

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Edvaldo da Silva

A INSERÇÃO E O TRABALHO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
NO TRATAMENTO SUPERVISIONADO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – RJ

Rio de Janeiro

2017

Edvaldo Silva

A INSERÇÃO E O TRABALHO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
NO TRATAMENTO SUPERVISIONADO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – RJ

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Dr.^a Grácia Maria de Miranda Gondim

Co-orientadora: Dr.^a Elenice Machado da Cunha

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S586i Silva, Edvaldo da
A inserção e o trabalho do técnico de enfermagem no tratamento supervisionado do Programa de Controle da Tuberculose no município de Duque de Caxias - RJ / Edvaldo da Silva. - Rio de Janeiro, 2017.
116 f.

Orientadora: Grácia Maria de Miranda Gondim
Co-orientadora: Elenice Machado da Cunha

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

1. Técnicos de Enfermagem. 2. Pessoal da Saúde.
3. Programa de Controle da Tuberculose.
4. Vigilância em Saúde. I. Gondim, Grácia Maria de Miranda. II. Cunha, Elenice Machado da.
III. Título.

CDD 610.730698

Edvaldo Silva

A INSERÇÃO E O TRABALHO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
NO TRATAMENTO SUPERVISIONADO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS – RJ

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 12 de maio de 2017

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Grácia Maria de Miranda Gondim (EPSJV / FIOCRUZ)

Dr.^a Elenice Machado da Cunha (EPSJV / FIOCRUZ)

Dr. Maurício Monken (EPSJV / FIOCRUZ)

Dr.^a Regina Fernandes Flauzino (UFF)

Dedico este trabalho aos oito Técnicos de Enfermagem que integraram este estudo, profissionais da área de saúde que desempenham papel fundamental na constituição, no desenvolvimento e na qualidade da assistência prestada em saúde. A breve investigação, assim como a oportunidade de conhecê-los, ouvir suas histórias, percepções e perspectivas trouxeram-me novos sentidos e significados de um pequeno contexto do complexo mundo do trabalho. A eles, particularmente, dedico esta minha pequena contribuição, meu carinho e minha profunda admiração...

AGRADECIMENTOS

A Deus, familiares e amigos pelo apoio e motivação.

À minha mãe, sempre eterna em minha vida.

À minha filhota Maria Clara, por compreender minhas ausências.

À turma do Curso de Mestrado Profissional 2015 pelas experiências compartilhadas.

Aos professores da EPJV, por nos propor fazer pensar.

Às queridas Micheli, Patrícia e Cláudia, da Pós-graduação, sempre atenciosas e disponíveis.

Aos professores Regina Flauzino e Maurício Monken, que compuseram a banca examinadora e que vêm nos acompanhando desde a qualificação, sempre disponíveis e com boa vontade.

À Dra Sandra Victória, do Departamento de Vigilância em Saúde do município de Duque de Caxias/RJ pela oportunidade.

À Coordenação e às equipes do PCT de Duque de Caxias por compartilhar informações e histórias.

À Barbara pela sua preciosa ajuda com o uso da ferramenta de geoprocessamento.

E finalmente, às queridas orientadoras Grácia e Elenice que foram fundamentais para que minha proposta tomasse corpo e sentido. Grácia, por aprimorar minhas reflexões; Elenice, pela paciência e por mostrar caminhos. Em ambas eu admiro a sabedoria e a generosidade e sou-lhes eternamente grato pela compreensão, confiança e principalmente pela liberdade.

"O que se opõe ao descuido e ao acaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro."

Leonardo Boff

RESUMO

Este estudo analisou a inserção e o trabalho do profissional Técnico de Enfermagem (TE) com atuação voltada para o controle do agravo tuberculose (TB) tendo como campo de pesquisa o município de Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro. Foi desenvolvido um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa tendo como referência os casos diagnosticados entre os anos de 2013 e 2015 em residentes no município de Duque de Caxias, registrados na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A partir dos resultados decorrentes da localização e distribuição dos casos no território analisado, foram identificadas as Unidades de Saúde que tratam a TB considerando o TE com inserção no Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Nesse contexto, as análises do trabalho e do perfil do TE foram balizadas e discutidas à luz da integração ensino-serviço, das práticas de atenção à saúde e das relações sociais envolvidas. Entende-se que o trabalho deste profissional deve ser orientado pelo e para os serviços de saúde, em âmbitos individual e coletivo, por meio de abordagens problematizadoras e transformadoras. Para atingir os objetivos foram aplicados métodos qualitativos (análise de conteúdo) e instrumentos (entrevistas) adequados a esse tipo de investigação, onde, por meio de desenho de estudo de caso foi analisada a percepção de 8 (oito) TE em atividade no Tratamento Diretamente Observado (TDO), sua inserção, o trabalho que desenvolvem e como são qualificados para esse fim. Esses profissionais estão alocados em Unidades de Saúde pré-definidas onde são desenvolvidas as ações do PCT. Foram reconhecidas as vantagens e desvantagens que implicam este intento ao ser considerada a complexidade da rotina de trabalho do profissional analisado. O desenvolvimento da pesquisa teve diferentes etapas de contato e aproximação no campo de estudo assim como de coleta e análise de dados. Os resultados do estudo identificaram as experiências dos sujeitos envolvidos apontando perspectivas e propostas para a formação deste trabalhador, de modo que outros profissionais atuantes no PCT ou em outros Programas de Saúde possam se beneficiar dos achados.

