciais definidos, a garantia da distribuição gratuita de medicamentos, e o provimento dos insumos necessários ao tratamento e prevenção do agravo, o que possibilitaria o acesso universal da população às suas ações (Brasília/MS, 2011).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, de acordo com o relatório da Coordenação Geral de Doenças Endêmicas do MS, tem como metas de 2007 a 2015 as seguintes questões:

- Manter a detecção anual de pelo menos 70% dos casos estimados de TB;
- Tratar corretamente 100% dos casos de tuberculose diagnosticados e curar pelo menos 85% dos mesmos;
- Manter o abandono de tratamento em percentuais considerados aceitáveis (5%);
- Expandir o tratamento supervisionado para 100% das unidades de saúde dos municípios prioritários;
- Manter registro atualizado dos casos diagnosticados e 100% do resultado de tratamento;
- Aumentar em 100% o número de sintomáticos respiratórios examinados
- Disponibilizar teste anti-HIV para 100% dos adultos com TB

A atuação deste programa compreende ações que visam ampliar e fortalecer a estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO), do inglês DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), composta de cinco componentes: comprometimento político com as ações de controle da TB, o acesso aos exames laboratoriais na rede de laboratórios do SUS, o fornecimento regular de medicamentos e insumos, um sistema de registro de informação confiável para monitoramento das ações, distribuição e estoque de medicamentos e a supervisão da tomada dos medicamentos por parte dos profissionais de saúde (Brasília/MS, 2011).

As diretrizes do PCT recomendam a descentralização das medidas de controle para a Atenção Básica (AB), aumentando o acesso da população em

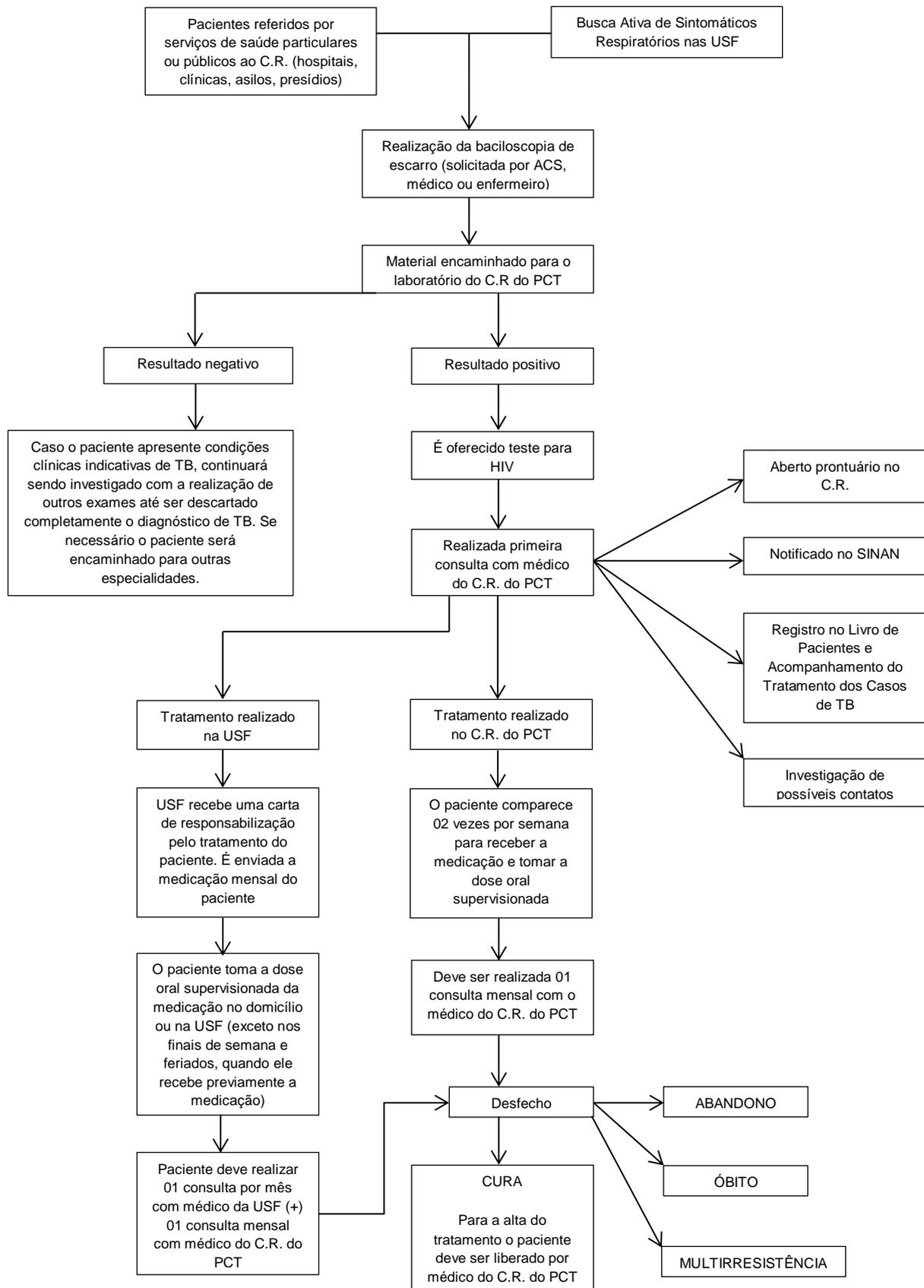
geral e das populações vulneráveis ao acometimento pela doença (como população de rua, pessoas privadas de liberdade, população indígena, dentre outras), e incentivam o fortalecimento do controle social, a sustentabilidade das ações de controle, a promoção da equidade e a garantia do acesso a todos os pacientes. Vale ressaltar que a descentralização das medidas de controle para a AB foi proposta no Projeto de Descentralização do PCT para o Programa de Saúde da Família (PSF) com a estratégia de TDO em 2002.

Para compreender o caminho percorrido pelo paciente de TB no município e visualizar o funcionamento da descentralização das ações do PCT para a AB, o fluxograma de atendimento e tratamento para a TB no município está apresentado na Figura_2 da página a seguir. Tendo sido retirado e adaptado da dissertação de Barbosa S.M. (2012), este fluxograma demonstra o caminho percorrido pelo paciente desde seu diagnóstico até o encerramento do caso.

A função referida a tal programa (PCT) era a de prover alternativas para a readequação do sistema de saúde no atendimento dos pacientes com TB, redefinindo procedimentos e organogramas, missões institucionais e de entidades da sociedade civil, buscando mitigar ou solucionar este grave problema de saúde pública.

Dentre estas alternativas, foram elaborados documentos que regulamentam as ações em saúde para o controle da TB em diferentes campos de ação. Dentre estes, encontra-se o *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose* (que indica todas as funções, componentes e práticas que devem nortear a ação nacional, de estados e municípios para o controle da doença) e o *Protocolo do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica* (que busca regular e padronizar a administração do tratamento).

Figura_2: Fluxo dos pacientes portadores de TB na Atenção Básica do Município de Itaboraí.



Vale ressaltar que o programa de Itaboraí foi premiado algumas vezes como modelo para o combate à TB. Dentre estes prêmios está o da OPAS em 2005 (Ruffino-Netto, 2009) por apresentar dados de redução do índice de abandono do tratamento de 30% para 4% e do aumento da cura de 60% para 88%. Esses números são superiores, inclusive, às metas estabelecidas pela OMS, que são de 5% para abandono e 85% para cura (Jornal Extra Online, 2009). Estas taxas, porém, não se mantiveram nos últimos anos.

O manual de recomendações para o controle da doença (cuja última atualização foi realizada em 2011), orienta a ação visando a interrupção da cadeia de transmissão da doença e a redução da possibilidade de adoecimento através da busca de casos, do diagnóstico precoce e adequado, e de seu tratamento até a cura. Para tal, o programa é dividido em alguns componentes que otimizam o planejamento, a execução e a avaliação das ações de controle da doença. São os seus componentes:

- a atenção à saúde (que se refere às ações de prevenção, assistência e diagnóstico da TB);
- a informação estratégica (ações de vigilância epidemiológica, monitoramento e avaliação da doença);
- a pesquisa (para evolução nas formas de combate à doença);
- o desenvolvimento humano e institucional (com os cursos e atividades educativas de atualização no tratamento da TB);
- a comunicação e mobilização social (divulgação de informações e incentivo à participação popular no controle da TB);
- e o planejamento e orçamento das ações e serviços para a TB.

Um dos subcomponentes da “informação estratégica”, é a vigilância epidemiológica da TB. Por meio desta, é possível conhecer a magnitude da doença (dados de morbidade e mortalidade), sua distribuição, fatores de risco e tendência no tempo e espaço, dando subsídios para as ações de controle e auxiliando na prevenção da doença. De acordo com o mesmo manual, as principais ações de vigilância para o controle da TB são:

- a estruturação da busca ativa e confirmação de casos;

- a comunicação imediata dos casos por meio da notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, visto que a TB é considerada um agravo de notificação compulsória;
- a investigação dos contatos e a investigação diagnóstica para confirmação de casos;
- o acompanhamento do tratamento e o encerramento dos casos;
- a notificação nos outros possíveis sistemas de informação em saúde, tais como Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), dentre outros;
- o auxílio à assistência realizando conjuntamente as visitas domiciliares a casos novos e a convocação de faltosos;
- o monitoramento dos exames laboratoriais.

As ações de vigilância são de fundamental importância para a prevenção e controle da doença. Porém, caberia questionar se elas estão sendo suficientes e adequadamente realizadas, visto que, de acordo com relato da própria Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí (MS, 2011, apud Madrilane, 2013), o controle da doença tem regredido no município:

“...a proporção de cura de tuberculose foi de 68,96% no ano de 2010, último ano fechado que permite uma avaliação fiel. Esta avaliação é bastante inferior ao que o município vinha apresentando em anos anteriores, quando já estivemos próximo dos 85%. No entanto, estamos enfrentando dificuldades oriundas principalmente do crescimento populacional do município por conta do COMPERJ. Estamos observando um aumento da população moradora de rua, muitos pacientes residindo em alojamentos ou que vêm se deslocando com muita frequência entre os municípios da região e até entre Estados.”

Este relato reafirma o contexto conturbado do município com a construção do COMPERJ, que, a partir de percepções do próprio secretário de saúde de 2011, está modificando a situação de saúde da população, especialmente no caso da TB. Somado a isto, temos um PCT que segue as orientações do MS, com dificuldades para realizar ações mais amplas, como

estudos para apreender e compreender a realidade local, com a finalidade de intervir sobre o controle da doença.

O relato acima refere, então, uma questão fundamental relacionada às dificuldades na atuação da Vigilância Epidemiológica na região. É possível que os fatores relacionados ao contexto da população, que levam à produção e reprodução da doença no local, apesar de identificados, não sejam problematizados e analisados para o controle da TB.

A literatura aponta a relação da TB com problemas como crescimento populacional, população moradora de rua, dependência química, condições de moradia, alimentação, renda, saneamento básico, dentre tantas outras questões. Estes fatores determinam a ocorrência, distribuição, intensidade e tratamento da doença, são os chamados determinantes sociais da doença. Os problemas de migração, péssimas condições de habitação e higiene, desigualdade social e aumento da população, são exemplos dos determinantes sociais atrelados ou aumentados com a construção do complexo petroquímico. Estas questões, porém, se configuram e interagem de formas diferenciadas em cada local ou grupo populacional e apresentam condições especiais de expressão da doença.

Logo, seria importante analisar como está conformada a TB no município, o contexto no qual ela se insere e, então, indagar se as ações de vigilância atendem à realidade local. Ou seja, é necessário compreender o que ocorre nos locais onde a produção e reprodução da TB tem sido mais intensa, juntamente com a análise da adequação das ações de vigilância às demandas da população. O presente estudo realizou esta análise, chamada de análise estratégica, das ações de vigilância epidemiológica no município de Itaboraí, procurando responder se as ações de vigilância epidemiológica do PCT são adequadas em relação à demanda local.

As perguntas avaliativas norteadoras para este trabalho são, portanto:

1. Quais são as ações de Vigilância Epidemiológica da TB executadas em Itaboraí? Elas condizem com as recomendações nacionais?

2. São adequadas e suficientes as ações realizadas pela Vigilância Epidemiológica em relação às demandas e necessidades apresentadas pela realidade local?

Um estudo como este apresenta, portanto, pertinência uma vez que estudos semelhantes não foram encontrados na literatura até o final deste trabalho. Esta é uma análise estratégica do PCT sob o foco da vigilância epidemiológica, considerando a situação de vida e saúde da população. O estudo se dá num momento importante para o município, visto que passa pelos impactos promovidos pela construção de um empreendimento da magnitude do COMPERJ. Serão grandes os esforços para que esta análise seja reveladora, de forma a contribuir para as ações e serviços de saúde e, mais especificamente, de TB na região.

O MUNICÍPIO DE ITABORAÍ

Localizado a 46 km da cidade do Rio de Janeiro, o município de Itaboraí possui uma área de aproximadamente 430 km² e faz fronteira com os municípios de Cachoeiras de Macacu, Guapimirim, Tanguá, Maricá e São Gonçalo. Itaboraí, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro (Mapa 1). Tornou-se independente em 1833, como freguesia da Vila de Santo Antônio de Sá, e suas principais atividades econômicas ao longo dos anos foram a produção de cana-de-açúcar, de laranja e a indústria de cerâmica. Foi apenas na década de 70, com a pavimentação da rodovia Amaral Peixoto (RJ-104), que a pressão demográfica e o acesso aos centros urbanos aumentaram no município. Ainda assim, em 1980, de acordo com o censo da época, a população local era estritamente rural. Foi com a construção da rodovia BR-101 que o processo de urbanização se acelerou, com uma via de acesso rápido ao centro consumidor (Toledo & Sabroza, 2011).

Mapa_1: O COMPERJ com visão do arco metropolitano no contexto macrorregional, no ano de 2008.



Fonte: Fiocruz, em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/comperj>. Acessado em 01/05/2015.

Hoje, o município encontra-se quase todo loteado, com uma população de 218.000 habitantes, dos quais mais de 11.000 acima dos 15 anos de idade não sabem ler nem escrever, 37% sobrevivem com até ½ salário mínimo,

apenas 21% vivem em domicílios com tipo de saneamento adequado (que, conforme o IBGE, são os domicílios com escoadouros ligados à rede-geral ou fossa séptica, servidos de água proveniente de rede geral de abastecimento e com destino do lixo coletado diretamente ou indiretamente pelos serviços de limpeza), 48,7% são do sexo masculino, predominando indivíduos jovens e adultos na faixa de zero a 34 anos de idade, de acordo com dados do último censo do IBGE (San Pedro, 2014). Neste mesmo ano, o valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal foi classificado como intermediário, de 0,69 (PNUD, 2013).

Em 2006, Itaboraí recebeu o início da construção do maior complexo industrial petroquímico da América Latina (o COMPERJ), passando, conseqüentemente, por uma intensa transformação do seu espaço urbano. Observou-se uma grande geração de empregos diretos e indiretos (RIMA/COMPERJ, 2007), um impacto positivo sobre a renda em âmbito nacional, e a possível instalação de cerca de 720 empresas na região até 2015 para a produção de plásticos, embalagens, brinquedos e material para indústria têxtil (Szklo, 2010). Alguns efeitos imediatos foram o aumento do fluxo migratório, do valor da terra, de outras atividades econômicas, da violência, dos acidentes de trânsito e a mudança do perfil epidemiológico da região e seu entorno. Na área de saúde, dentre as doenças que apresentaram recrudescimento com a instalação do complexo, podem ser referidas as doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas, especialmente a dengue e a tuberculose (Relatório do Projeto de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos, 2011).

CONTEXTO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO

As condições socioeconômicas são apontadas historicamente como os principais fatores individuais e coletivos relacionados ao acometimento e reprodução da TB, ou seja, à manutenção do ciclo da doença. As precárias condições de vida em Itaboraí, juntamente com um modelo de controle da doença baseado na lógica restrita de identificação de casos e tratamento de doentes, além da baixa capacidade analítica sobre as situações de saúde, tem determinado para que a TB permaneça como um grave problema de saúde pública. Como refere o estudo de Hino et al, 2011, a estrutura dos serviços, a capacitação dos profissionais, as vulnerabilidades sociais e individuais, devem ser juntamente consideradas para a análise do cenário da TB. O limite de alcance dos programas municipais de controle se complexifica ainda mais a partir da transformação das unidades territoriais promovida pela implantação de grandes empreendimentos econômicos, como é o caso do COMPERJ e as empresas e indústrias que o mesmo atrai.

Estudo de San Pedro (2014) apresenta fatores de vulnerabilidade social em relação ao acometimento por TB, como utilização de álcool e drogas, coinfeção com HIV, imigração, baixa escolaridade, baixo rendimento monetário, carência alimentar e estado civil (separado, viúvo ou solteiro). No nível coletivo, a TB está associada indiretamente ao Produto Interno Bruto (PIB), ao Índice de Desenvolvimento Humano e ao acesso a saneamento básico; e diretamente à densidade por cômodos, densidade de pobres, baixa renda familiar e baixa escolaridade.

Em relação a empreendimentos como o complexo petroquímico instalado na região, o estudo refere-se à chegada de um grande contingente de trabalhadores com longas jornadas de trabalho e frágeis relações trabalhistas. Estes, por sua vez, ocupam as áreas com condições deficientes de habitação e oferta de serviços da cidade, uma vez que o aumento da especulação imobiliária e das desigualdades socioeconômicas inviabilizam que a mão-de-obra operária adquira os imóveis da região. Tal cenário promove a vulnerabilização destes grupos, visto que vivem em condições precárias e se tornam mais susceptíveis ao acometimento pela TB.