PALAVRAS-CHAVE: Técnico de Enfermagem. Trabalho em Saúde. Tratamento Supervisionado. Programa de Controle da Tuberculose. Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

This study analyzed the insertion and the work of the Nursing Technician (TE) with a focus on the control of tuberculosis (TB) disease, with the Duque de Caxias municipality in the state of Rio de Janeiro as a research field. A descriptive and exploratory study was carried out with a qualitative approach, with reference to the cases diagnosed between the years of 2013 and 2015 in residents of the municipality of Duque de Caxias, registered in the database of the Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Based on the results of the location and distribution of the cases in the analyzed territory, the Health Units that treat TB considering the TE with insertion in the Tuberculosis Control Program (PCT) were identified. In this context, the analyzes of the work and the profile of the TE were marked and discussed in the light of the teaching-service integration, the health care practices and the social relations involved. It is understood that the work of this professional should be oriented by and for the health services, in individual and collective environments, through problematizing and transformative approaches. In order to achieve the objectives, qualitative methods (content analysis) and instruments (interviews) were applied to this type of investigation, where, through a case study design, the perception of 8 (eight) TE in Direct Treatment Observed (TDO), their insertion, the work they develop and how they are qualified for that purpose. These professionals are allocated to predefined Health Units where the actions of the PCT are developed. The advantages and disadvantages of this approach were recognized when considering the complexity of the work routine of the professional analyzed. The development of the research had different stages of contact and approximation in the field of study as well as data collection and analysis. The results of the study identified the experiences of the individuals involved, pointing out perspectives and proposals for the training of this worker, so that other professionals working in the PCT or other Health Programs can benefit from the findings.

KEYWORDS: Nursing Technician. Health Work. Supervised Treatment. Tuberculosis Control Program. Health Surveillance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa do estado do Rio de Janeiro, microrregiões geográficas e município de Duque de Caxias – RJ	46
Figura 2 Mapa do município de Duque de Caxias – RJ conforme divisão distrital	48
Figura 3 Mapa do município de Duque de Caxias – RJ conforme divisão por categoria Bairro	49
Figura 4 Taxa de Incidência de TB/100 mil hab. em Duque de Caxias – RJ em 2015	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Indicadores epidemiológicos e operacionais de casos notificados de TB em residentes em Duque de Caxias - RJ - 2014 e 2015	64
Quadro 2 Unidades Públicas em Duque de Caxias - RJ que atendem à pacientes com diagnóstico ou suspeitos de TB	67

GRÁFICO

Gráfico 1 Total de pacientes com TB e desfecho dos casos em Duque de Caxias – RJ nos anos de 2013, 2014 e 2015	69
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 População, casos novos de TB diagnosticados e incidência de TB /100mil hab em Duque de Caxias – RJ em 2015 conforme Distritos e bairros residenciais	62
Tabela 2 Unidades de Saúde que atenderam pacientes diagnosticados com TB em 2015 em Duque de Caxias – RJ	63
Tabela 3 Percentual de cura, abandono e óbito por TB em residentes em Duque de Caxias-RJ com diagnóstico entre 2013 e 2015	64
Tabela 4 Composição de profissionais de saúde com atuação no PCT do município de Duque de Caxias - RJ em 2016	66
Tabela 5 Taxa de TDO, cura e abandono em casos notificados de TB em residentes em Duque de Caxias-RJ- período 2013 – 2015	68
Tabela 6 Pacientes que realizaram tratamento supervisionado em Duque de Caxias – RJ, em 2015 conforme Unidade de Saúde	69
Tabela 7 Situação de encerramento de casos diagnosticados de TB em 2013 em Unidades com o PCT implantado em Duque de Caxias – RJ e que realizam Tratamento Supervisionado	70
Tabela 8 Situação de encerramento de casos diagnosticados de TB em 2014 em Unidades com o PCT implantado em Duque de Caxias - RJ e que realizam Tratamento Supervisionado	71
Tabela 9 Situação de encerramento de casos diagnosticados de TB em 2015 em Unidades com o PCT implantado em Duque de Caxias – RJ e que realizam Tratamento Supervisionado	71

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AC	Análise de Conteúdo
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMS	Centro Municipal de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
DOTS	Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (Direct Observed Treatment Strategy)
DVS	Departamento de Vigilância em Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
FJP	Fundação João Pinheiro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LILACS	Literatura Latinoamericana e do Caribe
MS	Ministério da Saúde
MDR	Resistência a Múltiplas drogas
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PIB	Produto Interno Bruto
PMDC	Prefeitura Municipal de Duque de Caxias
PMS	Posto Municipal de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
REDUC	Refinaria de Duque de Caxias
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SES	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIG	Sistemas de Informações Geográficas
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB-HIV	Coinfecção por <i>Micobacterim tuberculosis</i> e HIV
TB	Tuberculose
TBMDR	Tuberculose Multidrogarresistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TE	Técnico de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPH	Unidade Pré-hospitalar
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	13
1.2 PERGUNTAS CONDUTORAS.....	16
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 Objetivo Geral.....	16
1.3.2 Objetivos Específicos.....	16
1.4 JUSTIFICATIVA.....	17
2 MARCO TEÓRICO	18
2.1 A Tuberculose como um problema de Saúde Pública.....	18
2.2 A Vigilância em Saúde e a Atenção Básica com base no território.....	24
2.3 O trabalho em saúde e o Técnico de Enfermagem como força de trabalho.....	27
2.4 A organização do trabalho da Enfermagem no controle da Tuberculose.....	33
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
3.1 Contextualizando o território de Duque de Caxias.....	45
4 RESULTADOS	60
4.1 A Tuberculose em Duque de Caxias.....	60
4.2 O Tratamento Supervisionado no PCT em Duque de Caxias.....	68
4.3 Caracterização do trabalho dos Técnicos de Enfermagem no PCT em Duque de Caxias..	71
5 DISCUSSÃO	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A	102
APÊNDICE B	103
APÊNDICE C	107
APÊNDICE D	108
ANEXO A	110
ANEXO B	112
ANEXO C	113
ANEXO D	114
ANEXO E	115

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

O interesse neste estudo surgiu da necessidade de compreender o processo de trabalho de uma categoria profissional no contexto das práticas de vigilância e promoção da saúde através da reflexão e da identificação de possíveis fatores que efetivamente contribuiriam para a formulação de políticas favoráveis à saúde e melhor qualidade de vida.

A pesquisa apresentou como objeto de estudo os Técnicos de Enfermagem (TE), considerando as práticas deste grupo de trabalhadores no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do município de Duque de Caxias - RJ, tendo como ponto de partida os casos notificados de tuberculose (TB), uma das doenças mais antigas da humanidade, mas ainda presente em todo o mundo e consolidada como um problema prioritário entre as políticas governamentais de Saúde Pública no Brasil.