O acometimento pela doença ocorre de forma desproporcional e desigual no município. Isto significa que, por vezes, a heterogeneidade sócio-espacial promove relações diferenciadas das esperadas pelos estudos epidemiológicos. Para exemplificar a questão, San Pedro (2014) utiliza a associação direta entre incidência de TB em bairros com maior cobertura da rede geral de esgotamento sanitário. Este caso pode ser explicado pela existência de bolsões de pobreza dentro de bairros mais privilegiados socioeconomicamente. Os bolsões de pobreza comportam populações com fatores de vulnerabilidade social, como os mencionados neste capítulo, determinantes para o processo de adoecimento por TB. Outro exemplo seria a maior ocorrência da doença em bairros com maior percentual de migrantes recentes e a menor ocorrência em bairros com maior percentual de migrantes antigos. Isto pode ser explicado pela maior consolidação de redes de apoio dos migrantes antigos em relação aos migrantes recentes.

É interessante perceber a variedade de contextos e associações dentro do território, o que dificulta a atuação de programas e ações de forma desarticulada das análises de situação de saúde locais, de maneira a fomentar estratégias que sejam factíveis com a realidade local, em conformidade com o espaço territorial. De forma contrária, despreendida da complexidade de interações do território, as ações podem se tornar genéricas e pouco resolutivas pois não apropriam o que dá origem, produz e reproduz a doença no espaço social. Sendo, por este motivo, a intenção de estudar, no presente trabalho, o grau de análise e apropriação das questões locais na vigilância e controle da doença e, portanto, a conformidade das ações de vigilância do PCT com a realidade local.

O contexto apresentado é marcadamente de associação da incidência de TB com indicadores socioeconômicos relacionados às condições de vida, principalmente os indicadores de densidade de pobres, de domicílios conectados à rede geral de esgotamento sanitário, de densidade intradomiciliar e de desigualdade na distribuição de renda.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O conceito atualmente utilizado pelo MS para a Vigilância Epidemiológica (VE) foi definido em 1990. Neste, a VE é colocada como:

“um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Brasil/MS, 1990).

Apesar de ser este um conceito ampliado, com caráter ativo sobre o conhecimento de contextos e sobre a prevenção e controle de doenças ou agravos, o conceito de Vigilância em Saúde definido posteriormente, em 2013, não seguiu o mesmo padrão do conceito de Vigilância Epidemiológica.

A Vigilância em Saúde é o conceito geral que a abrange o caráter e a função de todas as atividades de vigilância desenvolvidas na área da saúde, dentre elas a vigilância epidemiológica. Mesmo sendo este um conceito mais completo, anterior e mais amplo que o de Vigilância Epidemiológica, sua definição o tornou mais restritivo e semelhante ao do centro norte-americano de prevenção e acompanhamento de doenças (Center for Diseases Control - CDC). Este conceito refere a vigilância em saúde como:

“um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde” (Portaria 1.378 de 09/07/2013).

Pode-se perceber que no lugar de serem apropriadas concepções que considerem os determinantes e condicionantes para a atuação em saúde, o conceito de vigilância tem se focalizado cada vez mais em torno da pura coleta de dados e disseminação de informações para a tomada de decisão por parte dos gestores.

A VE, apesar de compreendida por um conceito ampliado, está no bojo da vigilância em saúde e se apropria das mesmas restrições conceituais em

sua prática. Os serviços de VE tomam como função a produção de conhecimento para a tomada de decisão, sem que tenham um papel ativo de análise de contextos e intervenção na realidade de vida e saúde da população.

Na medida em que a concepção da vigilância é insuficiente para nos debruçarmos sobre o controle da TB, uma vez que o conceito de vigilância em saúde é restritivo e a vigilância epidemiológica parece, da mesma maneira, reduzir o foco de suas práticas, será brevemente discutida a seguir a atuação em vigilância que parece ser mais eficiente.

Castellanos (1991), aponta a vigilância para além das associações causais e de técnicas quantitativas para avaliações de risco. O autor propõe a análise da situação de saúde, a investigação causal da doença, a busca de explicações da situação de saúde dentro de grupos específicos da população, avaliando os contextos e a relação mais ou menos complexa destes com a situação de saúde dos grupos populacionais. Ele compreende que cada grupo possui uma lógica diferenciada de produção e reprodução das doenças, sendo necessária a investigação e análise do contexto local para descobrir a origem da disseminação e/ou intensidade de tais doenças e agravos.

Para Castellanos, os perfis de problemas dos coletivos humanos, suas situações de saúde, são o objeto dos estudos e ações dos serviços de saúde pública. Isto é, as diferentes e complexas interações das condições de vida e trabalho das subpopulações (agrupamentos populacionais de acordo com critérios que os dão uma identidade comum; seja o fato de fumar ou de morar em determinada área), formarão perfis diferenciados de saúde-doença. Para ele, mais importante que saber do que as pessoas morrem ou adoecem, é conhecer como elas vivem, como se articulam seus projetos pessoais, sua interação com o coletivo, suas condições sócio-econômicas. São estas condições e modos de vida que, permanecendo, manterão a situação de saúde, ainda que mudem as doenças. Desta forma, a situação de saúde continuará de maneira não equitativa e os setores subordinados (de maior vulnerabilidade social) permanecerão demandando mais serviços assistenciais que solucionem seus problemas (Castellanos in Barata, 1997).

É neste sentido que a vigilância epidemiológica pode constituir-se num espaço de estabelecimento e definição de problemas e prioridades do território, bem como de atuação sobre a situação de saúde através da integração e organização das análises de situação de saúde junto à população e demais setores de governo (Oliveira, 2009). A vigilância deve ser o espaço de percepção da rede de causalidades dos problemas de saúde, apropriando-se da participação, subjetividade e individualidade dos usuários, para a intervenção nos problemas do território propondo ações integrais e intersetoriais. É desta forma que a vigilância no nível local se torna uma solução mais viável. Esta não trataria dos problemas de maneira pontual, assistencialista e individual, porém analisaria a situação de cada grupo do território, suas especificidades e vulnerabilidades, atuando em saúde de maneira mais adequada à realidade e às demandas de cada grupo da população.

É necessário superar a lógica de atuação de um modelo baseado exclusivamente em doenças e passar a integrar as condições de vida, os determinantes sociais, para verdadeiramente transformar a situação de saúde da população. É com base nesta segunda lógica de vigilância discutida que analisaremos a adequação das ações e práticas de vigilância epidemiológica realizadas atualmente para o controle da TB no município.

Vale pensar, contudo, nas possíveis limitações deste conceito idealizado de vigilância, ou seja, em que medida ele poderia ser apropriado pelos programas locais? Suas ações e práticas seriam dificultadas pela lógica enrijecida estabelecida pelo Ministério da Saúde? Essa visão ampliada implicaria em respostas inadequadas do programa para o nível central? Pensamos que não, visto que a atenção estaria sendo prestada, ainda que de forma diferenciada, promovendo até mesmo melhores respostas acerca da saúde da população. No entanto, é necessário conhecer o cenário local para responder de maneira mais apropriada a estas perguntas.

AValiação em Saúde

A análise estratégica realizada no presente estudo está localizada no campo da avaliação em saúde. Este campo tem crescido e se institucionalizado rapidamente em uma sociedade cada vez mais exigente, cujo sistema de saúde é complexo e com uma gama de problemas a serem solucionados. A avaliação constitui-se num mecanismo fundamental para responder às dúvidas e auxiliar na tomada de decisão dos responsáveis pelas ações, políticas e serviços de saúde (os “decisores”, gestores). Na maioria dos países em que está inserida no cotidiano das políticas e programas sociais, ela se encontra no quarto estágio de seu processo histórico. Isto significa dizer que a avaliação é feita como um processo de negociação entre os atores relacionados à intervenção a ser avaliada. No Brasil, este estágio encontra-se, ainda, em seus primórdios, dados os esforços para sua institucionalização (Guba & Lincoln, 1990).

Um dos conceitos mais aceitos de avaliação em saúde refere que “avaliar” consiste na emissão de um juízo de valor sobre determinada intervenção, através de um dispositivo que ofereça as informações “cientificamente válidas e socialmente legítimas” (Brousselle, 2011), sobre tal intervenção e/ou seus componentes. Sua finalidade é envolver todos os atores relacionados à intervenção, de forma que estejam habilitados a se posicionar e estabelecer um julgamento, individual ou coletivo, que seja passível de gerar ações.

É necessário precisar, anteriormente, o que se compreende por intervenção. De acordo com Contandriopoulos (1997), uma intervenção:

“é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos), organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

A avaliação em saúde tem por objetivos fundamentais auxiliar no planejamento e elaboração de intervenções, fornecer informações para a melhoria das mesmas, determinar os efeitos de uma intervenção decidindo se ela deve ser mantida ou transformada, incentivar a transformação de uma

situação injusta ou problemática, e contribuir para o progresso dos conhecimentos e elaboração teórica (Samico, 2010).

Assim, as avaliações podem começar desde a fase de elaboração de uma intervenção ou a partir da conclusão da implementação da mesma. Elas possuem duas possíveis funções, são elas: a avaliação de caráter formativo ou a avaliação de caráter somativo. A avaliação formativa, aqui realizada, tem por finalidade produzir informações que possam ser utilizadas ao longo da elaboração e/ou implementação do programa para melhorá-lo. Já a avaliação somativa, insere-se ao final da implementação de um programa ou qualquer intervenção, com o objetivo de saber os efeitos do mesmo e/ou se ele deve ser mantido, transformado ou finalizado (Brousselle, 2011).

Os avaliadores podem ser internos ou externos à intervenção. O avaliador ou equipe avaliadora externa, não faz parte da organização na qual encontra-se a intervenção sob estudo. Em geral esta equipe é contratada e realiza avaliações somativas. Os avaliadores internos, entretanto, fazem parte da organização que abarca a intervenção. Este tipo costuma ocorrer em casos de grandes organizações devido à maior proximidade dos avaliadores com o objeto sob avaliação (Feliciano, 2005).

A Avaliação em Saúde pode se dividir, ainda, em Avaliação Normativa e Pesquisa Avaliativa. A avaliação normativa tem por fundamento a construção de um julgamento sobre a intervenção, baseada em normas e metas pré-estabelecidas. Isto é, ela avalia a conformidade entre as normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção (Samico, 2010). A Pesquisa Avaliativa, por sua vez, realiza o julgamento de uma intervenção a partir de seis diferentes tipos de análise, a saber: a análise estratégica (que avalia a pertinência/adequação da intervenção), a análise lógica (que avalia o mérito e a validade da intervenção), a análise da produção (que avalia a produtividade e qualidade dos processos), a análise da eficiência (que avalia a eficiência global da intervenção), a análise dos efeitos (que avalia a eficácia da intervenção), e a análise de implantação (que observa a relação de intervenção e contexto na produção de efeitos), (Brousselle, 2011).

O realizado neste estudo foi, portanto, uma Pesquisa Avaliativa do tipo análise estratégica. Este tipo de análise busca determinar a adequação, ou coerência, da intervenção com a realidade local encontrada (os problemas a resolver). Isto é, pretende-se analisar e empreender um julgamento quanto à adequação, conformidade ou harmonização, das ações e práticas de vigilância epidemiológica realizadas pelo PCT do município em relação à situação de saúde (as condições de produção da doença) no local. Procura-se verificar se as ações de vigilância epidemiológica realizadas são capazes, suficientes e adequadas para conter os fatores que promovem as demandas e necessidades de TB na população (Brousselle, 2011). De maneira sucinta, o que se pretende é analisar se há sentido e correspondência, entre as ações de saúde e a realidade local.

A análise estratégica (AE), ou apreciação estratégica, como também é chamada, atém-se à análise de pertinência da intervenção. A pertinência de uma intervenção, por sua vez, depende fundamentalmente do contexto (seja epidemiológico, sociocultural, sanitário, financeiro, político ou geográfico) existente, dos atores envolvidos, e do alinhamento entre objetivos e interesses. A AE analisa os fatores determinantes da intervenção e estes fatores podem ser de contexto, como os referidos acima, ou os interesses dos diferentes atores e parceiros em relação à intervenção.

A análise estratégica identifica a maioria das questões relacionadas ao contexto e responde a perguntas como:

- A intervenção é coerente com a resolução do problema? Essa intervenção é a melhor ou a mais adequada diante do contexto existente?
- É pertinente intervir sobre esse problema, considerando sua importância e o impacto da intervenção?
- É pertinente intervir dessa forma? A intervenção atende aos principais fatores determinantes do problema e à sua população-alvo?
- Os objetivos definidos inicialmente são adequados para resolver o problema e responder às necessidades locais?
- Os responsáveis pela intervenção estão agindo adequadamente, considerando suas funções e atribuições? (Cardoso et al., 2015).

Para que os fatores contextuais que cercam uma intervenção sejam avaliados, é necessário que sejam estudados a partir de três principais perspectivas. Em primeiro lugar, o objeto de observação da AE é a escolha do problema. É necessário observar se o problema selecionado no início é, verdadeiramente, o foco da intervenção.

Em segundo lugar, tem-se por objeto a escolha dos objetivos da intervenção. Dentre as possíveis causas geradoras de um problema, aquela que é selecionada para ação, se torna o objetivo da intervenção. Portanto, a análise sobre a pertinência desta seleção e da escolha sobre a população que a intervenção incide, devem ser uma segunda questão para a análise estratégica. É necessário avaliar se a causa e a população selecionadas são as mais adequadas para a intervenção sobre o problema.

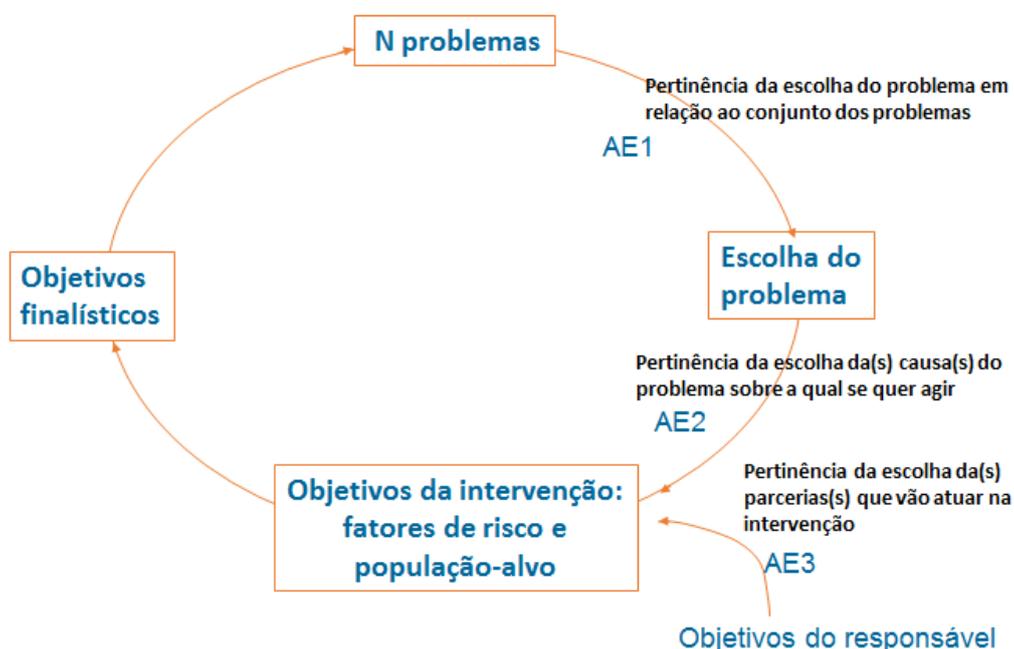
Em terceiro lugar, a análise se dá em relação à adequação da parceria estratégica. As parcerias selecionadas para a elaboração de uma intervenção devem ser analisadas considerando o contexto estratégico, político e institucional da intervenção (Champagne et al., 2011 [2009]). Isto é, dado o contexto existente, é necessário identificar se a parceria realizada é a mais adequada para agir sobre o problema.

Sendo assim, os achados de uma análise estratégica tem a função de contribuir sobre a continuidade de uma intervenção e/ou sobre a adequação do foco da mesma. À luz destes esclarecimentos, pode ser construído o círculo da análise estratégica com cada uma de suas etapas.

Onde:

- AE 1: A escolha do problema;
- AE 2: A escolha dos objetivos (seleção da causa/objetivo da intervenção e da população-alvo);
- AE 3: A escolha da pertinência dos parceiros estratégicos.

Figura_3: Círculo da Análise Estratégica.



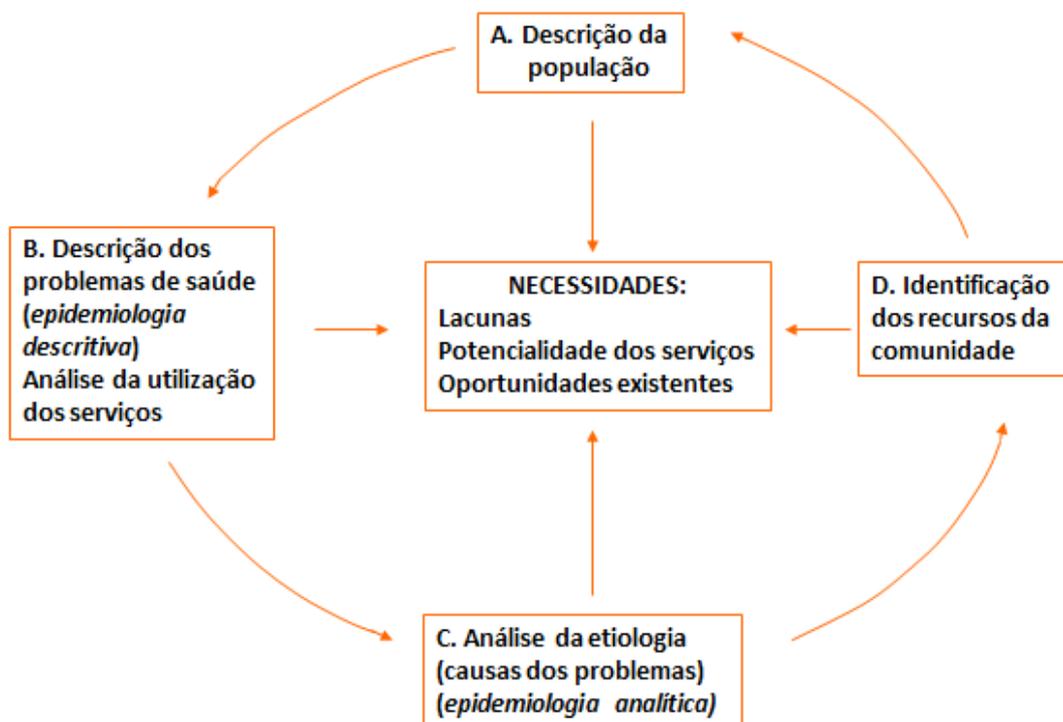
Fonte: Champagne et al., 2011

Na primeira etapa da análise estratégica (AE1), o avaliador deve documentar a importância do problema selecionado diante dos demais problemas identificados na população em questão. Em seguida, ele deve observar onde o problema ocorre e sob qual perspectiva se dará a avaliação, ou seja, qual é o contexto encontrado e quais as razões e destinatários da avaliação. De acordo com os motivos para a realização da avaliação e com os destinatários dos achados da mesma, pode ocorrer uma modificação no universo de problemas.