Através da minha prática profissional enquanto administrador de Sistemas de Informação em Saúde (SIS), ao analisar indicadores de impacto das ações de controle da TB, foi possível constatar através de recortes temporais distintos a permanência da elevada taxa de abandono e diminuição da mesma em momento posterior, assim como o aumento de casos curados da doença. Ao questionar a aparente melhora dos resultados, obtive a informação da inserção de TE no PCT tendo como propósito o alcance de metas pactuadas e com algumas especificidades.

Essa constatação me levou a refletir sobre a importância em identificar o perfil deste profissional atentando-me para possíveis necessidades de mudança nas práticas dos serviços de saúde, uma vez que no campo da saúde, muitas vezes as ações se delimitam ao âmbito das políticas e programas de controle.

O objetivo principal desta pesquisa é analisar o trabalho deste profissional integrado no tratamento da TB, delimitando o perfil, inserção e o papel no PCT. Intenciona-se compreender a gestão do seu trabalho, assim como a qualificação ofertada para o desenvolvimento das atividades designadas, destacando aspectos significantes das práticas concernentes à sua formação profissional.

Este estudo tem referencial teórico em estudos e autores que utilizam as categorias trabalho em saúde, trabalho em enfermagem e qualificação profissional nos campos da economia política e da saúde, tendo como eixos a descrição e a análise da natureza do processo de trabalho, onde o trabalhador técnico de nível médio, imerso no processo de produção de saúde, intervém e sofre intervenção. Assim, discutiu-se trabalho em equipe com diálogo entre teoria e prática considerando possíveis desafios pela pesquisa proposta.

Considera-se relevante analisar o trabalho dos TE, que são profissionais especializados na realização de determinadas atividades, e que dominam conhecimentos que fundamentam sua realização. Entretanto, são profissionais que obedecem a preconizações que muitas vezes se mostram desvinculadas e distantes do escopo de suas atribuições, construídas por meio de treinamentos e com necessidade de práticas educativas.

A formação do TE se relaciona com questões científicas e laborais, com ênfase nos procedimentos técnicos. A compreensão da construção dos saberes deste profissional não se limita à simples instrução de conteúdos teóricos programáticos. No desenvolvimento de sua formação, as atividades englobam tanto os princípios técnicos quanto filosóficos da formação humana. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Brasil, 1996), a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Cofen (Brasil, 1986) e ainda legislações específicas e correlatas definem as competências e práticas profissionais inerentes à formação e atuação do TE.

Conforme apontam Bezerra et al. (2014, p.79), "a assistência da enfermagem está voltada para a ação ou medida de controle para melhorar a qualidade de vida do indivíduo, promovendo sua recuperação, de forma a reintegrá-lo ao convívio familiar e social." Nessa direção, a Vigilância em Saúde, em suas dimensões técnica e gerencial, propõe caminhos para repensar o processo de trabalho em saúde, implicando em mudanças, não só junto aos profissionais de saúde, mas também nas relações que mantém com outros trabalhadores e, sobretudo, na relação com a população, além de exigir a reflexão crítica sobre conceitos e práticas de saúde (HINO, 2011b).

Desse modo, para analisar como os TE desenvolvem seu trabalho no cotidiano das práticas de controle da TB, e como se dá sua inserção no interior do PCT, faz-se necessário "identificar as qualificações profissionais as quais estão submetidos, realizadas por meio de treinamentos e cursos de curta duração e os diferentes contextos em que são ofertados, enquanto propósitos da Vigilância Epidemiológica" (BRASIL, 2010a, p. 46).

Para esse propósito, tornou-se oportuno compreender a distribuição dos casos da TB, identificados nas unidades de saúde (US) que oferecem a estratégia do Tratamento Diretamente Observado – TDO¹ (*Directly Observed Treatment Short-Course – DOTS*) e entender, por meio dessa estratégia, como os TE realizam a gestão de suas ações frente à população usuária da rede de serviços, considerando que, "a equipe de enfermagem, na maioria das vezes, é quem acolhe e realiza as primeiras intervenções do paciente com suspeita da doença" (LIMA, 2010, p.448).

No contexto das ações integradas no controle e tratamento da TB, a estratégia TDO tem como meta o fortalecimento da adesão do paciente e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo, dessa forma, os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

Para assegurar a adesão ao tratamento da TB, os profissionais de saúde devem conhecer as necessidades de saúde dos usuários, estabelecendo relação de confiança e corresponsabilidade, elementos fundamentais para o sucesso do processo terapêutico. Assim, a modalidade de tratamento TDO aproxima os profissionais do contexto social dos indivíduos e ao mesmo tempo em que minimiza os efeitos do estigma ao identificar grupos de risco para a não adesão ao tratamento, estabelece vínculos entre profissional/doente/família (HINO et al, 2011a; RUFFINO-NETTO, VILLA, 2000).

Esta pesquisa insere-se na área da Vigilância em Saúde, entendida como um campo que integra diversas áreas de conhecimento e práticas e que objetiva a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Nesse sentido, este estudo articula os conceitos de territorialização, trabalho em saúde e capacitação profissional.

O pressuposto do estudo é que a inserção do TE no PCT como estratégia para melhorar as taxas de cura e abandono foi oportuna, tendo em vista a melhora dos indicadores. Contudo, faz-se necessário conhecer como se deu a inserção desse profissional nos diferentes contextos e seu cotidiano de trabalho a fim de identificar especificidades que caracterizam o processo de trabalho desse profissional.

¹ A estratégia TDO foi proposta pela OMS desde 1993, tendo como objetivo conter o aumento global da TB. Baseia-se no diagnóstico da TB pulmonar por meio da baciloscopia do escarro e o tratamento com esquema encurtado contendo rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (SOUZA, 2010).