Para a compreensão e caracterização dos problemas, pode-se recorrer a diferentes fontes de informação. Podem ser utilizados dados já existentes (como dados socio-demográficos, sanitários, de utilização de serviços etc.); como pode ser realizada a coleta de dados primários (através de entrevistas e/ou observação); e a utilização de técnicas de coleta estruturada de opinião de grupos. Para determinar a prioridade dos problemas, é necessário avaliar a importância relativa dos mesmos e a viabilidade técnica e social de atuação sobre cada um deles.

Na segunda etapa da análise estratégica (AE2), por sua vez, a pertinência da escolha das causas do problema se inicia com a construção do modelo causal do mesmo. O modelo causal, como exemplificado abaixo, é o encadeamento lógico das causas do problema. Através deste modelo e da coleta de dados, é possível comparar as alternativas utilizadas para a modificação do problema com as demais alternativas disponíveis. A partir desta comparação, o avaliador é capaz de verificar qual o grau de contribuição da intervenção para a resolução do problema e se as condições para agir sobre determinada causa estão dadas. Nesta mesma etapa, a pertinência da população-alvo é analisada através do levantamento de informações que respondam se esta população é a mais exposta ao problema (Cardoso et al, 2015).

Figura_4: Modelo lógico causal.



Fonte: Alan Dever, 1984.

Na terceira etapa da análise estratégica (AE3), analisa-se a pertinência da parceria estratégica. Para isso, é necessário avaliar se os objetivos da intervenção são coerentes com as atribuições do responsável pela intervenção

e se as parcerias envolvidas são as mais indicadas e apropriadas para o alcance dos objetivos da intervenção.

Por fim, uma vez que são procedimentos semelhantes, vale ressaltar a diferença entre o planejamento estratégico e a análise estratégica. O planejamento estratégico constitui-se num cálculo que preside a ação, ele pretende a definição das melhores técnicas e operações para atuar sobre determinado problema. O planejamento como concebido pelo autor Carlos Matus, admite que a realidade é fragmentada e complexa, onde o poder sobre determinada ação não se encontra nas mãos de apenas um ator (Artmann, 2000). Esta concepção de planejamento possui um enfoque mais abrangente e participativo de maneira a favorecer a articulação dos distintos setores no enfrentamento dos problemas.

No sentido contrário, a análise estratégica busca avaliar se o planejamento realizado (a atuação dos diferentes atores responsáveis pela ação, a seleção do problema ou dos objetivos da intervenção), foi a melhor escolha (ou a escolha mais adequada) para aquela situação e momento.

O primeiro é, portanto, realizado antes da intervenção e, o segundo, depois. No planejamento estratégico, o promotor da intervenção deve definir o problema sobre o qual atuará, a população-alvo, as parcerias e o modo como será executada a intervenção. Na análise estratégica, o avaliador segue o fluxo contrário, isto é, dada a intervenção, ele emite um juízo sobre as escolhas que foram feitas e as estratégias utilizadas.

Visto que a AE busca um olhar sobre o contexto para iluminar as ações que são ou serão tomadas, foi feito um panorama da situação atual da vigilância epidemiológica do PCT em Itaboraí para que, posteriormente, se pudesse julgar se elas estão em conformidade com uma vigilância que dê conta das demandas e necessidades dos grupos locais. Foi analisado se as ações realizadas estão compatíveis com os objetivos da intervenção de modificar um problema. Através desta mesma análise foi possível apontar novos caminhos para conquistar tal tarefa. A análise estratégica pode julgar se a intervenção deve focar em torno de outros alvos e, se realizada

adequadamente, pode contribuir para transformar, melhorar, uma intervenção e fazê-la gerar resultados positivos.

Trabalhos deste tipo são escassos na literatura. Não foram localizados, até a finalização deste estudo, trabalhos de análise estratégica sobre o PCT no país. Esta é, portanto, uma importante tentativa de trabalhar um problema da magnitude e gravidade da TB através de formas diferenciadas e que podem gerar contribuições importantes. Além disto, a avaliação, ainda que bem sucedida, desperta dúvidas e não pode terminar. Deve ser um processo contínuo nas instituições e serviços de saúde para a melhoria constante de ações e práticas.

OBJETIVOS

Geral:

Realizar a análise estratégica das ações de Vigilância Epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose do município de Itaboraí.

Específicos:

OB1: Contextualizar epidemiologicamente o problema da TB no município;

OB2: Descrever as funções e práticas da Vigilância Epidemiológica para a doença em Itaboraí;

OB3: Analisar a adequação das funções e ações de Vigilância Epidemiológica praticadas em relação ao contexto local.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Este se trata de um estudo de caso de metodologia qualitativa. Utiliza-se de uma Pesquisa Avaliativa do tipo Análise Estratégica para avaliar a adequação das ações de Vigilância Epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose do município de Itaboraí, leste do estado do Rio de Janeiro. Este é um tipo de análise que possui cunho exploratório, uma vez que o

problema em questão não possui conhecimento acumulado e sistematizado prévio, e as hipóteses para sua origem são parte do produto final do trabalho (Tobar, 2001).

Fontes de Informação

Com a finalidade de responder às perguntas avaliativas do presente estudo, diferentes métodos e fontes de dados foram utilizados para possibilitar o conhecimento das práticas da vigilância e da realidade local, de forma a avaliar a conformidade das primeiras com a segunda. A seguir, tabela cujos procedimentos de coleta de informações e suas respectivas fontes são referidas para posterior análise.

Tabela_1: Informações para análise estratégica da VE do PCT e suas respectivas fontes.

Procedimento utilizado	Informação desejada	Fontes
Revisão de Literatura	Contexto local de Itaboraí, caracterização do PCT e da Tuberculose	Bases de Dados (SciELO, PubMed, Periódicos CAPES), livros, IBGE, SINAN
Entrevistas	Informações sobre o contexto local, a caracterização do PCT e da TB, além de informações sobre as ações, funções, vantagens e limitações da atuação da VE do PCT.	Relato dos informantes-chaves a partir de roteiro semi-estruturado

Análise Documental	Acompanhamento dos casos de TB; análise da priorização da TB/VE pela SMS, seus objetivos, metas e indicadores; identificação da organização e das ações do PCT	Livro Verde (de casos); Relatório de Gestão e Plano de TB/HIV
Observação Direta	Reconhecimento e percepção da realidade local e dos serviços de saúde para atenção à TB	Observação e descrição do campo

Coleta de Dados

Etapa da Observação Direta

A observação direta é um método de coleta de dados que consiste no olhar, ou seja, na atuação de um observador para obter determinados tipos de informações, como comportamentos, eventos ou condições ambientais relevantes. Este método depende da habilidade do pesquisador em captar informações através dos sentidos, registrá-las com fidelidade e julgá-las com o mínimo de interferências possível (Pope e Mays, 2009). Tal observação foi realizada ao longo do trabalho de campo, na realização das entrevistas e da análise documental, quando da visita aos serviços e unidades de saúde de atenção à TB no município.

Etapa das Entrevistas

1. Revisão de literatura para reconhecimento da situação de saúde e serviços para a TB no município de Itaboraí;
2. Seleção dos informantes-chave (que são pessoas que, a partir de sua experiência e posição, podem prover informações mais seguras sobre o assunto em questão), para a coleta de informações sobre as ações de vigilância epidemiológica no Programa de Controle da Tuberculose. A tabela_2 apresenta os atores deste estudo por nível de atuação.

3. Revisão de literatura para a elaboração dos roteiros semi-estruturados para as entrevistas (Anexos I e II);
4. Identificação das unidades de saúde cujos enfermeiros seriam entrevistados. Isto foi realizado quando obtivemos junto ao PCT o ranking de desempenho das unidades de saúde locais. Foram escolhidas três unidades e os critérios utilizados para a seleção foram: uma unidade com indicadores mais próximos das metas estabelecidas pelo MS, uma unidade com indicadores mais distantes e uma unidade sem casos da doença;
5. Contato anterior com estes informantes-chaves para verificação de seu interesse em participar da pesquisa, apresentação do estudo e marcação de local e horário para realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade do entrevistado;
6. Entrevista individual e com a gravação da fala uma vez que permitida.

Tabela_2: Atores entrevistados por nível de atuação.

Nível de Atuação	Gestor	Profissional da Referência Secundária	Profissional da Atenção Básica
Atores	Secretário Municipal de Saúde	Assistente Social	Enfermeira de unidade de PSF_1
	Subsecretário Municipal da Atenção Básica	Psicólogo	Enfermeira de unidade de PSF_2
	Coordenadora de Programas da Atenção Básica	Enfermeira PCT_1	Enfermeira de unidade de PSF_3
	Coordenador da Vigilância Epidemiológica Municipal	Enfermeira PCT_2	-
	Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose Municipal	-	-
Total	5	4	3
12 entrevistados			

Etapa da Análise Documental

1. Revisão de literatura sobre modelos de roteiros para análise documental. A tabela_3 refere os documentos analisados para o presente estudo. Vale ressaltar que foram consultados os documentos referentes ao ano de 2013;
2. Seleção e adaptação do modelo apresentado por um dos Projetos do INOVA-ENSP/FIOCRUZ para a análise do livro verde de casos, programa este que incentiva a dimensão da pesquisa dentro da escola. Ele contempla cerca de 22 projetos, dentre os quais o projeto de *Avaliação de desempenho do programa de controle da tuberculose na atenção primária em quatro municípios brasileiros*, do qual foi adaptado o referido roteiro;
3. Elaboração de roteiro para análise do Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Plano de Enfrentamento de TB/HIV;
4. Elaboração e apresentação do Termo de Autorização Institucional (Anexo V) à Secretaria Municipal de Saúde, a fim de receber autorização para realizar a pesquisa nas unidades selecionadas através da análise documental e das entrevistas com os funcionários locais.

Tabela_3: Documentos analisados por nível de concentração da informação.

Nível de Concentração	Documento do Nível Central	Documento das Unidades de Saúde
Documentos	Relatório Anual de Gestão	Livro Anual de Casos de Tuberculose
	Plano de Enfrentamento de TB/HIV	-
Total	2	1
3 documentos analisados		

Etapa da Análise dos Dados

A análise documental foi realizada sem obstáculos. O “livro verde” de acompanhamento de casos fica na referência secundária, o PCT. Todos os dados estão concentrados na mesma, logo, foi possível adquirir as informações das três unidades concomitantemente. O relatório de gestão, por sua vez, foi disponibilizado pela internet, contudo, ele não continha informações completas

acerca da TB. O Plano Municipal de Saúde não foi analisado por conter informações pouco aprofundadas sobre a doença. Logo, recorreu-se ao Plano de Enfrentamento de TB/HIV. Este era um documento mais completo, contudo, não apresentava especificações em termos percentuais sobre metas e resultados alcançados. O roteiro utilizado para análise do Plano de TB/HIV foi o mesmo utilizado para análise do RAG. Um quadro de perguntas e evidências obtidas através da análise aos documentos referidos acima pode ser encontrado a seguir na tabela_4. Vale sinalizar que estes documentos encontravam-se incompletos visto que estavam em processo de atualização no período que foram disponibilizados.

As entrevistas, por sua vez, foram marcadas por telefone com igual facilidade. Foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados (salas que por vezes eram interrompidas por funcionários que precisavam utilizá-las), e em horário com eles acordado. Para evitar constrangimentos, seis dos doze entrevistados complementaram suas falas após a gravação. Todos os entrevistados referidos foram os indivíduos que ocupavam os cargos mencionados na tabela_2 durante o período de outubro/2014 a janeiro/2015.

O material foi transcrito e, posteriormente, ordenado e agrupado em um quadro de perguntas e respostas por ator entrevistado (tabela_5). Algumas das 15 perguntas do roteiro elaborado eram desdobramento de outras questões sobre o mesmo assunto, sendo assim, foram agrupadas neste quadro 11 perguntas, obedecendo a ordem e os assuntos abordados nas entrevistas.

Em seguida, para a visualização dos padrões de respostas, foi elaborada a tabela_6 de categorias de convergência/divergência. Isto é, foram observadas, para cada pergunta quais as principais respostas. Estas, foram agrupadas de acordo com sua semelhança. Por exemplo, para a primeira pergunta (de descrição da TB no local), as respostas dos atores foram, basicamente, em dois sentidos: a dificuldade de controle da TB como um problema social (relacionado aos determinantes sociais), ou como um problema de estrutura (seja física, de recursos humanos ou de desestruturação da atenção básica). Sendo assim, para esta questão, temos duas categorias de respostas e seus respectivos atores (na tabela são listados aqueles que responderam à pergunta dentro de cada categoria). Esta organização teve por

função a identificação das principais respostas para cada pergunta da entrevista, o que facilita a inferência sobre os achados da pesquisa. Na tabela_6 cada pergunta do quadro da tabela_5 está associada às categorias de respostas e aos atores que as deram.

Considerando que o material coletado era suficiente para a análise pretendida, foi elaborada uma Matriz de Informação (tabela_7) deste estudo. Tal matriz indica quais perguntas dos instrumentos de entrevista e de análise documental responderiam a quais perguntas avaliativas realizadas no início da pesquisa.

Desta forma foi iniciada, a reflexão sobre os achados em relação ao conhecimento e aos estudos existentes sobre o tema. Esta utilização de diferentes fontes de informação no processo de análise e interpretação dos dados coletados, promove a relação entre teoria e prática, garantindo um entendimento mais aprofundado acerca do objeto em estudo. Isto se trata de uma triangulação de dados (Steckler et al, 1992), que é um fundamento lógico para a utilização de várias fontes de evidências e informações para obter resultados mais acurados.

Como limitação deste trabalho, deve ser mencionada a questão temporal, que inviabilizou a entrevista dos agentes comunitários em saúde (ACSs) para conhecer a perspectiva dos mesmos sobre o desenvolvimento de suas atividades e das ações relacionadas à TB, e do Subsecretário de Vigilância Epidemiológica, para conhecer sua visão e avaliação sobre o tema.

Tabela_4: Evidências para a Análise Documental

	Pergunta	Respostas				Pergunta	Respostas_RAG	Respostas_Plano
		Unid_1	Unid_2	Unid_3				
Livro Verde	1. Número de pacientes notificados com tuberculose no período	2	4	7	RAG e Plano Municipal de Enfrentamento de TB/HIV	1. A TB é considerada uma doença de ação prioritária?	É um dos objetivos da primeira diretriz do RAG	Sim
	2. Número de pacientes em tratamento convencional para TB no período	0	0	0		2. Quais os objetivos para a atuação no problema da TB?	Implementar o PCT e promover o controle da TB	Implementar o PCT e promover o controle da TB
	3. Número de pacientes com tuberculose em tratamento supervisionado no período	2	4	7		3. Quais indicadores são utilizados para a avaliação da situação da TB?	Proporção de cura de casos novos e de exames anti-hiv realizados	Não possui essa informação
	4. Número de pacientes faltosos em tratamento convencional no período	0	0	0		4. Qual o panorama atual da doença?	Não possui essa informação	PCT descentralizado para AB pelo TOD; notificação e busca de contatos centralizadas no programa
	5. Número de pacientes de abandono de tratamento convencional no período	0	0	0		5. Quais as metas para a TB?	72% de cura e 83% de exames anti-hiv	Não possui essa informação estatisticamente
	6. Número de pacientes faltosos em tratamento supervisionado no período	0	0	0		6. A VE é considerada como uma linha de ação para o controle da TB?	Não possui essa informação	Para o controle de pacientes resistentes, para a busca de contatos e de sintomáticos respiratórios
	7. Número de pacientes de abandono de tratamento supervisionado no período	0	1	1		7. Existem indicadores ou metas relacionadas à VE do PCT?	Não possui essa informação	Buscar 1% de SR
	8. Quantos óbitos ocorreram no período	0	0	0				
	9. Total de casos novos	2	4	7				
	10. Nº casos pulmonares	2	4	7				
	11. Nº casos extrapulmonares	0	0	0				
	12. Nº de casos de retratamento por abandono do tratamento anterior	0	0	0				
	13. Nº de Contatos examinados	5 em 7	2 em 18	9 em 21				

Tabela_5: Respostas das entrevistas por atores

	1. Descrição da TB na área	2. Atividades de VE em relação à TB	3. As atividades de VE são suficientes?	4. Questão política na saúde/TB	5. Trabalho e vínculo dos profissionais da AB	6. Recursos para VE	7. Cura, abandono e mortalidade	8. Parcerias com outros setores	9. Estudos sobre as condições de vida e saúde da população	10. Impactos do COMPERJ	11. Grupos mais vulneráveis à TB
Sec. Saúde	* Contrato precário; * Baixa qualidade e quantidade de RH; * Problemas a estrutura física	* Gestão fragmentada; *Coord. Como lhas; *PE com todas as secretarias que não avançou em 2014	O profissional atual tem um perfil diferente e devem avançar nessa intersectorialidade	*Problema de gestão; * Rotatividade política provoca a rotatividade de profissionais; * Precarização da mão-de-obra	* AB desestruturada; *ACS concursado; *Rotatividade de profissionais; *Doentes não captados	*Dificuldade na execução orçamentária; *Gastos por demanda; *Perda de recursos porque não otimizou o gasto	*Bom mas não o ideal; *Falta busca de SR; *Falta de integração com a rede, a coord. sozinha não consegue	*Parcerias formalizadas o PE da prefeitura; *Falta integração de outras secretarias; *Cada um é dono do seu quadrado	*Baixa infraestrutura; *Pouco saneamento básico; *Ainda problemas com doenças infecciosas	*Rede com problemas; *Grande fluxo de pessoas; *Especulação imobiliária; *Estrutura criada inutilizada; *Filhos do COMPERJ	*População mais pobre, em precárias condições de habitação, alimentação, dentre outros
Subsec. De AB	*Doentes de TB na emergência do hosp.; *Deficiência de RH e capacitação; *AB não da conta e os pacientes são diagnosticados no hosp.	Não soube responder	Falta autonomia à unidade por problemas políticos (rotatividade de profissionais) e vínculos precários	*Políticos mandam no que fazer e que profissionais colocar ou tirar; *Se fizeram um bom trabalho não serão incomodados; *Não existe isonomia salarial	*Discriminação por parte dos profissionais de saúde; *Vínculo através da capacitação; *Doentes não captados	Não soube responder	Não soube responder	São necessárias, não desenvolveu a questão	Não soube responder	*Dificuldade de colocar os trabalhadores do COMPERJ nas unidades; *Não tem feedback financeiro do COMPERJ	*População carente e áreas de risco do tráfico
Coord. De Programas da AB	*Emprego precário; *Baixa formação escolar; Dificuldade de compreensão das pessoas sobre sua prevenção e tratamento; *Condições ruins de abrigamento	*Falta de RH na VE; *AB assumiu a vigilância nos programas; *Sem dificuldades quanto aos bancos de dados	Nunca parou para pensar nisso	*Sucateamento da gestão no governo passado; *Entraram pessoas descomprometidas; *14 secretários em 4 anos	*Falta de compromisso; *Realidades diferentes	*Os anos de atraso fazem com que se tenha muita demanda; *Município tem dado conta mesmo que lentamente; Dificuldade em determinar o que é mais importante	*Os indicadores estão em fase de melhora devido ao período difícil	*A saúde não da conta de tudo; *Sentirão com as coordenações para montar planejamento coletivo; *Gestores fechados	*Coletam dados da Fiocruz e IBGE; *Precisam de representações de melhor nível; *Precisa-se pensar que sem saneamento não há saúde	Bolsões de pessoas descobertas em áreas cobertas	Idem à questão 1
Coord. PCT	*Incidência alta porém caindo; *O saúde da família não procura SR; *Mudança no perfil do doente; *Desestruturação da AB	*VE aberga os dados; A vigilância da TB é o PCT que realiza; VE sem capacidade de RH e estrutura; VE recebe notificações da LUPA e do hosp e repassa ao PCT	*Necessário inovar mais; Encontrar atalhos para os doentes; Carente de raio-x	*Apadrinhamentos políticos, pessoas sem perfil para PSF; *Técnico não é ouvido; Política da verança (partidária); Capacitações do zero	*Comprometimento mesclado; SF não sabe seu papel; Alta rotatividade; Falta de gerenciamento e planejamento	Não tem problemas quanto aos recursos mas funciona por demanda, "quem grita mais"	*7,5% de abandono; 73% de cura; *Leva de doentes do tráfico	*Deveria buscar mais integração mas não tem pernas pra isso; Dentro do segmento da saúde tem muitas parcerias	Não é a saúde que da conta de tudo mas tem de olhar o contexto social, econômico etc	*Populações flutuantes; nova leva de doenças; muitas transferências	*Áreas do tráfico, divisa com São Gonçalo e área de Manilha
Coord. VE	*Cidade pequena; Sistema de saúde deficiente; Demanda maior que a capacidade; Trabalhadores da construção civil no limiar da doença	*Faz boletins, ações educativas, contato com AB, capacitações, ações de bloqueio, alimenta os SIS e elabora trabalhos científicos	Nunca parou para pensar nisso	*Tenta vencer as relações de poder; Não pode deixar a política interferir uma só vez pra não se tornar comum	Não soube responder	*Déficit de RH; Não faltam recursos materiais; Falta carro e recursos de papelaria	Não se lembra tem mas está caindo	*Existe com o Desenvolvimento Social e com a Educação; Deveria existir com os órgãos não governamentais	*Não tem conhecimento; A pessoa da VE designada para isso está apagando incêndios	*Receio de que não ocorra o COMPERJ; Filhos do COMPERJ; Especulação imobiliária; Construções abandonadas; Investimento local sem retorno	Idem à questão 1
Psicólogo do PCT	*População pobre com risco de vulnerabilidade social; Uso de drogas associado ao abandono; Pessoas de periferia com histórico de desagregação familiar	*Abandono trabalhado através do VD; Busca compreender a dinâmica da família e o contexto no qual está inserido o paciente	*Necessidade de pensar num indivíduo como um todo e com suas especificidades e não olhar apenas a TB	*Descontinuidade do poder público; Quando um governo começa, desfaz tudo do anterior (validade)	*No acolhimento ocorre o vínculo pois o adocimento traz um sentimento pra cada um; AB não dá conta devido ao volume de trabalho	Não nota dificuldades	Não sabe ao certo como estão as taxas mas acredita que o abandono está caindo	*Esporte, lazer e cultura pois trazem o conhecimento, a responsabilização e auxiliam na prevenção captando SR	Não tem conhecimento, apenas os estudos da Fiocruz	Não realizou	Idem à questão 1
Enfermeira_1 do PCT	*Bolsões de locais mais populosos; Manilha incidência mais alta pois é perto de São Gonçalo	*VE fica com os dados; Busca ativa (SR); Não conseguem fazer as VDs para busca de contatos	*Baciloscopia abaixo do esperado; Captação de doentes insuficiente; PSFs não atingem meta de busca de SR; Acredita em ações que tragam informação	Desestruturação do PSF/AB	*Pacientes que não querem se tratar em centros PSFs; Rodízio de médicos e enfermeiros; Capacitação deve melhorar isso	*Melhorou o RH; Dificuldade com carro; Não tem telefone (dificuldade de contato com o doente); Espaço físico inadequado	*Abandono acima do esperado (álcool/drogas); Estratégias de adesão; Avaliação do risco de abandono; Óbitos sem diagnóstico	*Parcerias no setor de saúde (V. Sanitária, Dengue, Idoso, Diabéticos); Dengue poderia alertar para "toxicôides"	*Não conhece estudos mas sabe que as condições são precárias, principalmente de moradia e higiene	Não realizou	*Ex-presidários, Diabéticos, Pessoas que vivem em locais de aglomeração
Enfermeira_2 do PCT	*Doença concentrada em locais mais populosos; renda desmistificada; Usuários de drogas; Pessoas sem informação; Homens majoritariamente	*VE repassa as notificações dos hospitais e da LUPA e fica com os bancos; Pacientes ciganos; PCT que faz o monitoramento, busca e notificação de casos e suspeitos	*São insuficientes por falta de recursos; Vigilância se faz com mobilização e informação; Rodas de monitoramento; Acolhimento diferenciado	*Estratégia fragilizada; Rotatividade política e de profissionais, o que desanda o trabalho; O cenário desmotivou os profissionais	*O vínculo não é tão bom em algumas unidades de PSF; Desinteresse com os pacientes; Antes do período de crise não era assim	*Sem telefone; usa telefone e fax da VE; Tem apenas um computador com internet oscilante; O carro não é certo para VDs de emergência	*Não estão de acordo com o MS devido à instabilidade política, fluxos do hospital e trabalhadores do COMPERJ que ficam em trânsito	*Integração não funciona formalmente e as que tem são dentro do segmento de saúde, exceto com a Asst. Social	*Muitos estudos da Fiocruz mas sobre esse tema não conhece nenhum; Sabe que as condições estão melhorando mas ainda estão ruins	Não realizou	*Drogaditos, álcoolatras, diabéticos, tabagistas e pessoas com vida desregada e sem boa relação familiar
Assist. Social do PCT	*Aumentou com o COMPERJ; Maior acolhimento em bairros com bolsões de pobreza (embora essa questão não possa ser vista isoladamente)	*Trabalhos educativos para multiplicar conhecimento sobre TB; Faz grupo para reduzir abandono	Não soube responder mas acredita que se tivesse porta aberta todo dia seria melhor (funcionam terça, quarta e sexta)	*O vereador coloca profissional dele pra fazer campanha e entra algum descomprometido, que sabe que ficará ali por tempo determinado	*Equipes boas e outras ruins; Tem gente descomprometida e aqueles que não conseguem trabalhar por falta de água, luz etc	*Espaço físico ruim; Agora que estão estabelecendo rotina de carro; Cesta básica e vale social	*Pacientes que tem ciclos ou pulam de PCT em PCT (abandonando); Mortalidade; pessoas que já chegam muito mal ou são casos sugestivos de TB	*Formal apenas na saúde	*A Assistência Social deve ter essas informações mas não sabe se as utilizam	Não realizou	*Usuários de drogas e álcool; Pessoas com alimentação ruim; Baixa renda; Famílias numerosas e alta exposição
Enfermeira_1 de PSF	*Área carente; Sem informação sobre a doença; Descaso quanto ao tratamento	*"Busca ativa" do paciente para ir à consulta	Não acredita que são suficientes pois não são realizadas (pós gravação)	*ACSs concursados; Enfermeira não pode fazer muita coisa pra não ser mandada embora	*Vínculo é bom mas eles não fazem VD e busca (pós gravação)	Não realizou	Cura e abandono estão bons mas existem pessoas não captadas; Área sem agente	Não realizou	Não realizou	Não recebe pessoas do COMPERJ porque eles tem plano de saúde	Idem à questão 1
Enfermeira_2 de PSF	*Área carente com péssimas condições de habitação; Outra área de condomínios da manilha	*Reuniões de equipe; Busca de SR	*Não é suficiente pois os casos que aparecem não foram os ACSs que buscaram mas a enfermeira que pegou	Mencionou apenas a questão do concurso e pessoas que buscam pelos direitos dos ACSs	*Bom vínculo; ACSs acomodados; Não fazem VD adequadamente; Sindicato	*Faltam ACSs porque a população mais carente está sem	*As taxas são boas, tem multirresistentes; Perfil do doente mudou, agora é PEA	Não realizou	Não realizou	Não realizou	*Aglomerado de pessoas, espaços pequenos e sem ventilação, casas muito próximas
Enfermeira_3 de PSF	*Quase não tem doentes; Perfis variados de pessoas acometidas pela TB	*Não realizam porque não tem estrutura; Agentes de busca quem não vai à consulta	Dificuldade por parte dos pacientes de querer fazer o tratamento; Não vê possibilidade de doentes não captados	Não vê esse tipo de problema	*Bom vínculo pois os ACSs estão na unidade há 13 anos (concurados)	Não realizou	*Incidência baixa; Apenas 1 abandono; todos costumam concluir o tratamento	Não realizou	Não realizou	Não realizou	*População mista, com pessoas com melhores e outras com piores condições de vida

Tabela_6: Categorias temáticas, grupos de convergência e divergência.

PERGUNTAS	CATEGORIAS	ATORES
Q.1: Descrição da TB	Problema social (pobreza, falta de informação, drogas, aglomeração)	Coord. Programas, Psicólogo, Enfermeiras PCT_1 e 2, Assist. Social, Enfermeiras de PSF_1, 2 e 3
	Problema de estrutura (física, de RH, desestruturação da AB, mudança no perfil do doente)	Sec.Saúde, Subsecretário de AB, Coord. PCT e Coord. VE
Q.2: Relação e atividades da VE quanto a TB	VE com os bancos de dados e/ou gestão fragmentada	Sec.Saúde , Coord. Programas, Coord. PCT, Coord. VE Enfermeiras PCT_1 e 2
	Trabalho de educação em saúde e para reduzir abandono	Psicólogo e Assist. Social
	Busca de sintomático respiratório	Enfermeiras de PSF_1, 2 e 3
Q.3: As atividades são suficientes?	Problema com os profissionais (falta de autonomia da AB ou mudança de perfil do profissional)	Sec.Saúde e Subsecretário de AB
	Insuficientes (falta RH, recursos, baixa captação de doentes e não realização das tarefas)	Enfermeiras PCT_1 e 2, Assist. Social, Enfermeiras de PSF_1, 2 e 3 e Coord. PCT
Q.4: Questão política	Problema de gestão (alta interferência política)	Sec.Saúde, Subsecretário de AB, Coord. PCT, Coord. Programas, Psicólogo, Assist. Social Enfermeiras PCT_1 e 2, e Enfermeira de PSF_1
	Não se deixa influenciar pela política ou não cita como um problema	Coord. VE, Enfermeiras de PSF_1 e 2
Q.5: Trabalho e vínculo dos profissionais da AB	Descomprometimento e rotatividade	Sec.Saúde, Coord. Programas, Coord. PCT, Enfermeiras de PSF_1 e 2, Assist. Social, Enfermeiras PCT_1 e 2
	Bom vínculo mas falta capacitação e acolhimento	Subsecretário de AB e Psicólogo

Q.6: Recursos	Não faltam recursos, eles são gastos por demanda	Sec.Saúde, Coord. PCT e Coord. Programas
	Insuficientes (falta carro, RH, material e estrutura)	Coord. VE, Enfermeiras PCT_1 e 2, Assist. Social e Enfermeira de PSF_2
Q.7: Indicadores de Cura, Abandono e Mortalidade	Os indicadores não estão ideais mas estão bem e em melhoria. O que se tem de negativo é devido ao tráfico, aos pacientes ciganos e à desestruturação da AB	
	Todos, exceto Subsecretário de AB e Psicólogo	
Q.8: Parceria com outros setores	Existe integração dentro da saúde e algumas parcerias com outros setores, mas isto deve ser ampliado e as relações fortalecidas	
	Todos, exceto as enfermeiras de PSF	
Q.9: Estudos sobre as condições de vida da população	Não conhecem estudos nessa temática mas alguns referem sua percepção do município com uma baixa infraestrutura urbana e de saneamento básico	
	Todos	
Q.10: Impactos do COMPERJ	População flutuante, rede despreparada, problema imobiliário e bolsões de pessoas descobertas	Sec.Saúde, Coord. Programas, Coord. PCT e Coord. VE
	Dificuldade de colocar os trabalhadores nas unidades de saúde e falta de feedback financeiro da empresa	Subsecretário de AB
Q.11: Grupos Vulneráveis	População carente, do tráfico, usuários de álcool/drogas	
	Todos	

Aspectos Éticos

Para a realização das entrevistas foi identificado local que permitisse maior privacidade para o entrevistado, esclarecendo que não seriam divulgados nomes ou local de trabalho, embora não fosse possível garantir o total anonimato dos informantes. O entrevistado teve a liberdade de não responder a alguma questão formulada ou interromper sua participação em qualquer momento da atividade. Na ocasião foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexos III e IV) em duas cópias, sendo uma assinada e entregue no momento da entrevista para a pesquisadora. Nele, constam estas e demais informações sobre o estudo. As responsáveis pelo estudo comprometem-se a retornar com os dados analisados ao final da pesquisa para apresentação aos participantes.

Perguntas Avaliativas	Tabela_7: Matriz de Informação			
	Entrevistas		Análise Documental	
	Nº da Questão	Pergunta	Nº da Questão	Pergunta
1. Quais são as ações de VE da TB executadas em Itaboraí? Elas condizem com as recomendações nacionais?	Q.2 Q.8 Q.9	2. Relação e atividades da VE quanto à TB 8. Parceria com outros setores 9. Estudos sobre as condições de vida e saúde da população	Q 1 RAG/Plano Q 2 RAG/Plano Q 3 RAG/Plano Q 4 RAG/Plano Q 5 RAG/Plano Q 6 RAG/Plano Q 7 RAG/Plano Q 1 L.Casos Q 7 L.Casos Q 8 L.Casos Q 13 L.Casos	1. A TB é uma doença de ação prioritária? 2. Quais os objetivos para a atuação na TB? 3. Quais os indicadores para avaliação da situação da TB? 4. Qual o panorama atual da doença? 5. Quais as metas para a TB? 6. A VE é considerada como uma linha de ação para o controle da TB? 7. Existem indicadores ou metas relacionadas à VE do PCT? 1. Nº de pacientes notificados com TB 7. Nº de pacientes de abandono 8. Quantos óbitos ocorreram no período 13. Nº de contatos examinados
2. As ações realizadas pela VE são adequadas e suficientes em relação às demandas e necessidades apresentadas pela realidade local?	Q.3 Q.4 Q.5 Q.6 Q.7 Q.9 Q.10	3. As atividades de vigilância são suficientes 4. Questão política 5. Trabalho e vínculo dos profissionais da AB 6. Recursos 7. Indicadores de Cura, Abandono e Mortalidade 9. Estudos sobre as condições de vida e saúde da população 10. Impactos do COMPERJ	Q 2 RAG/Plano Q 4 RAG/Plano Q 6 RAG/Plano Q 1 L.Casos Q 7 L.Casos Q 8 L.Casos Q 13 L.Casos	2. Quais os objetivos para a atuação na TB? 4. Qual o panorama atual da doença? 6. A VE é considerada como uma linha de ação para o controle da TB? 1. Nº de pacientes notificados com TB 7. Nº de pacientes de abandono 8. Quantos óbitos ocorreram no período 13. Nº de contatos examinados

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por pergunta avaliativa presente neste trabalho. Contudo, primeiramente serão descritas as observações realizadas a partir do processo de coleta de informações no campo de pesquisa, a saber, as entrevistas e a análise documental.