1.2 PERGUNTAS CONDUTORAS

A presente pesquisa é norteada pelas seguintes questões, que à luz da investigação tornam-se problematizadoras:

- Em que contexto se dá a inserção do TE no PCT, antes estruturado sem a participação desse profissional?
- Enquanto modelo de qualificação para trabalhadores em saúde, como são realizadas as capacitações e treinamentos em serviços e de que forma estas contribuem para a formação do TE?
- Qual a percepção do TE enquanto agente mediador de processos de reabilitação de usuários portadores de TB?
- De que forma os TE se apropriam dos resultados efetivos do seu trabalho?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar a inserção dos TE no tratamento da TB no município de Duque de Caxias.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o contexto de produção da TB no município de Duque de Caxias;
- Distribuir e localizar no território do município de Duque de Caxias casos notificados de TB, casos com acompanhamento supervisionado e Unidades de Saúde (US) de referência;
- Caracterizar o trabalho e as atribuições dos TE nas atividades de controle da TB realizadas nas US que integram o PCT no município de Duque de Caxias;
- Identificar as capacitações ofertadas aos TE que atuam no PCT enquanto práticas educativas.

1.4 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justificativa à medida que Duque de Caxias apresentou-se como o segundo município do estado do Rio de Janeiro com maior número absoluto de casos de TB em 2015, posicionando-se entre os cinco municípios do estado com maior incidência da doença. A incidência da doença apresenta-se superior em comparação às médias do estado do Rio de Janeiro e do Brasil, estando incluído entre os municípios brasileiros prioritários pelo Ministério da Saúde (MS) para o desenvolvimento de ações de controle e tratamento da TB (DUQUE DE CAXIAS, 2015; BRASIL, 2015).

Entende-se a importância em considerar o TE que atua neste contexto e apresentar o território em que está inserido, buscando construir possibilidades de intervenção com vistas à modificação da realidade vivenciada. Assim, considera-se relevante analisar e caracterizar o território onde esse profissional atua, tendo em vista que fundamentalmente “ao se analisar recortes espaciais no espaço das cidades é necessário que se contextualize a diversidade da situação de saúde e condições de vida, resultantes da lógica urbana que produz e reproduz em uma velocidade acelerada diferenciações sócio-espaciais” (GONDIM, 2011, apud GONDIM et al 2008, p.84).

Esta pesquisa tem aproximação com o tema processo de trabalho e considera o perfil epidemiológico da TB em Duque de Caxias. Ao avaliar o encerramento dos casos diagnosticados entre os anos 2013 e 2015, foi evidenciada melhora das taxas de cura e de abandono. Questionados possíveis fatores que contribuíram para os resultados no tratamento, foi esclarecida durante a pesquisa a inserção e distribuição dos TE no PCT, tendo como uma de suas atribuições supervisionar a tomada diária da medicação do paciente por três vezes durante a semana desde o início do tratamento até a cura, conforme preconizado pelo MS.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A Tuberculose como problema de Saúde Pública

Aspectos Clínicos, epidemiológicos e sociais

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch), transmissível por via aérea e com evolução crônica, que acomete prioritariamente o pulmão. A forma pulmonar, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, especialmente se comprovada por baciloscopia, pois é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Entretanto, o bacilo pode entrar na corrente sanguínea e alojar-se em outro órgão do corpo e sistemas (TB extrapulmonar) (BRASIL, 2014).

Os sintomas mais comuns são tosse por mais de três semanas, febre alta, suores noturnos, falta de apetite, emagrecimento, dor no peito, e fadiga. Somente pessoas com TB ativa transmitem a doença. Os doentes bacilíferos, ou seja, que têm baciloscopia de escarro positiva são os principais responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão.

A TB é uma doença curável, desde que obedecida a correta operacionalização do tratamento. Com o início do esquema terapêutico, após 15 dias de tratamento, a transmissibilidade diminui gradativamente. Entretanto, o tratamento deve ser realizado sem interrupção, com a duração mínima de seis meses para o esquema básico, e de nove meses para casos de TB meningoencefálica. Na fase avançada, o doente pode apresentar escarro com sangue – a hemoptise, podendo ser fatal quando não tratada (BRASIL, 2011a).

O controle da TB é baseado na busca de casos, diagnóstico precoce e adequado, e tratamento até a cura com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos.

A TB apresenta implicações no contexto das relações sociais, pois é cercada de forte estigma social, decorrente além do problema de ser uma doença infectocontagiosa e, sobretudo de fatores relacionados às condições sociais das pessoas enfermas (geralmente pobres) e preconceitos. (GOFFMAN, 1988).

Tuberculose: Emergência global

A TB é um grave problema de saúde mundial e tida como “calamidade negligenciada²” (RUFFINO–NETTO, 2002, p.51), sendo endêmica nas populações de baixa renda e vítimas de desigualdades sociais e de inúmeras violações dos seus direitos e dificuldade de acesso aos serviços públicos, que apresentam deficiências de gestão.

A TB foi declarada uma emergência global em 1993 e foi inserida nas políticas de saúde internacionais pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No ano 2000 a Organização das Nações Unidas (ONU), ao convidar a sociedade civil e governos a olhar com atenção alguns desafios que o planeta enfrentava e o engajamento destes em prol dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)³, incluiu a TB e estabeleceu como meta reduzir o coeficiente de incidência da doença até 2015.

Conforme aponta o Boletim Epidemiológico do MS (BRASIL, 2016), a partir do implemento de diversas estratégias para tratamento, prevenção e diagnóstico, o panorama mundial da TB melhorou, mas o perfil epidemiológico da doença ainda é alarmante. Considerando o cenário da doença, o diagnóstico e o tratamento eficazes culminaram em 43 milhões de casos curados no período de 2000 a 2014 e, em 2015, a prevalência estimada de TB foi 42% menor do que em 1990. Entretanto, a taxa de redução dos casos permaneceu estática em 1,5% de 2014 a 2015.

As irregularidades na detecção, no tratamento e na informação dos novos casos novos⁴ de TB e de Tuberculose multirresistente (TBMDR) apresentam-se como grandes desafios,

² O termo "doença negligenciada" data da década de 70 e tomou como base o fato de que tais enfermidades não despertam o interesse das grandes empresas farmacêuticas para a produção de medicamentos e vacinas. Além disso, a pesquisa neste setor não conta recursos suficientes, o que gera a escassez dos métodos de profilaxia disponíveis em todo o mundo. No Brasil, as doenças negligenciadas também sofrem com recursos muito aquém do necessário ao seu combate. Nesse sentido, é um desafio para a comunidade científica brasileira criar meios de se diagnosticar, tratar e superar tais doenças com os orçamentos destinados ao setor (SOUZA, 2010).