Observação Direta: Descrição do Campo

Uma primeira percepção foi do município de Itaboraí como um local com pouca infraestrutura urbana. Para quem chega, apesar das unidades centrais de saúde (como o PCT e a Secretaria de Saúde) ficarem em áreas mais urbanizadas, as três unidades de PSF cujos enfermeiros foram entrevistados encontravam-se em áreas que se assemelhavam a locais rurais. Estas áreas possuíam comércio e serviços porém com estradas de barro, muita poeira e com valas a céu aberto. As pessoas, de um modo geral, referiram o saneamento básico como um grave problema na região e as ruas, mesmo próximas ao centro da cidade, não eram asfaltadas.

A Secretaria Municipal de Saúde, na região central de Itaboraí, possui estrutura mais adequada pois encontra-se no prédio do antigo fórum da cidade. O Programa de Controle da Tuberculose, contudo, até fevereiro de 2015, encontrava-se num espaço pequeno, sem estrutura física e de biossegurança adequadas para receber os pacientes ou comportar seus funcionários. Eram apenas dois consultórios; um laboratório de baciloscopia sem a refrigeração, iluminação e espaço adequados para suas atividades; e uma sala muito pequena, onde havia um computador porém sem telefone e com acesso à internet oscilante. As figuras abaixo são fotografias tiradas do PCT de Itaboraí.

Vale ressaltar que esta estrutura é referida ao PCT central (ou municipal), também chamado de “referência secundária” para o tratamento da TB, visto que possui, num mesmo espaço, as atividades de gerência e de atendimento a pacientes de fora da área de abrangência da ESF, assim como casos mais complexos da doença e pacientes assistidos por unidades de PSF – que mensalmente se consultam na referência secundária para o monitoramento e acompanhamento compartilhado do tratamento.

As unidades de PSF, por sua vez, apresentavam estrutura um pouco rústica, se assemelhavam a casas, com pouca ventilação ou espaço adequado para a recepção e atendimento da população. Uma das unidades de saúde, inclusive, não tinha água pois a caixa d'água estava suja e as solicitações para que fosse limpa não foram atendidas. A água utilizada pelos funcionários estava sendo comprada pelos mesmos.

Figura_5: Entrada antiga do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.



Foto tirada por *Beatriz Soares* em 15/12/2014

Figura_6: Recepção antiga do Programa Municipal de Controle da Tuberculose



Foto tirada por *Beatriz Soares* em 15/12/2014

Figura_7: Recepção antiga do Programa Municipal de Controle da Tuberculose



Foto tirada por *Beatriz Soares* em 15/12/2014

Figura_8: Corredor antigo do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.



Foto tirada por *Beatriz Soares* em 15/12/2014

Ao fim da coleta de dados no município, o Programa de Controle da Tuberculose recebeu um novo espaço físico reformado, amplo, com um laboratório adequado e modernizado, espaço de espera confortável e seguro para os pacientes e com mais recursos materiais (a exemplo de alguns computadores para a equipe). Em meio ao processo de mudança, no final de abril de 2015, foi fotografado novamente o programa municipal.

Figura_9: Entrada nova do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.



Foto tirada por *Beatriz Soares* em 29/04/2015

Figura_10: Corredor novo do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.



Foto tirada por *Beatriz Soares* em 29/04/2015

Figura_11: Laboratório novo do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.



Foto tirada por *Beatriz Soares* em 29/04/2015

Figura_12: Laboratório novo do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.



Foto tirada por *Beatriz Soares* em 29/04/2015

Figura_13: Consultório novo do Programa Municipal de Controle da TB



Foto tirada por *Beatriz Soares* em 29/04/2015

Descrição do problema da TB

De acordo com a primeira e a última perguntas dos roteiros de entrevistas, foi possível notar a percepção que estes atores possuem sobre a doença no local. A TB foi associada no município, pela maioria dos entrevistados, como uma doença relacionada às precárias condições de habitação (espaços pequenos, sem ventilação e/ou higiene adequados), aglomeração (famílias numerosas em espaços apertados), baixa formação escolar (pouco entendimento e conhecimento sobre as questões de saúde e prevenção da doença), empobrecimento (baixas condições financeiras, o que leva a uma má alimentação e às piores condições de “abrigo”), e a utilização de álcool e drogas.

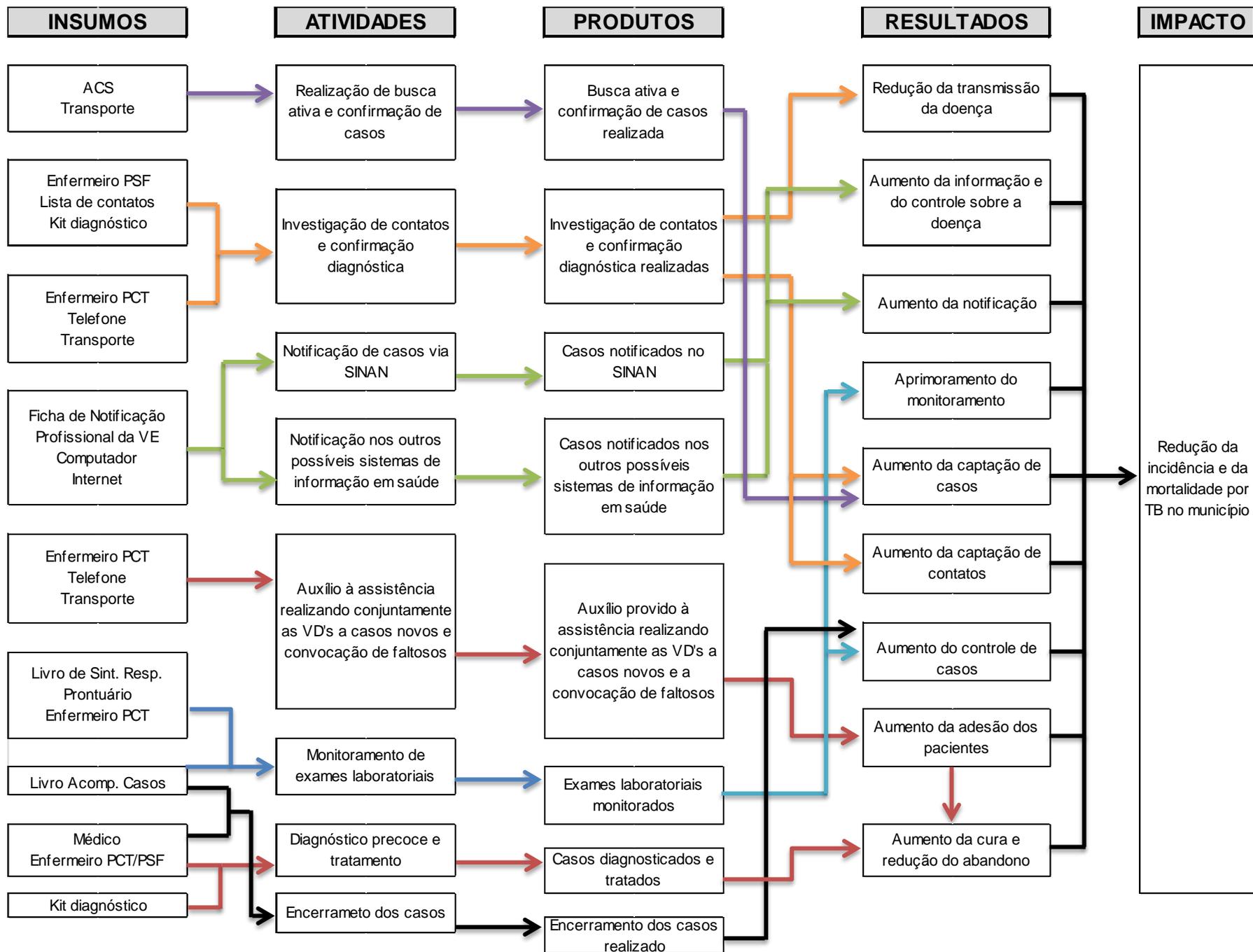
Para além disso, houve uma mudança no perfil dos pacientes de TB do município. Hoje, de acordo com as falas dos entrevistados, devido à grande disseminação do tráfico de drogas na região decorrente da vinda do COMPERJ e do processo de pacificação no Rio de Janeiro, a maioria dos pacientes são ex-presidiários, usuários de álcool/drogas e indivíduos provenientes de bolsões de pobreza (que cresceram com a vinda dos trabalhadores da construção civil).

A seguir, a análise do objeto de nosso estudo através das respostas nas entrevistas e da análise documental em relação às perguntas avaliativas. Vale ressaltar, no entanto, que os atores tendem a responder as questões relacionando-as às suas atividades de trabalho, apenas alguns demonstraram maior abstração e visão ampliada acerca do objeto em questão.

1. Quais são as ações de VE da TB executadas em Itaboraí? Elas condizem com as recomendações nacionais?

O município de Itaboraí utiliza como guia as ações de vigilância epidemiológica recomendadas pelo MS. Para observar as atividades propostas desde 2011 pelo manual de recomendações do MS, foi elaborado um modelo lógico (figura_14 abaixo) para as atividades de vigilância epidemiológica do PCT municipal. Este modelo indica quais os insumos necessários, produtos (consequências imediatas), resultados (consequências a médio prazo) e impactos (consequências a longo prazo) que cada uma destas atividades gerarão. O modelo lógico é uma das técnicas utilizadas no planejamento e na análise de informações. Ele se baseia na apresentação de eventos de forma encadeada, com padrão de causa-efeito, de acordo com a teoria existente (Oliveira, 2008 apud Yin, 2005). O modelo abaixo demonstra a estrutura para a vigilância da TB, apresentando as atividades propostas pelo MS e encadeando-as com todos os elementos necessários e efeitos provocados a partir da concretização das mesmas. Contudo, nem todas estas atividades são realizadas adequadamente pelo município de Itaboraí.

Sendo assim, para responder a esta pergunta avaliativa, observamos os achados das questões dois e oito do quadro síntese das entrevistas. Através das mesmas, é possível dizer que as atividades de vigilância às quais os indivíduos se referem são a busca de sintomático respiratório e a busca de contatos, com exceção de dois funcionários da referência secundária, que apresentaram uma visão um pouco mais ampliada sobre o tema e referiram outras práticas para a vigilância, como os estudos sobre as condições de vida e saúde da população local. No entanto, algumas questões devem ser levantadas sobre o assunto.



Idealmente, no município de Itaboraí, os casos suspeitos de TB ou os sintomáticos respiratórios seriam atendidos na unidade de saúde da família por demanda espontânea (quando o paciente busca a unidade) ou por busca ativa, quando são identificados os sintomáticos respiratórios na comunidade e levados à unidade de saúde para confirmação diagnóstica. Neste atendimento, o PSF faz um pedido de exame encaminhando o paciente para a unidade de referência (o PCT – onde o exame é realizado). Em caso positivo para a TB, este paciente recebe uma primeira orientação e um kit com parte dos medicamentos e é referenciado novamente para a unidade de saúde da família, que se torna responsável pelo seu tratamento.

Ainda assim, contudo, uma vez por mês o paciente deve se consultar na referência para que esta faça o monitoramento do tratamento (o que eles chamam de tratamento compartilhado). A referência centraliza, ainda, as informações e notificações para o livro de casos de todas as unidades do município. Na unidade de PSF deve ser feita uma lista de contatos junto ao paciente (das pessoas que convivem com ele diariamente, principalmente as que moram no mesmo local). Tal lista é enviada à unidade de referência e esta é responsável pela busca dos contatos. Os pacientes que são diagnosticados com TB pelo hospital ou pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) também são encaminhados para a referência secundária e ela encaminha para a unidade de PSF mais próxima do paciente ou realiza todo o tratamento daqueles que moram em áreas sem cobertura de ESF.

A busca de sintomáticos respiratórios é responsabilidade das equipes de PSF, mais especificamente dos agentes comunitários de saúde. Estes, por sua vez, de acordo com a fala dos gestores, dos profissionais da referência secundária e de duas das enfermeiras de PSF, não realizam adequadamente esta função. Parte dos agentes comunitários são referidos como funcionários descomprometidos com o processo de trabalho na unidade, inclusive na questão da TB. As enfermeiras de PSF e alguns outros entrevistados indicam que a maioria deles não realiza as visitas domiciliares nem as demais tarefas para as quais são designados. Na visão das mesmas eles estão desmotivados, descomprometidos e não compreendem a responsabilidade de seu trabalho no processo de acompanhamento dos usuários do serviço de saúde.

De acordo com as entrevistas, atrelado a isso está a questão do concurso público dos agentes comunitários no município. Grande parte deles se tornaram estatutários e no lugar disso se tornar algo positivo por dar mais estabilidade ao funcionário, promoveu a acomodação da maioria. Eles deixaram de se engajar no trabalho e de fazer aquilo que não estava referido por lei como sua obrigação. Isto pode ser verificado na fala a seguir da enfermeira de uma das unidades de PSF do município:

“Eles buscam muito direitos na questão financeira, na remuneração salarial, mas eles não procuram a parte de incentivo de trabalho. Então eles caíram muito, a gente cobra mas eles tem sempre o respaldo do sindicato deles. [...] E o trabalho é ruim porque ele não fica aqui na unidade e você não tem gente pra fiscalizar na rua, não tem como controlar, é o tipo de coisa que a gente fica sabendo pelo que o paciente fala que não recebeu visita tem 2 meses.”

Já a busca de contatos, contudo, é uma responsabilidade do PCT central, ou seja, da unidade de referência secundária. Através da análise documental do livro de casos pôde se perceber que esta atividade está aquém do esperado, visto que a maioria dos contatos identificados não são examinados para a verificação de acometimento pela TB. Alguns entrevistados da referência secundária e da gestão também referiram este problema justificando como uma falha do programa por não possuir os recursos necessários para esta atividade, tais como carro, telefone ou mesmo recursos humanos disponíveis para tal.

Para além disto, foi possível notar o desconhecimento de alguns entrevistados sobre o que é o processo de vigilância da doença. Alguns não entendem sua importância, não vislumbram nem realizam atividades para além das indicadas pelos manuais de recomendação do MS, e tem dificuldades de compreensão mesmo do que está preconizado. Em uma das unidades a enfermeira relacionou a busca de sintomáticos respiratórios como a mera procura de pacientes que faltam às consultas ou exames na unidade de saúde da família ou na referência secundária, observe a fala da mesma:

“Aí a gente coloca o agente na cobrança porque as vezes fala “ah, eu vou” e a gente não sabe se foi aí o agente vai lá e busca ativa.”

Ainda sobre esta pergunta avaliativa é necessário referir que o setor de vigilância epidemiológica do município trabalha de maneira dissociada da vigilância epidemiológica realizada pelo PCT. Com exceção de um gestor e dois funcionários da referência secundária, os demais entrevistados desses dois grupos de atores referiram que o setor de vigilância epidemiológica do município se atém a albergar os bancos de dados da tuberculose, inserindo os dados no SINAN e gerando os gráficos e estatísticas quando solicitados. Foi informado, como pode ser verificado na fala abaixo de um dos gestores entrevistados, que este não é um problema de falta de comunicação ou comprometimento porém uma dificuldade do setor de vigilância epidemiológica em atender a tantas quantas são as demandas que lhes cabem.

“A VE não faz a vigilância dos casos, ela alberga o banco e faz a sua digitação. Quem faz toda a vigilância da tuberculose é o programa, não é a VE. Ela é um receptor das fichas de notificação [...]. Acho que o programa de tuberculose tem um papel tão grande de vigilância e as coordenações são tão preparadas pra vigiar seus casos, que a vigilância fica meio de lado e não assume seu papel. Por não querer? Não, não é por não querer mas por que ela não tem capacidade, ela não tem recursos humanos, não tem estrutura, ela não briga pela tuberculose.”

Os dois funcionários da referência secundária citados anteriormente, em adição às práticas de busca ativa e de contatos, referiram como atividade de vigilância a redução do abandono através de um trabalho de aproximação e compreensão do paciente a fim de utilizar estratégias para vinculá-lo à unidade e fazê-lo se comprometer com a conclusão do tratamento. Outra questão levantada na fala de um destes profissionais foi a necessidade de realização de um Projeto Terapêutico Singular, ou seja, uma forma diferenciada de acordar o tratamento com cada paciente respeitando suas individualidades e as especificidades das suas condições de vida e saúde. Este profissional explorou a necessidade de participação de outros setores (a exemplo de esporte, lazer e cultura) para a promoção e prevenção em saúde, e para o desenvolvimento de conhecimento e apoderamento da população sobre as suas condições de vida e saúde. Ele aponta a necessidade de ver e pensar no indivíduo como um todo e em tudo aquilo que está ao seu redor que pode, de alguma forma, lhe causar

angústias ou interferir direta ou indiretamente sobre a sua qualidade de vida ou saúde, como vemos na fala a seguir:

“A tuberculose não está solta, ela sempre traz uma história de um indivíduo com humor deprimido, de problemas familiares, de desemprego, questões que geram um sentimento de menos valia, o autocuidado fica rebaixado, para além, claro, das questões de contaminação no ônibus, na van... mas o que eu percebo é que a tuberculose é na verdade uma consequência e não a causa dos problemas. E nosso desafio é ajudar esse indivíduo a se reinventar a partir da doença. Eu gostaria que o PCT começasse a abrir essa trilha com o apoio do PSF mostrando que a intersetorialidade é fundamental.”

Além da visão deste profissional acerca da intersetorialidade, mencionada acima, cinco dos demais entrevistados referiram a existência ou a importância do auxílio de outros programas dentro do segmento de saúde, porém não referiram a necessidade de ação conjunta com outros setores. Outros três referiram a fragmentação e o isolamento dos setores como o impedimento para que tal integração ocorra. Devido a uma cultura instalada de setores com dificuldade de comunicação, realizando trabalhos de maneira pontual e isolada, as atividades e informações acabam não sendo compartilhadas e conversadas, e as parcerias, por sua vez, não são efetivadas, embora por vezes sejam até pensadas. A fala de um dos gestores entrevistados corrobora para esta afirmação:

“Aqui nós temos uma gestão ainda muito fragmentada, coordenações funcionando como se fossem ilhas. Falta intersetorialidade. [...] Isso é um desafio porque aqui tem uma cultura, como te falei, de ‘esse pedaço é meu’, ‘eu sempre fiz assim e deu certo’.”

Em relação às taxas atuais de cura e abandono ao tratamento de TB, a fala dos entrevistados reflete o que consta nos sistemas de informação em saúde, que estas não estão de acordo com o que é preconizado pelo MS. As metas de cura e abandono do MS já foram alcançadas no município (entre os anos de 2005 a 2009), contudo, referem os entrevistados, após um período de grande instabilidade política em Itaboraí (de 2010 a 2011), o setor de saúde, inclusive o PCT, foi afetado e teve seu desempenho reduzido.

Este mesmo problema político teria afetado profundamente a atenção básica, comprometendo, no caso deste programa, não apenas o tratamento dos pacientes com TB, como a realização das atividades de vigilância epidemiológica relacionadas à doença. O programa se propõe a realizar as atividades de vigilância recomendadas pelos manuais do ministério, contudo, as mesmas não são executadas em sua plenitude.

Dentre as atividades de vigilância epidemiológica propostas aos programas de TB, podemos ressaltar que, principalmente, as atividades de busca ativa de sintomáticos respiratórios e a busca de contatos são deficientes no município. A busca ativa não é realizada adequadamente pela atenção básica, sendo este problema relacionado à falta de comprometimento da maior parte dos agentes comunitários, conforme apontado pelos entrevistados. A busca de contatos, em contrapartida, como um problema relacionado à falta de estrutura básica para dar conta das atividades. Os indicadores demonstram que o percentual de 1% de busca ativa de sintomáticos respiratórios não é alcançado no município, apesar destas informações não se encontrarem no relatório de gestão ou no plano municipal de saúde. Através da análise do livro de casos, em contrapartida, verificamos que dos 13 pacientes de TB captados pelas 3 unidades de saúde estudadas no ano de 2013, foram identificados 46 contatos, dos quais apenas 16 foram examinados.

Em relação à mortalidade, o desempenho do PCT em alcançar a redução desta taxa até o limite máximo determinado pelo MS, também não está dentro do esperado. Os entrevistados referem que isto se dá por dois motivos. O primeiro seria o diagnóstico do doente em um estado bastante avançado da doença, quando a atenção básica não o captou no território. O segundo, quando quadros sugestivos levam ao preenchimento da causa básica na declaração de óbito como TB, ou seja, quando o paciente vai a óbito sem um diagnóstico definido mas possuía um quadro ou exames que indicavam TB.

Sendo assim, pode-se dizer que tanto as ações e práticas de vigilância quanto as metas de desempenho para a doença, não são realizadas adequadamente ou alcançadas para corresponder ao que é proposto nas recomendações nacionais para o controle da TB.

2. As ações realizadas pela Vigilância Epidemiológica são adequadas e suficientes em relação às demandas e necessidades apresentadas pela realidade local?

Não são realizados estudos ou avaliações sobre as condições de vida e saúde da população para planejar as ações do PCT em adequação com a realidade local. Não é realizada, ainda, a integração com outros setores, excetuando-se uma pequena parceria referida por alguns entrevistados com o Desenvolvimento Social e com outros serviços de saúde. Os documentos utilizados para a análise documental demonstram são poucas as metas ou indicadores relacionados à TB, com exceção do 1% de busca de sintomáticos respiratórios, no relatório de gestão e no plano de enfrentamento de TB/HIV do município. Destes, podemos retirar, ainda, que a VE não é uma prioridade dentro do PCT, uma vez que são poucas as informações contidas nos documentos sobre a mesma. Vale ressaltar, novamente, que os entrevistados referem que a vigilância realizada para a TB é praticada exclusivamente pelo programa de controle da doença e não pelo setor de vigilância epidemiológica do município.

O ideal de vigilância, de acordo com os referenciais teóricos colocados no início deste trabalho, seria o de secretarias que conversassem para estudar o modo e a situação de vida e saúde dos indivíduos e grupos populacionais, identificando os problemas, e planejando em conjunto para mitigá-los, saná-los, e preveni-los, além de promover saúde. O que é realizado pelo PCT do município, porém, é a notificação de casos e a busca de doentes, como priorizam as diretrizes nacionais, sem que ocorram estudos e reflexões sobre a situação de saúde local. Em Itaboraí, mesmo as atividades de VE realizadas pelo PCT, não funcionam adequadamente.

A partir do trabalho de campo, as informações coletadas levam ao entendimento de que isso não se dá em razão de um programa de TB fragilizado, mas porque o cenário político-partidário e os instáveis vínculos empregatícios desestruturaram o setor de saúde do município nos últimos anos. As relações de poder são comuns nas cidades de todo o país, porém nas cidades pequenas elas se tornam mais evidentes, como é o caso de Itaboraí. Mesmo com um sistema de saúde precário, o PCT do município veio

avançando desde 2002, recebendo incentivos e prêmios, até que a gestão da prefeitura iniciada no ano de 2009 e finalizada no início de 2013, promoveu, em 4 anos, uma mudança de 14 secretários de saúde.

De acordo com alguns profissionais e gestores entrevistados, em 2002 houve a implantação do PSF no município, juntamente com a mudança na atuação sobre TB e a implantação do PCT. Ainda de acordo com alguns entrevistados, a partir desse período, profissionais foram capacitados e o comprometimento com o processo de trabalho foi se estabelecendo para que aquele modelo fosse bem sucedido. O setor de saúde do município (incluindo-se, portanto, o PCT), foi avançando em suas práticas e na melhoria dos indicadores.

No PCT ocorreu, em 2005, a entrada do Projeto USAID (do inglês *United States Agency for International Development*) do estado do Rio de Janeiro, cujo incentivo, de acordo com entrevistado, foi uma força tarefa e um carro cedido uma vez por semana para o programa. A força tarefa constituía-se de um profissional que fazia o monitoramento da TB em cada equipe de Saúde da Família do município. Este projeto permaneceu em Itaboraí até o ano de 2009. Em 2007 entrou, ainda, o Projeto Fundo Global. Este segundo, também de acordo com entrevistado, permaneceu até 2010 e auxiliou nas capacitações de TB. Como incentivo, houve o pagamento da hora/aula e a alimentação dos profissionais. Ao cabo do apoio destes organismos, o município tentou mas não conseguiu contratar a força tarefa. Como medida compensatória, aumentou a equipe do PCT e cedeu um carro duas vezes na semana para manter o serviço. Se verificarmos a série histórica da TB, retirada dos bancos de dados do município, perceberemos que estes projetos mantiveram os indicadores que o município conquistou de 2002 a 2004, contudo, a partir de 2009 eles tiveram uma queda importante e em 2011 voltaram, ainda que lentamente, a melhorar.

Este período de queda dos indicadores coincide, de acordo com um dos entrevistados, com o período em que a gestão, e conseqüentemente toda a saúde e seus profissionais, se fragilizou. Em suas palavras:

“E no momento que a gestão se fez frágil nossos indicadores também caíram então nós vemos que não é apenas uma pessoa mas quando cai é todo o coletivo que acaba se perdendo também.”

Essa fragilidade da gestão, de acordo com alguns profissionais, se deu através do cenário político conturbado que passou a viver o município. As questões e influências políticas na verdade sempre existiram, porém, como na fala de um dos entrevistados, se agravaram nos últimos anos. A frequência com que mudavam os secretários de saúde foi uma das principais questões que impactaram o setor.

A rotatividade de secretários de saúde vem acompanhada da rotatividade de médicos, enfermeiros e mesmo agentes comunitários. Como alguns gestores mencionaram após a gravação das entrevistas, os políticos tiram profissionais e colocam outros em seu lugar. Muitas vezes os substitutos são pessoas descomprometidas visto que sabem que permanecerão na função apenas durante o mandato político daquele indivíduo. Como referiu um dos profissionais do PCT:

“Às vezes acontece, como eu já vi, boas enfermeiras sendo retiradas, realizando um bom trabalho mas retiradas porque o vereador ‘x’ quer o enfermeiro dele, que vai fazer campanha pra ele, e coloca alguém sem compromisso nenhum porque sabe que vai ficar ali durante um tempo e depois acabou, isso é muito da política municipal.”

Portanto, encontra-se nas unidades pessoas com apadrinhamentos políticos, que não tem perfil para trabalhar em PSF, como disse um dos gestores entrevistados, mas que são colocadas para fazer campanha para certos políticos. Nas palavras desta pessoa:

“Hoje, o técnico pouco é ouvido, o que manda é a política partidária. Não é política de saúde, é a política da vereança.”

Um exemplo disso foi a fala de uma das enfermeiras de PSF entrevistadas. De acordo com ela, os agentes comunitários quase não fazem visita domiciliar e busca de sintomático respiratório. Diz ainda não poder cobrar ou exigir muito porque eles possuem apadrinhamentos políticos que a demitiriam, já que seu vínculo no município é por contrato.

Refere-se que a rotatividade de profissionais, por sua vez, influencia diretamente nos serviços de saúde e, especialmente, na TB. O tratamento para a doença, que havia sido descentralizado completamente para a Atenção

Básica, perdeu qualidade, apesar das capacitações, visto que ao acabar o treinamento e preparação dos profissionais, eles eram substituídos.

O problema de gestão, ou o “sucateamento da gestão da saúde”, como referiu um dos entrevistados, afetou não somente a tuberculose mas toda a saúde, conforme a fala abaixo de um dos gestores:

“O que eu observo é que como mudava sempre, as pessoas começavam a trabalhar aí para tudo, muda o secretário e começa tudo de novo do jeito dele. Muda as equipes, tira enfermeiro, joga pra lá... e isso não só no PCT mas em todos os programas. Perdemos muitos bons profissionais, que estavam comprometidos com vários programas, e que saíram por causa dessa crise na gestão, que tinha como causa uma intervenção muito forte política e partidária.”

Outro ponto importante que contribuiu para os problemas da saúde foi a fragilidade dos vínculos de trabalho no município. A precarização da mão de obra, como diz um dos gestores, é fruto de uma dificuldade de fixação do profissional. A maior parte deles era contratada e não tinha muitos direitos trabalhistas. Hoje, o vínculo ainda se dá por contrato, porém, procura-se estabelecer certos direitos aos indivíduos. A mão de obra especializada, por sua vez, não permanece no município, visto que recebe propostas de fora e prefere os locais onde tem melhores condições de trabalho.

Outro gestor refere, ainda, que não existe isonomia salarial no município. Pessoas desempenhando as mesmas funções e com a mesma carga horária de trabalho (principalmente os médicos) recebem salários diferentes, o que faz com que muitos não permaneçam em Itaboraí. Atrelado às questões de vínculo, está o concurso público dos agentes comunitários de saúde, assunto este já tratado no presente estudo. Os ACSs estariam deixando de se engajar no trabalho e de fazer aquilo que não estava referido por lei como sua obrigação.

Para além dos problemas mencionados acima, Itaboraí conta hoje com os impactos e consequências da construção do COMPERJ. De acordo com entrevistados, mesmo antes do início das obras, Itaboraí e os municípios do seu entorno criaram o CONLESTE, que seria um espaço de discussão sobre os impactos do empreendimento para a região. Desde então, era sabido que

algumas áreas seriam rápida e diretamente impactadas pela construção do empreendimento, sendo uma delas a saúde. Foi detectada a necessidade de ampliação dos serviços de saúde, desde a rede básica até os serviços de alta complexidade, contudo, as empresas não adiariam o início das obras para que essa rede de serviços fosse criada. Sendo assim, Itaboraí, que já tinha uma rede de saúde deficitária, recebeu um enorme afluxo de trabalhadores e teve de dar conta de suas demandas. Além disso, a população que chegou ao município, como disse um dos gestores, era formada, em sua maioria, por trabalhadores da construção civil com fatores que os levavam ao limiar da doença, e não da saúde (como baixas condições financeiras, excesso de trabalho, alimentação ruim etc).

Paralelo a isso, o COMPERJ provocou uma mudança de cenário no município. O complexo passou a ser uma refinaria, tornando inutilizável a estrutura que havia se criado para as indústrias de segunda linha. Não houve fixação, ainda, da moradia dos engenheiros e altos funcionários do complexo na região, o que havia provocado uma especulação imobiliária, além da construção de prédios e condomínios que hoje, de acordo com a fala de alguns entrevistados, estão abandonados no município e no seu entorno. A fala a seguir é referida à um dos gestores entrevistados para esta pesquisa.

“O COMPERJ deixou de ser aquele projeto para 2009, ele deixou de ser um complexo petroquímico pra ser uma grande refinaria. Então, tudo aquilo que estava proposto e que várias indústrias se instalaram e se prepararam, como em Tanguá que construíram vários galpões pra fazer as indústrias de segunda linha, caiu por terra. A própria questão da construção civil. Você vê hoje aqui na 22 de Maio vários prédios vazios porque criou-se uma bolha imobiliária e os preços foram lá em cima.”

Por fim, dois dos entrevistados prevêm que em 2016, para quando está programada a conclusão das obras, estes trabalhadores da construção civil voltem para suas cidades de origem, deixando em Itaboraí as famílias que construíram durante o período que passaram no município. Acredita-se que isto promoverá um segundo momento de efeitos, não só na saúde como em outros setores do município, como foi exposto por um dos entrevistados na fala a seguir:

“Na hora que terminar a parte de construção, que está previsto pra 2016, grande parte dessa mão de obra vai embora mas eu tenho certeza que vão ficar os órfãos do COMPERJ aí porque já tem famílias sendo formadas e o cara vai embora e deixa tudo. Será quando vamos viver um segundo momento.”

DISCUSSÃO

Algumas questões devem ser ressaltadas, a partir da fala dos entrevistados e dos documentos analisados, como os principais fatores que influenciam ou determinam no processo de vigilância da TB em Itaboraí. Estes achados, por sua vez, demonstram a dificuldade de adequação das ações de vigilância epidemiológica em relação à realidade do município.

Primeiramente, é necessário destacar a descrição da TB na fala dos entrevistados, que se configurou de duas maneiras: no sentido social da doença ou no aspecto estrutural dos serviços.

O aspecto social, como verificado nos resultados deste estudo, relaciona a TB a fatores como aglomeração, baixa renda, pouca escolaridade, condições ruins de habitação, alimentação, dentre outras questões. Estas questões são reforçadas pela revisão da literatura realizada no início deste estudo e pelos achados de San Pedro (2014), que aponta a inserção dos indivíduos na produção do capital como fator determinante para a disseminação e acometimento pela doença, e coincidem com o que foi encontrado na revisão de literatura e apresentado na introdução deste trabalho. Os indivíduos integrados ao circuito principal da economia (que seriam os empregos com alta incorporação tecnológica, mais complexos, com salários mais altos e que dispõem de planos de saúde e/ou seguridade social), são conseqüentemente mais protegidos do ponto de vista epidemiológico, e o acometimento pela TB está associado, fundamentalmente, a comportamentos de risco. Já os indivíduos excluídos do circuito principal, à margem da dinâmica de produção do capital (sem renda ou emprego fixos e previsíveis), possuem um padrão de associação da TB com as questões de renda, alimentação e utilização de álcool e drogas (Sabroza, 2004). Os estudos deste mesmo autor indicam associação da TB em, nível individual, a fatores como alcoolismo, baixo nível escolar, baixo rendimento monetário, carência alimentar e coinfeção pelo vírus

HIV; e, no nível ecológico, a fatores como renda, escolaridade e densidade populacional.

Quanto ao aspecto estrutural do PCT, podemos mencionar a falta de insumos para a realização das atividades do programa. A utilização, por exemplo, de telefone, carro, computador e internet, fundamental para a realização da maior parte das atividades de vigilância, não são adequadamente disponibilizados ao programa, sendo este um dos resultados deste trabalho. Achados de outro estudo sobre o processo de controle da TB em municípios do estado do Rio de Janeiro (dentre eles Itaboraí), corroboram sobre a carência de insumos fundamentais para as práticas do PCT, conforme trecho abaixo retirado do artigo de Cunha et al, 2014:

“De modo geral, a infraestrutura para a realização das atividades do PCT é bastante frágil. A escassez de insumos se estende a todas as atividades do programa. [...] Telefone, acesso à internet e carro são equipamentos compartilhados com outras coordenações e setores das secretarias municipais de saúde. É comum o uso de celulares pessoais dos profissionais das unidades para comunicação com a coordenação do PCT. Alguns utilizam computador, internet e e-mail pessoais, para enviar e receber, de casa, informações relativas ao programa”.

Atrelado à questão estrutural, verifica-se a grave instabilidade política no município, mencionada nos resultados deste estudo. Este cenário tem como consequência a desestruturação das atividades realizadas no setor de saúde e o agravamento do quadro preexistente. O estudo de Cunha et al (2014), enfatiza que a intermediação de interesses políticos na indicação de funcionários e na gestão da saúde promove uma considerável rotatividade de profissionais. A cada mudança política ocorre nova substituição de profissionais, o que gera sérios prejuízos ao programa. Este estudo também sinaliza que, por mais que sejam realizadas capacitações, elas são insuficientes frente à frequência de substituições. Tal quadro perpetua a necessidade de treinamento de profissionais e dificulta o adequado tratamento e controle da doença.