³ O ODM previa, especificamente, além da redução da incidência da TB, a da malária e a eliminação da hanseníase. Entevia ainda deter até 2015 a propagação do HIV/Aids garantido o acesso universal ao tratamento.

⁴ É considerado "caso novo" qualquer pessoa que nunca utilizou a medicação antituberculosa, ou a utilizou por menos de 30 dias.

uma vez que estes casos requerem notificação compulsória⁵ e pronta intervenção da autoridade sanitária⁶, visando à identificação e o rápido controle da doença. Dos cerca de 10,4 milhões de casos novos, apenas 6,1 milhões foram detectados e notificados oficialmente em 2015, deixando uma lacuna de 4,3 milhões. Esta diferença é devido à subnotificação de casos de TB, especialmente em países com grandes setores privados não regulamentados, e sub-diagnóstico em países com grandes barreiras de acesso aos cuidados.

Em 2015, seis países destacaram-se apresentando elevada incidência de casos: Índia, Indonésia, China, Nigéria, Paquistão e África do Sul. Em conjunto, esses países concentraram 60% do total de casos registrados no mundo. A OMS estima que 480.000 pessoas adoeceram com TBMDR em 2015. Os três países que concentraram a maior carga de TBMDR, Índia, China e Federação Russa, respondem por quase metade de todos os casos a nível global. A taxa de cura de 52% a nível mundial é considerada muito aquém do esperado (WHO, 2016).

Considerando a correlação da TB com as causas de morte no mundo, embora tenha apresentado redução de 22% entre 2000 e 2015, neste último ano foi uma das dez principais causas de morte no mundo, ultrapassando as mortes ocasionadas por HIV/Aids e por malária. Nesse contexto, estimou-se que 1,8 milhões de pessoas morreram de TB, das quais 0,4 milhões foram co-infectados com HIV (WHO, 2016).

A tuberculose no cenário brasileiro

Estudos históricos apontam que a TB se instalou no Brasil desde o início da colonização portuguesa, no século XVI, disseminando-se entre as classes menos favorecidas. Por não ser uma doença de evolução rápida, durante muito tempo foi deixada em segundo plano, recebendo maior atenção das autoridades sanitárias somente a partir da década de 1930. (MACIEL; MENDES; GOMES, 2012).

⁵ A escolha das doenças e agravos de notificação compulsória obedece a critérios como magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, disponibilidade de medidas de controle, sendo a lista, criada pela Lei nº 6259 de 1975 e periodicamente revisada, tanto em função da situação epidemiológica da doença, como pela emergência de novos agentes e por alterações no Regulamento Sanitário Internacional. Por esta lei os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de saúde e ensino, estão obrigados a comunicar aos gestores do SUS a ocorrência dos casos suspeitos ou confirmados das doenças listadas. A Portaria GM nº 204, de 17 de Fevereiro de 2016 do MS apresenta a relação vigente de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória.

⁶ Algumas estratégias devem ser assumidas pela equipe da vigilância epidemiológica, visando ao aumento da sensibilidade do sistema de vigilância da TB, por exemplo, o monitoramento de outros sistemas de informação em saúde, nos quais o diagnóstico de TB pode ser registrado: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) (Brasil, 2014).

No Brasil a TB é um problema com profundas marcas no contexto social, onde a ação da tecnologia e as relações sociais se co-determinam e concorrem para o sucesso da intervenção, estando intimamente ligada às baixas condições de vida, particularmente, à moradia em locais sem ventilação adequada e sem exposição ao sol.

Na década de 1990 o MS elaborou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, efetivamente implantado a partir de 1996 e formalizado em 1999, com a criação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal.

O PNCT recomenda a implantação da Estratégia TDO para o controle da TB no Brasil, privilegiando a descentralização das medidas de controle para a Atenção Básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis (BRASIL, 2011c). O propósito era aumentar a efetividade das ações de controle da doença através da implementação de atividades específicas em 230 municípios prioritários com mais de 100 mil habitantes e/ou um coeficiente de incidência superior a 80% da taxa nacional (32 casos novos por 100 mil habitantes) onde se concentravam 75% dos casos estimados para o Brasil (RUFFINO NETO, 2002).

Conforme aponta Nascimento (2005), é nesse período, quando a incidência da doença se torna ainda mais preocupante, que além do recrudescimento da miséria em um enorme contingente da população e do aumento da resistência bacilar, uma nova condição contribui para este agravo: a emergência de uma doença que se constitui em um fator de influência nos índices da TB: a AIDS.

A prevalência da TB/HIV, TBMDR e de novas linhagens de *M. tuberculosis* do tipo Beijing concorrem para o agravamento dos aspectos técnicos que desafiam o controle desta enfermidade, apesar dos esforços despendidos pelo MS, considerando a descentralização de suas ações e a operacionalização da estratégia do Tratamento Supervisionado com as demais esferas de gestão. Estas estratégias têm como objetivo o alcance das metas internacionais de detecção de 70% dos casos bacilíferos estimados e de cura de, pelo menos, 85% dos casos que iniciaram tratamento. Tais estratégias, embora adotadas em mais de 80% dos países, não reduziram de forma significativa a carga de TB (SANTOS, 2007; SOUZA, 2010).

A partir de 2003 a TB foi reforçada na agenda de prioridades que apresentavam

impacto sobre a saúde da população brasileira através do “Pacto pela Vida”⁷ que dentre diversos compromissos, instituiu metas para o controle da doença em pelo menos 85% de cura dos casos novos bacilíferos.

A situação da TB no cenário brasileiro é preocupante. Ela atinge a todas as faixas etárias com maior predomínio na população economicamente ativa (15 aos 54 anos) e do sexo masculino. O Brasil ocupa a 18ª posição⁸ em número de casos entre os 22 países com alta carga de TB, representando 0,9% dos casos estimados no mundo e 33% dos estimados para as Américas. No contexto dos países com maior carga de TB, o Brasil é o 22º, apresentando os maiores coeficientes de incidência, de prevalência e de mortalidade. Dentre os países do mundo, ocupa o 109º maior coeficiente de incidência da doença (Brasil, 2016).