O pouco envolvimento dos profissionais também foi recorrente na fala dos entrevistados. Devido à rotatividade e influência política na distribuição de

cargos e funções, muitos dos profissionais colocados por indicação política, de acordo com o que foi referido pelos informantes da pesquisa, eram indivíduos que desconheciam ou eram descomprometidos com o processo de trabalho.

Monroe et al (2008), em seu estudo sobre o envolvimento das equipes de atenção básica no controle da TB, também afirmam que um elemento que prejudica a manutenção da qualidade do trabalho de equipes de saúde para lidar com a TB:

“Um elemento que prejudica a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com a TB [...] é a rotatividade dos profissionais, relacionada à descontinuidade político-partidária nos sistemas municipais de saúde, trazendo como conseqüência, a dificuldade para o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os doentes” (p.265).

Os autores indicam, ainda, que a sobrecarga de funções referidas aos profissionais da atenção básica (problema igualmente levantado ao longo das entrevistas para este estudo), devido à incorporação de diferentes programas de saúde, promoveu a dessensibilização e a desorganização do processo de trabalho dos serviços, inclusive na incorporação das ações para o controle da TB. Os mesmos autores sintetizam estas questões referindo, como pode ser visto no trecho abaixo, que a qualidade e a quantidade de recursos humanos são um fator determinante para o sucesso no controle da TB.

“A falta de envolvimento, sensibilização, conscientização e habilidade técnica; a rotatividade dos membros das equipes no sistema de saúde; a drenagem dos profissionais com maior capacitação para os sistemas privados são problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde. Programas de saúde específicos, como o da TB, reconhecem que o controle da doença ainda não foi alcançado devido à deficiência quanti-qualitativa na força de trabalho em saúde”.

Para além das dificuldades apontadas pelos autores, detectou-se neste estudo, que a influência político-partidária promove não somente a dificuldade de estabelecimento de vínculos devido à contínua substituição de profissionais, como a acomodação de alguns em decorrência do poder de seus

apadrinhamentos políticos ou devido ao conhecimento de sua permanência por período limitado ao mandato político do indivíduo.

Outra importante questão a ser destacada é o funcionamento dos setores de forma compartimentalizada ou, como na fala de alguns gestores, fragmentada. O setor de vigilância epidemiológica do município se atém ao processamento e alimentação dos bancos de dados, deixando de participar das atividades de vigilância de maneira conjunta com o PCT, e apenas alguns programas dentro do setor de saúde agem em parceria com o mesmo.

O que se faz necessário, contudo, é a concreta articulação dos serviços de saúde com outros setores públicos (como habitação, assistência social, educação) para analisar a situação de vida e saúde da população e intervir de maneira intersetorial, eliminando ou mitigando os vetores de reprodução da doença (Natal et al, 2004).

A intersetorialidade em saúde, de acordo com Sá, 2011, é compreendida como:

“uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor, que se tenha formado para atuar em um tema, visando alcançar resultados de saúde de maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável, do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só”.

Esta permanece, portanto, como uma barreira a ser vencida em Itaboraí para que haja planejamento e ações conjuntas que impactem de maneira mais efetiva no controle da doença. Não existe no município uma integração formal entre os diferentes setores ou secretarias para analisar a situação de vida e saúde da população, planejar e agir sobre os seus problemas. Nem mesmo estudos ou avaliações são realizados, ainda de acordo com a fala dos entrevistados, para conhecer a realidade das localidades do município, quais são suas prioridades e demandas – o que seria o primeiro passo para gerar as informações necessárias ao planejamento conjunto e realização de ações intersetoriais. De acordo com texto sobre Salas de Situação em Saúde de Brasília/MS, 2010, é necessária uma nova cultura nos serviços de saúde, que

“pressupõe mudanças tanto no processo de gestão da saúde, onde a informação e conhecimento sejam intensivamente utilizados, quanto na gestão da informação e TIS, direcionando-a para sua qualificação, articulação intersetorial, análise e fomento ao seu uso” (p. 26).

Quanto aos documentos utilizados para a análise documental, não foram identificadas metas e indicadores detalhados para a TB no município. Contudo, de acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (Brasília/MS, 2011):

“é conveniente identificar as atividades mais importantes com base em metas e indicadores a serem estabelecidos. [...] Sugere-se que haja uma rotina de reavaliação periódica das equipes estaduais e municipais para revisão das metas e planejamento das ações. É importante também que os municípios realizem reuniões, pelo menos trimestrais, para avaliação das atividades do programa com seus serviços de saúde”.

O fato de não serem identificadas metas detalhadas, ou seja, dados estatísticos do que foi feito até o presente momento e do que se pretende realizar em determinado prazo, dificultam o processo de planejamento e tomada de decisão devido à falta de informações acerca do andamento das atividades do programa.

Ainda sobre as informações pertinentes à TB, o estudo de Cunha et al (2014), refere que é comum entre os coordenadores considerar como descentralização do programa a realização do tratamento diretamente observado nas unidades de saúde da família ou outros serviços de atenção básica, não necessariamente acompanhada da descentralização dos instrumentos de registro, como o Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios, Ficha de Notificação, Livro de Registro e Acompanhamento de Casos, ficha de contatos, dentre outros. O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose do MS, contudo, refere tais atividades de registro nos instrumentos de vigilância como competência da Atenção Básica em Saúde.

Outras atividades de vigilância referidas à atenção básica são a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a busca de contatos. No entanto, no município de Itaboraí, apesar da busca ativa ser realizada pela atenção básica,

mais especificamente pelas unidades de saúde da família, a busca de contatos é realizada pelo PCT/referência secundária.

O manual de recomendações do MS (2011) orienta que, para a descentralização do programa de tuberculose, o controle de contatos seja realizado fundamentalmente pela atenção básica. De acordo com o mesmo, “os serviços devem se estruturar para que esta prática de grande repercussão para o controle da TB seja otimizada” (p. 96). Funcionários da referência secundária de Itaboraí, em contrapartida, referem que a realização da busca de contatos por eles ocorre devido à impossibilidade de delegar mais tarefas para as unidades de saúde da família pois, mesmo a busca ativa por eles executada, não é adequada.

Os achados desta pesquisa demonstraram, como já foi mencionado, que ambas as atividades não estão sendo realizadas em sua plenitude, seja pela falta de insumos (justificativa dada para a dificuldade de busca dos contatos), pelo descomprometimento da atenção básica e/ou pela sobrecarga de trabalho dos profissionais da atenção básica (justificativas dadas para a dificuldade na busca de sintomáticos respiratórios). É necessário, portanto, que estas atividades sejam repensadas de maneira a fortalecer a atenção básica e verdadeiramente descentralizar o PCT do município, aos moldes das recomendações nacionais.

Em relação à busca ativa, os achados de Cunha (2014) corroboram com os resultados deste estudo. De acordo com os autores, “a busca de sintomáticos respiratórios ainda não foi plenamente incorporada como uma atividade essencial para o controle da TB.” As unidades de PSF pareciam não compreender integralmente seu papel no processo de vigilância da doença, seja por desconhecer como este funciona, seja por questões políticas ou pelo descomprometimento dos profissionais, conforme mencionado por parte dos entrevistados deste estudo.

Apesar das capacitações frequentes, o entendimento dos profissionais a respeito das temáticas abordadas parece ocorrer de maneira incompleta. Em algumas entrevistas foram identificadas dificuldades de compreensão sobre determinados assuntos, a exemplo da vigilância da TB. Uma das enfermeiras

de PSF entrevistadas, apesar de estar há aproximadamente dois anos na função e ter participado de capacitações, compreende a busca ativa como a mera procura do doente que faltou a uma consulta na unidade de PSF ou na referência secundária (como se pode verificar em uma de suas falas transcrita nos resultados deste trabalho). Porém, de acordo com o manual de recomendações do MS (2011), esta é:

“a atividade de saúde pública (conceito programático) orientada a identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (Sintomático Respiratório), consideradas com suspeita de tuberculose pulmonar, visando a descoberta dos casos bacilíferos”.

Ainda que estas sejam responsabilidades da atenção básica e devam ser compreendidas e executadas em sua plenitude, é importante refletir, contudo, sobre o grau de sobrecarga destes profissionais de saúde. Os serviços de atenção básica são responsabilizados por uma série de atividades relacionadas a diferentes programas de saúde. Até que ponto estas atividades devem ser de fato descentralizadas para eles? Isto não estaria sobrecarregando os profissionais da atenção básica? A sobrecarga, por sua vez, pode estar diretamente relacionada à falta de mobilização e motivação destes profissionais.

Para agravar o cenário, o município de Itaboraí passou a sofrer com os impactos da construção de um grande empreendimento como o COMPERJ. As falas dos entrevistados apontaram para uma sobrecarga do sistema de saúde da região devido ao grande fluxo de trabalhadores para o município e à nova carga de doença que estes traziam. Os entrevistados apontaram uma série de preocupações e impactos que o complexo promoveu em vários setores do município, dentre eles a saúde. A exemplo disto e reforçando a fala dos entrevistados, matéria publicada em 2015 pelo jornal O Globo online reforça a questão. Em entrevista realizada pelo jornal, os moradores da região referem que não viram melhorias no município, porém, importantes dificuldades de acesso a serviços públicos e privados, falta de saneamento básico, transporte de má qualidade, falta de asfaltamento, encarecimento dos bens de consumo e

imóveis, falta d'água desde a chegada do complexo, além do perigo gerado pelo aumento do afluxo de carros e caminhões no município.

O projeto anunciado era a construção de um polo petroquímico que levaria ao estabelecimento de empresas de segunda e terceira linhas no entorno do COMPERJ, gerando uma grande quantidade de empregos e movimentação econômica na região, contudo, a refinaria que sairá do papel é pequena, emprega pouco e é uma indústria poluente.

A construção de grandes empreendimentos promove a modificação da carga de doenças da população local. No caso do COMPERJ, as doenças que demonstraram maior recrudescimento foram as do trato respiratório e as infectocontagiosas, destacando a dengue e a TB. Em um contexto no qual o controle da segunda tem apresentado dificuldades, é necessário refletir sobre a necessidade de serem definidas ações de vigilância que dêem conta de captar os doentes mesmo em meio às transformações ocorridas. Isto quer dizer que é fundamental que os serviços de vigilância possam detectar os espaços de vulnerabilidade social desenvolvidos a partir do processo de construção destes empreendimentos para, então, interromper a cadeia da doença.

A vigilância epidemiológica dada (fundamentada nas orientações provenientes do MS), baseia-se em atividades que não consideram as modificações do cenário populacional, o que dificulta um controle efetivo da doença. Uma vez que novos perfis de doentes passam a existir, diferentes condições de vida e características socioeconômicas surgem, atividades de vigilância que estudem este novo cenário e atuem de maneira específica para a realidade dos diferentes grupos populacionais, se fazem necessárias. Atividades pontuais como a busca de sintomáticos respiratórios, de contatos e a notificação de casos, podem não ser suficientes para interromper a cadeia da doença.

CONCLUSÃO

A existência de doentes não captados pelo serviço, o abandono ainda frequente ao tratamento, as dificuldades de adesão dos pacientes, dentre algumas outras questões, demonstram que este programa, na forma que se configura no município, não está realizando o controle suficiente da doença.

A análise estratégica das ações de vigilância epidemiológica no município de Itaboraí foi capaz de cumprir seus objetivos iniciais e responder às perguntas avaliativas deste estudo. Considerando as três etapas nela existentes, pode-se concluir que, apesar do problema selecionado ser uma escolha adequada para a realidade municipal, a seleção das causas sobre as quais atuar e das parcerias estratégicas, não ocorreu em conformidade com as necessidades locais.

Nota-se, a partir deste estudo, que os fatores que promovem a doença no município são os determinantes sociais em saúde, as condições de vida da população. Estas questões, contudo, não são o foco de atuação do PCT em Itaboraí. Não foram identificadas atividades de planejamento e avaliação em saúde específicas para definir estratégias que conseguissem intervir verdadeiramente sobre a produção e reprodução da doença no local.

A utilização da perspectiva adotada pelo MS pode não ser suficiente para a contenção da TB no município. Os resultados deste estudo demonstraram que as atividades de vigilância epidemiológica realizadas pelo PCT de Itaboraí não estão plenamente de acordo com as recomendações nacionais, contudo, é provável que, ainda que estivessem, não fosse possível alcançar o objetivo da intervenção. Isto se dá pois não é realizada uma integração com os demais setores municipais de maneira a identificar quais as causas geradoras dos problemas no local e, então, planejar ações para solucioná-las. Não existem estudos ou avaliações sobre as condições de vida e saúde da população relacionadas ao perfil de doentes atendidos.

Isto pode ocorrer pois a perspectiva de vigilância utilizada não compreende os estudos de análise das condições de vida e saúde da população como parte de suas atividades. Deste modo, as causas sobre as

quais atuar não são identificadas pelo serviço e o foco das atividades não possibilita o controle da doença.

A seleção das parcerias estratégicas, por sua vez, apesar de apropriada, não está funcionando adequadamente. As parcerias identificadas foram os serviços de Atenção Básica em saúde, visto que são os responsáveis pelo contato direto e mais próximo com a população. Os profissionais destes serviços (mais especificamente os agentes comunitários em saúde), no entanto, parecem não realizar suas funções por falta de comprometimento com o processo de trabalho nas unidades de saúde.

São estes profissionais os responsáveis por realizar as atividades de vigilância ao buscar os sintomáticos respiratórios e, de acordo com as definições do MS, realizar a busca de contatos. Uma vez que esta parceria não tem realizado suas funções adequadamente, toda a intervenção é comprometida. Este problema, por sua vez, parece estar relacionado, em Itaboraí, à instabilidade política local.

Ainda sobre as parcerias, é possível refletir sobre a suficiência das mesmas. Considerando a perspectiva de vigilância adotada, na qual a intersectorialidade é fundamental para a solução de problemas, outros parceiros e atores devem ser somados às ações voltadas para a TB com a finalidade de atuar de maneira plena sobre as causas do problema.

Considerando todos os fatores levantados, pode-se afirmar que a vigilância epidemiológica realizada pelo PCT de Itaboraí tem dificuldades para dar conta da demanda local. Os achados apontam para uma vigilância insuficiente em relação ao contexto de saúde do município.

Sendo assim, sugere-se que sejam realizadas atividades mais específicas de planejamento e avaliação em saúde, de modo a estudar como contornar o problema no local, promovendo a mobilização dos profissionais de saúde e discutindo estratégias de alcançar os diferentes perfis de doentes e grupos da população. Seria interessante que as atividades de vigilância fossem repensadas, flexibilizadas e planejadas conjuntamente com outros segmentos de saúde e setores municipais com o objetivo de adequar o processo de

trabalho do programa à realidade dos moradores de Itaboraí. Isto auxiliaria a fortalecer a vigilância da doença mesmo em meio às dificuldades políticas e estruturais existentes no município.

Este estudo não tem o perfil de definir a qualidade do programa e de suas atividades ou avaliar seus resultados, contudo, ao que ele se propõe, que é a análise estratégica, pode-se afirmar que as ações executadas atualmente não condizem com seu objetivo de controlar a doença.

As análises da situação de vida e saúde devem ocorrer de forma periódica e progressiva, de modo a compreender a realidade dos diferentes grupos populacionais de Itaboraí, tornar os serviços cada vez mais próximos dos indivíduos e suas necessidades para, então, planejar quais estratégias e ações serão necessárias por parte de quais atores para mitigar ou solucionar os problemas na região. Estas análises proporcionariam o conhecimento e atuação sobre a realidade da população para prevenir doenças e agravos, promover saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

Somado a isso, as capacitações e supervisões frequentes por parte da coordenação do programa, permanecem tendo importância fundamental para a motivação da qualidade do serviço e valorização do trabalho dos profissionais que atuam em atividades relacionadas à TB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

___Alan Dever GE, Champagne F. *Epidemiology in Health Services Management*. Aspen Publisher, 1984;

___Alves C.K.A; Natal S; Felisberto E; Samico I. *Avaliação em Saúde. Bases Conceituais e Operacionais*. MedBook Editora Científica, 2010;

___Artmann E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000;

___Barbosa, S.M. Dissertação: As práticas educativas em saúde relacionadas à tuberculose: estudo de caso em uma unidade de saúde da família no município de Itaboraí, RJ. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Abril, 2012;

___Brasília, MS. *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vol. 44, 2013;

___Brasília, MS. *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vol. 46, nº9, março/2015;

___Brasília, MS. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Ministério da Saúde, 2011;

___Brasília, MS. Portaria nº 1.378, de 09 de Julho de 2013;

___Brasília, MS. *Salas de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil*. Ministério da Saúde, 2010;

___Brousselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.P., Hartz Z. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011;

___Cardoso, G.C.P. *Projeto de Avaliação de Desempenho do Programa de Controle da Tuberculose na Atenção Primária em Quatro Municípios Brasileiros*. INOVA-ENSP, 2013;

___Cardoso G, Santos EM, Kiflie Y, Woldemichael K, Wilson S, Lemma W. *Strategic analysis of Tuberculosis prevention and control actions in Brazil and Ethiopia: One size fits all?* No prelo, 2015;

___Castellanos, P. L. (Coord). *Sistemas nacionales de vigilância de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar.* Washington, D.C. OPS/OMS, junho, 1991 (borrador de trabajo);

___Castellanos P.L. *Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais.* In: Barata RB. (org) *Condições de vida e situação de saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997;

___Capra, F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.* São Paulo, Atlas (p.23), 1999;

___CONCREMAT ENGENHARIA/PETROBRAS. *Relatório de Impacto Ambiental (RIMA) do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro,* 2007;

___Contandriopoulos, A.P. et al. *A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.* In: Hartz, Z.M.A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997;

___Costa M.C. *Dissertação: Avaliação de Implementação da Vigilância Epidemiológica de Itaboraí no Estado do Rio de Janeiro.* ENSP/FIOCRUZ, 2013;