Ainda segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2016), até fevereiro de 2016 haviam sido registrados em 2015, 63.189 casos novos de TB no Brasil. Neste mesmo ano, o coeficiente de incidência da doença foi de 38,7/100 mil hab. A atual meta do governo brasileiro, conforme recomendado pela OMS, é detectar 70% dos casos estimados de TB e curar em 85% dos casos detectados.

Considerando os desfechos do tratamento, a TB foi a terceira causa de morte por doenças infecciosas em 2014 e a quarta em 2015. Nestes dois anos manteve-se como a primeira causa de morte por doenças infecciosas definidas nos pacientes com AIDS (Brasil, 2015; Brasil, 2016).

Em 2014, o coeficiente de mortalidade foi de 2,6 óbitos/100 mil habitantes (WHO, 2015). Neste mesmo ano, o estado do Rio de Janeiro registrou coeficientes de incidência de 60,9; e de mortalidade de 5,0 óbitos para cada 100 mil habitantes, configurando como o estado com maior coeficiente de mortalidade do país (BRASIL, 2015).

Nas capitais brasileiras, em 2015, foram notificados 23.161 casos novos de TB, o que corresponde a 36,6% do total do país. As capitais Manaus-AM (98,3/100 mil hab.), Porto Alegre-RS (88,8/100 mil hab.), Recife-PE (78,3/100 mil hab.) e Rio de Janeiro RJ (66,8/100

⁷ O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006).

⁸ Dados publicados em outubro de 2016 apontam o Brasil, juntamente com outros 30 países, a maioria na Ásia e África, comportando 87% dos 10,4 milhões de casos novos da doença (incluindo 1,2 milhões de pessoas com HIV). A publicação informa ainda que o Brasil ocupou a 20ª posição, apresentado a taxa de incidência de 84 /100 mil hab. (WHO, 2016).

mil hab.) destacaram-se por apresentarem coeficientes de incidência maiores que a média nacional (30,9/100 mil hab.).

O coeficiente de mortalidade no Brasil foi reduzido em 21,4%, no período de 2004 a 2014, passando de 2,8/100 mil hab. para 2,2/100 mil hab. Com a redução dos coeficientes de mortalidade e de incidência em 2014, o Brasil atingiu as metas internacionais de combate à TB dos ODM com três anos de antecedência⁹.

Os estados brasileiros que apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade, em 2014 foram o Rio de Janeiro (5,1/100 mil hab.), Pernambuco (4,3/100 mil hab.), Amazonas e Alagoas (3,3/100 mil hab.). Entre as capitais, o Rio de Janeiro – RJ (7,0/100 mil hab.) apresenta maior risco de morte por TB, seguido pelas capitais de Recife-PE (6,8/100 mil hab.) e Maceió- AL (6,0/100 mil hab.).

Em 2015, o Coeficiente de Incidência da doença no Brasil foi de 30,9/100 mil hab.; a região Norte, destacou-se com 37,4/100 mil hab.; e o estado do Amazonas e com 70,1/100 mil hab. Já o estado do Rio de Janeiro apresentou coeficiente de incidência de 68,9/100 mil hab. Ao avaliar a letalidade da doença, no Brasil a TB apresentou Coeficiente de Mortalidade de 2,2 /100 mil hab.; a região Nordeste, 2,5/100 mil hab. e o estado do Rio de Janeiro 5,1/100 mil hab.

Segundo o MS (Brasil, 2014), o risco de adoecimento por TB em populações vulneráveis em comparação ao risco da população geral apresenta-se da seguinte forma: indígenas, três vezes maior; privados de liberdade, 28 vezes maior; pessoas que vivem com HIV/AIDS, 35 vezes maior; e pessoas em situação de rua, 44 vezes maior.

Considerando os casos que apresentam qualquer tipo de resistência aos fármacos utilizados no tratamento, no período entre 2012 e 2015 foram registrados 840 casos novos de TBMDR (Brasil, 2014).

⁹ Após atingir a meta, o MS aderiu ao compromisso global da Estratégia pelo Fim da TB de reduzir em 95% os óbitos e em 90% o coeficiente de incidência de menos de 10 casos por 100 mil habitantes até 2035, conforme meta formulada por diversos países no âmbito da OMS e aprovada em 2014 na Assembleia Mundial de Saúde. A OMS definiu que essa redução representa o fim da TB como problema de saúde pública. Para isso, a estratégia prevê o estabelecimento de três pilares: prevenção e cuidados integrados e centrados no paciente; políticas arrojadas e sistemas de apoio; e intensificação da pesquisa e inovação (Brasil, 2016).

2.2 A Vigilância em Saúde e a Atenção Básica com base no território

A saúde como direito de todos e dever do Estado, resultado do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, teve sua aprovação na Constituição Federal e com isso, instituiu-se, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção, descentralização da gestão dos serviços, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de atendimento (SILVA; LIMA, 2005).

Para assegurar os direitos constitucionais em meio à complexidade conjuntural, avançar na consolidação do SUS e materializar suas diretrizes, mudanças foram necessárias, sendo que estas foram decisivas para a implantação de práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) nas políticas de saúde do Estado brasileiro.

Segundo o artigo 1º da Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, a “Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como a coletiva dos problemas de saúde.”

Esta mesma portaria, ao aprovar as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, em seu segundo artigo, classifica vigilância em saúde como “ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde”, definindo as áreas de abrangência deste campo da Saúde Pública (SALOMÃO; SANTOS, 2012, p.13)

Através da publicação de dois documentos: *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas* – pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) em 2005, e *La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*, publicado pela OMS em 2008, a APS foi revigorada como enfoque privilegiado para a organização de sistemas de saúde (Opas, 2005; WHO, 2008).

Compreende-se dessas publicações, principalmente, o movimento de recuperação do debate em torno da APS como ponto principal de organização de sistemas de saúde no contexto de cada país. Além disso, o debate recoloca perspectivas da relação entre Estado e sociedade diante do conjunto de questões que o campo da saúde faz emergir, tais como a responsabilização sobre a saúde coletiva, a relação entre os setores público e privado, os

modos de financiamento das ações de saúde e a própria percepção da saúde como direito (GIOVANELLA, 2008).