___Cunha N.V; Cavalcanti M.L.T; Santos M.L.F; Araújo V.L.A; Cruz D.M.O; Pessanha G.F; Kale P.L; Costa A.J.L. *Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.* Rev. Interface: Comunicação, Saúde, Educação – 2014;

___Dilley M., Brodeau D.E. *Coming to terms with vulnerability: a critique of the food security definition.* Food Police, 2001; 26 (3): 229 – 47;

___ENSP/FIOCRUZ. *População mundial ainda sofre com carência no tratamento da TB.* Publicado em 26/11/2013 e acessado em 04/05/2015. Link: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/34216>

___Feliciano K.V.O. *A relação entre o avaliador e o objeto avaliado*. Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil, Recife, 5 (Supl 1): S83-S92, dez., 2005;

___Figueiredo T.M.R, et al. *Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose*. Ver. Saúde Pública, 2009, 43 (5): 825 – 31;

___Gonçalves M.J.F., Penna M.L.F. *Morbidade por tuberculose e desempenho do programa de controle em municípios brasileiros, 2001-2003*. Ver. Saúde Pública, 2007, 41 (Supl.1): 95 – 103;

___Gonzáles R.I.C; Monroe A.A; Arcência R.A; Oliveira M.F; Ruffino-Netto A; Villa T.C.S. *Indicadores de Desempenho do DOT no Domicílio para o Controle da Tuberculose em Município de Grande Porte, SP, Brasil*. Ver. Latino-Americana de Enfermagem, 2008 janeiro-fevereiro, 16 (1);

___Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. *Fourth generation evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1990;

___Gutiérrez S.E. Dissertação: *Avaliação da Implantação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades de Saúde da Atenção Básica nas Regiões Norte e Sul de Cuiabá/MT, 2010*. ENSP/FIOCRUZ, 2012;

___Hino P, Santos C.B, Villa T.C.S, Bertolozzi M.R, Takahashi R.F. *Tuberculose na perspectiva da vigilância da saúde*. Esc. Anna Nery (impr.) 2011 abr -jun; 15 (2):417-421;

___Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acessado em 15/02/2014. Disponível no link: <http://www.ibge.gov.br/home/>;

___Jornal Extra Online, matéria acessada em 12/05/2014. Disponível em: <http://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/itaborai-vira-modelo-de-ombate-tuberculose-326352.html#ixzz31Wbzu1dP>;

___Jornal O Globo Online, matéria acessada em 24/03/2015. Disponível no link: <http://oglobo.globo.com/infograficos/comperj/>;

___Jornal Estadão de São Paulo, matéria acessada em 04/05/2015. Disponível no link: <http://www.estadao.com.br/noticias/saude,brasil-e-16-na-lista-de-paises-com-mais-casos-de-tuberculose,1144482>

___Minayo M.C.S. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. Ciência & Saúde Coletiva 2012; 17: 621-626;

___Monroe A.A., Gonzales R.I.C., Palha P.F., Sasaki C.M., Ruffino-Netto A., Vendramini S.H.F., Villa T.C.S. *Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose*. Rev. Esc. Enfermagem USP, 2008; 42(2):262-7;

___Moreira M.A.C., et al. *Análise de aspectos relacionados ao desempenho do Programa de Controle de Tuberculose em municípios do Estado de Goiás*. Boletim de Pneumologia Sanitária, 2006, 14 (3): 153 - 158;

___Natal S., Penna M.L, Santos E.M, Hartz Z, Sabroza P, Cruz M, Patroclo M.A. *Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: Estudo de Casos na Amazônia Legal*. Boletim de Epidemiologia Sanitária. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.91-109, 2004. In: Dimensão Técnico-Operacional. Unidade Didático-Pedagógica: Modelo Lógico do Programa. Rio de Janeiro, v.2. Abrasco, 2005;

___NHE: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. *Boletim Epidemiológico: A situação da Tuberculose*. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Ano V, nº12. Abril, 2012;

___Oliveira, C.M., Casanova A.O. *Vigilância da Saúde no espaço de práticas da Atenção Básica*. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (3): 929-936, 2009;

___Oliveira L.G.D, Natal S. *Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ*. Rev. Bras. Pneumologia Sanitária, 2007; 15(1): 29-38;

___Piller R.V.B. *Epidemiologia da Tuberculose*. Revista do Pulmão. Rio de Janeiro, 2012; 21(1): 4-9;

___Pope C, Mays N, organizadores. 3ª ed. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2009;

___Portal da Agenda 21_COMPERJ, acessado em 15/02/2014. Disponível no link: <http://www.agenda21comperj.com.br/>;

___Portal do Ministério da Saúde, acessado em 15/02/2014. Disponível no link: http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/dica_tuberculose.html;

___Portal do Sistema de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), acessado em 15/02/2014. Disponível no link: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> ();

___Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/BRASIL), acessado em 14/04/2014. Disponível no link: http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013;

___Sabroza PC. Concepções de saúde e doença. In: Especialização em avaliação de programas de controle de processos endêmicos com ênfase em DST/HIV. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004, vol II, p.81-121;

___Sá, L.D; Gomes A.L.C; Nogueira J.A; Villa T.C.S; Souza K.M.J; Palha P.F. *Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(2):[09 telas]. Mar-abr 2011;

___San Pedro, A.S. Tese: *“Determinantes socioeconômicos da produção da tuberculose: um estudo no município de Itaboraí, Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2011”*. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Março, 2014;

___Scatena T.C., Ruffino-Netto A. *Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil*. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2009. 35 (6): 610 - 612;

___SES/MS. *Tuberculose: RJ ainda é o estado do Brasil com maior incidência*. Matéria publicada em 09/08/2013 e acessada em 04/05/2015. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Link: <http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/18288-alta-densidade-demografica-e-condicoes-de-vida-fazem-do-rj-o-estado-do-brasil-que-apresenta-maior-incidencia-de-tuberculose.html>

___Steckler, Allan, Kenneth R. McLeroy, Robert M. Goodman, Sheryl T. Bird, and Lauri McCormick. *Toward integrating Qualitative and Quantitative Methods: An Introduction*. Health Education Quarterly. Vol.19(1),1992 pp.1-8;

___Szklo, M.Y. *O COMPERJ: o modelo de desenvolvimento hegemônico e contradições no espaço local (Itaboraí/Rio de Janeiro)*. Revista Geografar, Curitiba, v.5, n.1, p.01 – 24, jan./jun. 2010;

___TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot R. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001;

___Toledo L.; Sabroza P.C. (Coord.) *Síntese Anual 2010: Monitoramento da evolução das causas relevantes de adoecimento e morte nos municípios de Itaboraí, Guapimirim e Cachoeiras de Macacu. A situação Epidemiológica em 2010*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011;

___Vila T.C.S e Ruffino-Netto A. *Tuberculose: Pesquisas Operacionais*. FUNPEC Editora. São Paulo, 2009;

___Yin R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

ANEXO I

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTOR
Perfil do entrevistado
Data: Nome: Idade: Formação: Tipo de vínculo: Tempo de serviço:
Perguntas
1. Como você descreveria a situação epidemiológica da tuberculose dentro do município de Itaboraí? Como a TB se distribui no território?
2. Qual a relação da VE do município com a VE do PCT?
3. Quantas unidades de saúde (PSF e UBS) existem no município?
4. Você acha suficiente a forma como está desenhada a vigilância epidemiológica da tuberculose no PCT pelo Ministério da Saúde?
5. Você modificaria alguma coisa nas ações de vigilância realizadas pelo PCT? Se sim, o que?
6. Você acha que existem indivíduos doentes que não são captados pelo PCT?
7. Existe alguma questão política que interfira nas ações e serviços de saúde?
8. Como você avalia o trabalho da Atenção Básica referente à TB?
9. Quais são os recursos que a VE dispõe para realizar suas atividades?
10. Os resultados de cura e abandono dentro do município estão dentro das metas estabelecidas pelo MS? E as taxas de mortalidade?
11. Se não, quais são as causas para as quais você refere estes problemas?
12. Existe integração formal para ações de controle da tuberculose com outros programas ou setores?
13. Existem estudos/avaliações sobre as condições de vida e situação de saúde dos grupos populacionais do município?
14. Na sua concepção a construção do COMPERJ impactou de alguma forma os serviços de saúde da região? E mais especificamente da TB?
15. Você identifica grupos mais vulneráveis, onde possa ocorrer maior disseminação e acometimento pela doença? Quais ações são realizadas para o enfrentamento destas situações?

ANEXO II

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE
Perfil do entrevistado
Data: Nome: Idade: Formação: Tipo de vínculo: Tempo de serviço:
Perguntas
1. Como você descreveria a situação epidemiológica da tuberculose dentro da área de abrangência dessa unidade? Como a TB se distribui no território?
2. Como são realizadas as ações de VE no dia a dia da unidade?
3. Você acha que essas ações são suficientes?
5. Você modificaria alguma coisa nas ações de vigilância realizadas pelo PCT? Se sim, o que?
6. Você acha que existem indivíduos doentes que não são captados pelo PCT?
7. Existe alguma questão política que interfira nas ações e serviços de saúde locais?
8. Como você avalia o trabalho da Atenção Básica referente à TB?
9. Os recursos que vocês dispõem para realizar as atividades de VE são suficientes?
10. Os resultados de cura e abandono dentro do município estão dentro das metas estabelecidas pelo MS? E as taxas de mortalidade?
11. Se não, quais são as causas para as quais você refere estes problemas?
12. Existe integração formal para ações de controle da tuberculose com outros programas ou setores?
13. Existem estudos/avaliações sobre as condições de vida e situação de saúde dos grupos populacionais do município?
14. Na sua concepção a construção do COMPERJ impactou de alguma forma os serviços de saúde da região? E mais especificamente da TB?
15. Você identifica grupos mais vulneráveis, onde possa ocorrer maior disseminação e acometimento pela doença? Quais ações são realizadas para o enfrentamento destas situações?

ANEXO III

TCLE – GESTOR

Prezado (a) gestor (a),

você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Análise Estratégica das Ações de Vigilância Epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose no Município de Itaboraí/RJ”. Esta é uma pesquisa avaliativa cujo objetivo é analisar a adequação das ações da Vigilância Epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose em relação ao contexto local encontrado no Município de Itaboraí. O estudo será desenvolvido pela discente Beatriz da Costa Soares, aluna do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na Região Leste do Estado do Rio de Janeiro da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia Figueiró.

A seleção das pessoas envolvidas será por convite e livre participação, ela não é obrigatória. Serão convidados a participar pessoas que atuam direta ou indiretamente com a vigilância epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose, que possam contribuir com informações sobre a mesma.

Os riscos relacionados com a participação no estudo são mínimos e consistem na possibilidade de identificação de nomes ao longo dos resultados da coleta de informações. Ou seja, será garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as suas fases, exceto na explicitação dos resultados da pesquisa, visto que cargos e conseqüentemente seus funcionários poderão ser identificados.

Pesquisador responsável

Participante

As entrevistas pretendem única e exclusivamente coletar informações a respeito do tratamento, da vigilância e dos serviços referentes à tuberculose, tendo o informante plena liberdade de recusa ou retirada de seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem danos ou prejuízos a ele ou à mesma.

Os benefícios relacionados com sua participação são o de contribuir para a melhoria das ações e serviços do Programa de Controle da Tuberculose. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo financeiro. Após a conclusão da pesquisa todos os dados coletados (a transcrição das entrevistas e análises documentais) estarão armazenados em local seguro com acesso apenas dos pesquisadores responsáveis. Todo o material será mantido em arquivo durante 5 anos e você receberá retorno acerca dos resultados.

Esta pesquisa poderá ser gravada, caso haja o seu consentimento, e estima-se que ocorra em aproximadamente 1 hora. Você receberá uma segunda via deste termo, onde consta o endereço e telefone do pesquisador responsável e do Comitê de Ética que aprovou esta pesquisa. Através destes contatos você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento. O Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Pesquisador responsável

Participante

Ana Cláudia Figueiró – anaclaudiafigueiro@ensp.fiocruz.br
ENSP/FIOCRUZ – Departamento de Endemias Samuel Pessoa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ
Telefone: (0__21) 2598-2656

CEP/ENSP - cep@ensp.fiocruz.br
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ
Telefone: (0__21) 2598-2863

Você autoriza a gravação desta entrevista? () Sim () Não

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador responsável

ANEXO IV

TCLE – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezado (a) profissional de saúde,

você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Análise Estratégica das Ações de Vigilância Epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose no Município de Itaboraí/RJ”. Esta é uma pesquisa avaliativa cujo objetivo é analisar a adequação das ações da Vigilância Epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose em relação ao contexto local encontrado no Município de Itaboraí. O estudo será desenvolvido pela discente Beatriz da Costa Soares, aluna do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na Região Leste do Estado do Rio de Janeiro da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia Figueiró.

A seleção das pessoas envolvidas será por convite e livre participação, ela não é obrigatória. Serão convidados a participar pessoas que atuam direta ou indiretamente com a vigilância epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose, que possam contribuir com informações sobre a mesma.

Os riscos relacionados com a participação no estudo são mínimos e consistem na possibilidade de identificação de nomes ao longo dos resultados da coleta de informações. Ou seja, será garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as suas fases, exceto na explicitação dos resultados da pesquisa, visto que cargos e conseqüentemente seus funcionários poderão ser identificados.

Pesquisador responsável

Participante

As entrevistas pretendem única e exclusivamente coletar informações a respeito do tratamento, da vigilância e dos serviços referentes à tuberculose, tendo o informante plena liberdade de recusa ou retirada de seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem danos ou prejuízos a ele ou à mesma.

Os benefícios relacionados com sua participação são o de contribuir para a melhoria das ações e serviços do Programa de Controle da Tuberculose. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo financeiro. Após a conclusão da pesquisa todos os dados coletados (a transcrição das entrevistas e análises documentais) estarão armazenados em local seguro com acesso apenas dos pesquisadores responsáveis. Todo o material será mantido em arquivo durante 5 anos e você receberá retorno acerca dos resultados.

Esta pesquisa poderá ser gravada, caso haja o seu consentimento, e estima-se que ocorra em aproximadamente 1 hora. Você receberá uma segunda via deste termo, onde consta o endereço e telefone do pesquisador responsável e do Comitê de Ética que aprovou esta pesquisa. Através destes contatos você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento. O Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Pesquisador responsável

Participante

Ana Cláudia Figueiró – anaclaudiafigueiro@ensp.fiocruz.br
ENSP/FIOCRUZ – Departamento de Endemias Samuel Pessoa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ
Telefone: (0__21) 2598-2656

CEP/ENSP - cep@ensp.fiocruz.br
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ
Telefone: (0__21) 2598-2863

Você autoriza a gravação desta entrevista? () Sim () Não

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

À BEATRIZ DA COSTA SOARES

Instituição de Ensino: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1.400 – andar térreo – Manguinhos. Rio de Janeiro. CEP 21.041-210

Curso: Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da região leste do Estado do Rio de Janeiro/Programa de Saúde Pública

Responsável pela pesquisa: Beatriz da Costa Soares

Orientadora: Dr^a Ana Cláudia Figueiró

Instituição de Origem: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ)

Esta autorização restringe-se a utilização dos dados dos sistemas e subsistemas de informação e de registros da assistência (relatórios técnicos, livros de casos) e demais documentos referentes as ações do Programa de Controle da Tuberculose, pertencentes aos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde, para realização da pesquisa intitulada "*Análise Estratégica das Ações de Vigilância Epidemiológica do Programa de Controle da Tuberculose no Município de Itaboraí/RJ*", que tem como objetivo: *Analisar a pertinência dos objetivos e práticas da vigilância epidemiológica no Município de Itaboraí.*

Autorizo a realização de entrevistas através da aplicação de questionários e roteiros e de outros instrumentos de coleta de dados, aos profissionais municipais da atuação gestão, planejamento e execução das ações de assistência e vigilância em saúde da tuberculose da secretaria municipal de saúde. Ressalto, que as informações obtidas nos registros administrativos deverão ser confidenciais e o sigilo sobre a identificação dos sujeitos de pesquisa deve ser mantido, a menos que autorizados pelos mesmos, conforme Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos do estudo.

Ciente dos objetivos e metodologia dessa pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que, sejam assegurados os requisitos abaixo:

- Cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/2012 do CNS/MS,
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Itaboraí, 10 de abril de 2014


Edilson Francisco dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

Edilson F. dos Santos
Secretário Municipal de Saúde
Mat. 26.952
CRM 5242653-3

ANEXO VI

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL – LIVRO DE CASOS	
Data:	
Unidade de PSF:	
1. Nº de pacientes notificados com tuberculose no período:	
2. Nº de pacientes em tratamento convencional para TB no período:	
3. Nº de pacientes com tuberculose em tratamento supervisionado no período:	
4. Nº de pacientes faltosos em tratamento convencional no período:	
5. Nº de pacientes de abandono de tratamento convencional no período:	
6. Nº de pacientes faltosos em tratamento supervisionado no período:	
7. Nº de pacientes de abandono de tratamento supervisionado no período:	
8. Quantos óbitos ocorreram no período:	
9. Total de casos novos:	
10. Nº casos pulmonares:	
11. Nº casos extrapulmonares:	
12. Nº de casos de retratamento por abandono do tratamento anterior:	
13. Nº de Contatos examinados:	

ANEXO VII

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL – RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO E PLANO DE ENFRENTAMENTO DE TB/HIV
1. A TB é considerada uma doença de ação prioritária?
2. Quais os objetivos para a atuação no problema da TB?
3. Quais indicadores são utilizados para a avaliação da situação da TB?
4. Qual o panorama atual da doença?
5. Quais as metas para a TB?
6. A VE é considerada como uma linha de ação para o controle da TB?
7. Existem indicadores ou metas relacionadas à VE do PCT?