Autores como Fonseca et al (2013) entendem a APS como um campo de disputas em que se enfrentam diferentes orientações políticas, econômicas e sociais traduzidas em diversos modos de conceber o processo saúde-doença, os direitos sociais e o papel do Estado na produção e manutenção dos serviços públicos. Para esses autores, a APS tem sua configuração resultante dessa correlação de forças, e representa interesses distintos na conformação das políticas públicas e tem se mantido como um espaço rico de debates com maior ou menor destaque em certos contextos, mas sempre presentes.

Um sistema de saúde com base na APS requer uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis que garantam a cobertura e o acesso universais a serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade.

A APS deve ser a base que organiza a demanda para os demais níveis de atenção à saúde e atende aos problemas mais comuns na comunidade (STARFIELD, 2002). Seu planejamento e ação têm enfoque nas famílias e nas comunidades e deve enfatizar a prevenção e a promoção da saúde, cura e reabilitação. Busca desenvolver mecanismos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde, assegurando o cuidado no primeiro atendimento, o que se alcança por meio da designação de competências definidas a cada nível de governo, integração de serviços de saúde públicos e privados, utilização de dados precisos no planejamento e na tomada de decisões e criação de um modelo institucional com incentivos para melhorar a qualidade dos serviços (Opas, 2007).

A OMS, no decorrer dos anos, tem feito tentativas de adequar as normas nacionais da Atenção Básica, definindo parâmetros que estejam adaptados à atual realidade vivida pelo SUS. Nessa direção, O MS pactuou na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em setembro de 2011, o lançamento da Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisava as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica¹⁰ para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011a).

¹⁰ A Política Nacional de Atenção Básica, ora proposta, considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2011a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para organização da Atenção Básica no Brasil e para superar o modelo biomédico de atenção vigente, segundo o qual as práticas privilegiam procedimentos centrados na figura do médico, com predomínio de práticas curativas e hospitalocêntricas, não sendo suficientes para solucionar os problemas de saúde da população. Visando à ampliação da cobertura populacional e buscando mudar a forma atual de cuidar da saúde das pessoas, a ESF tem na UBS a porta de entrada do SUS, num esforço para resolver a maior parte dos problemas.

Um dos princípios fundamentais da ESF é a atenção integral e humanizada. Cada equipe de Saúde da Família se responsabiliza por: a) estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; b) estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; c) atuar de forma intersetorial, através de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma tanto a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde, quanto a ter efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2004a).

A Atenção Básica – e em especial, a ESF, para sua consecução – necessita de diretrizes com apoio em diferentes atividades a ela relacionadas. A definição de território adstrito, tão cara à sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM; MONKEN, 2008).

O território define em si adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011a).

A definição de base territorial para o desenvolvimento de ações de vigilância, de atenção e do cuidado em saúde é, simultaneamente, pressuposto de estratégia metodológica fundamental para organização dos processos de trabalho em saúde, por meio de diferentes recortes territoriais, previamente determinadas.

Para Gondim (2011) a delimitação de territórios é preconizada em instrumentos normativos do SUS, como por exemplo, na política de Atenção Básica à Saúde (ABS), na

ESF, no Pacto de Gestão e nas propostas de descentralização e regionalização de atividades de assistência e de vigilância.

No modelo de atenção da vigilância em saúde, a organização da rede de serviços e das práticas de saúde requer territorializar informações (econômicas, sociais, epidemiológica, culturais, ambientais) para desvelar o estado de saúde e as condições de vida da população, possibilitando planejamento e programação de ações oportunas as equipes de saúde (GONDIM, 2011).

Essa mesma perspectiva orienta a compreensão do perfil social dos profissionais de nível fundamental e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde (ACS) e os TE, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde, intrinsecamente associados à APS.

2.3 O trabalho em saúde e o técnico de enfermagem como força de trabalho

Este estudo apresenta como principal referencial teórico estudos e autores que discutem conceitos e categorias relativas à força de trabalho consagrados pela economia política, tendo como referência a descrição e a análise da natureza do processo de trabalho onde o trabalhador, imerso no processo de produção, intervém e sofre intervenção. Questões como qualificação e formação técnica em saúde permitem, dessa forma, um diálogo com as categorias trabalho, trabalho em saúde e trabalho em equipe, com reflexão entre teoria e prática considerando os possíveis desafios pela pesquisa proposta.

Na atualidade, o conceito de processo de trabalho em saúde é empregado no estudo dos processos de trabalho com especificidades das diferentes áreas que integram o campo da saúde, sendo utilizado nas pesquisas e intervenções sobre a atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde e outros temas, permitindo abordar aspectos estruturais e aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois nesta dinâmica são configurados os processos de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2010).

Para estudar o trabalho em saúde, é necessário considerar o contexto atual de um mundo organizado sob a hegemonia do modo capitalista de produção, considerando que, “problemas em saúde existem desde os primórdios da humanidade e a assistência aos doentes sempre foi um trabalho diferenciado, desenvolvido por indivíduos, reconhecidos pelo grupo, como dotados de capacidade e conhecimento especial” (PIRES, 2000, p.253).

De acordo com os estudos de Marx (1994), o trabalho é entendido como algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de gerar algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano. Conforme a teoria marxista, o trabalho, e em particular, o setor saúde como parte do setor de serviços, contribui indiretamente para o processo de acumulação de capital e influi na manutenção e reprodução da classe trabalhadora com características específicas. Nessa perspectiva, Pereira (2007) sinaliza que o profissional da saúde é educado entre conflito, contradição e perspectiva de servir ao mercado de trabalho, onde se adapta às regras do capitalismo.

Nogueira (1987, p. 333) define força de trabalho em saúde como “o conjunto de pessoas vinculadas direta ou indiretamente à prestação de serviços de saúde e sujeitas a uma relação de compra e venda dessa mercadoria especial, constituída pela capacidade de trabalho de cada um.”

Nos serviços de saúde estão localizados o usuário e o profissional, gerando deste encontro o cuidado, que é o objeto de trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2005). Dessa forma, o conceito de trabalho em serviços, na sua função social, “possibilita a mediação, a sistematização ou a normatização, tendo sua eficácia ao produzir equilíbrio entre os processos de individualização e diferenciação e entre necessidades de organização e padronização” (OFFE, 1994, p.137).

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; e como objeto, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, de preservar a saúde ou prevenir doenças.

O entendimento de trabalho como processo é uma construção relativamente recente no campo da Enfermagem (FRACOLLI; GRANJA, 2005). Trata-se de uma profissão institucionalizada, com equipe interdependente na execução de trabalhos que se baseiam em ações sistematizadas. Conforme Merhy (2010, p.431), “não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do universo das necessidades de saúde.”

Assim, com base conceitual nos estudos do processo de trabalho em saúde, entende-se o TE como sendo um dos elementos (sujeitos) que integram esse processo e, conforme, Peduzzi e Schraiber (2010), deve ser apreendido e compreendido no interior das relações recíprocas entre objeto de trabalho, instrumentos e atividades no interior do processo de divisão do trabalho.

Através do processo de trabalho no campo da enfermagem, considerando o cotidiano do TE com apontamentos para o gerenciamento do cuidado, considera-se que “a dimensão do

saber tem especial importância no trabalho em saúde, uma vez que se trata de trabalho reflexivo em serviços” (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002, p. 394).

O acolhimento tem grande importância na Atenção Básica por esta organizar os fluxos da continuidade da atenção e do cuidado, devendo possuir modelo de atenção voltado à vigilância em saúde, centrada no usuário, com foco na saúde e não na doença. Por meio da escuta e do diálogo é permitida a humanização da relação profissional-usuário, a decodificação das necessidades de saúde e, a construção de processos de vínculo e trabalho em equipe.

No que diz respeito à qualificação da força de trabalho em saúde, Pires (2000) aponta que, 50% representam a força de trabalho em enfermagem. Segundo Pereira (2007), no trabalho desenvolvido por esta categoria, historicamente, observa-se uma polarização das qualificações que aconteceu mediante a divisão social do trabalho e a hierarquização, obedecendo às divisões de classe. Conforme argumenta Kuenzer (2007, p.1168), “a inclusão do trabalhador qualificado depende das necessidades do sistema produtivo. O que determina a inclusão na cadeia, portanto, não é a presença ou a ausência de qualificação, mas as demandas do processo produtivo que combinam diferentes necessidades de ocupação da força de trabalho.”

Chinelli, Vieira e Deluiz (2013) ao debaterem sobre o processo de qualificação de trabalhadores técnicos em saúde consideram a qualificação para o trabalho na perspectiva histórico-crítica, síntese de múltiplas determinações. Assim, entende-se a qualificação profissional como um importante atributo, mas não o único fator, que pode contribuir para a visão analítica mais geral na particularidade do cuidado com os usuários que tratam a TB.

Nesse contexto, é importante destacar o conceito de Educação em Saúde definido pela OMS, como “[...] ação que visa capacitar a comunidade e os indivíduos para ganharem maior controle sobre sua saúde e sobre o meio em que vivem” (Brasil, 2002, p.24), onde o TE tem papel fundamental em todas as atividades relacionadas ao cuidado de pessoas e grupos, principalmente e especificamente na estratégia de tratamento supervisionado da TB, onde a prática educativa deve promover maior participação dos sujeitos nos processos de tomada de decisões e cura.

A Institucionalização da Enfermagem

A enfermagem, por possuir um conjunto de conhecimentos específicos, tem reconhecimento na sociedade como atividade essencial e necessária. Historicamente, organizou-se como profissão sob o modo capitalista de produção, desenvolvendo sua prática no espaço institucional, hospitalar e, depois, no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde.

A institucionalização da enfermagem como profissão, a partir de meados do século XIX, ocorre caracterizada, desde o início, dentre outros aspectos, pela divisão do trabalho que configura diversos agentes da enfermagem. Este processo vem acompanhado de outros dois aspectos marcantes na área, quais sejam, a disciplina e a hierarquia (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

No decorrer da institucionalização da enfermagem ocorre a conformação de um saber técnico específico da área; e o trabalho de enfermagem se desenvolve com certa autonomia, posteriormente pela sistematização dos princípios científicos que as fundamentam, e mais recentemente, pela busca da construção de teorias (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Este saber técnico guarda relação recíproca com as ações de enfermagem e, em conjunto, no exercício cotidiano do trabalho, constitui o cuidado de enfermagem como objeto de trabalho.

De acordo com Rocha et al. (2000) a Enfermagem é definida como sendo uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamentos a pacientes crônicos e agudos, reabilitação e acompanhamento de doentes terminais. Assim, a Enfermagem constitui-se, em todos os serviços de saúde, num grupo fundamental para assistência e parte indispensável ao processo de tratamento.

Por meio do cuidado a enfermagem se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores, atuando em equipes para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde. Mesmo enfrentando resistências, baseadas num modelo de saúde marcado pela hegemonia médica, a enfermagem desempenha um papel central nos sistemas de saúde. Em tal cenário, destaca-se a fundamental importância das lideranças de enfermagem na busca de soluções e novos modelos de gestão que respondam às dificuldades de alocação de recursos humanos e tecnológicos.

A lei do exercício profissional e o Código de ética

A legalização do exercício profissional da Enfermagem constituiu-se através da Lei Nº 7.498/86, e, tem sua regulamentação pelo Decreto nº 94.406/87, que consubstancia a divisão social da enfermagem e onde também se encontra estabelecida a responsabilidade civil dos seus profissionais. No Art. 2, parágrafo único da referida Lei está descrito que, “A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação” (Art. 2, parágrafo único).

Entre as atividades privativas do Enfermeiro estão a consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem. O Processo de Enfermagem ou Consulta de Enfermagem constitui-se na dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, seguindo metodologia orientadora do cuidado e do registro desta prática profissional. A consulta de enfermagem está regulamentada pelo Exercício Profissional da Enfermagem, pela Resolução Cofen 159/93, que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem; e também pela Resolução Cofen 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

As diretrizes que orientam os profissionais estão definidas no Código de Ética e o órgão fiscalizador é também o seu tribunal ético. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen 311/2007) tem como preceitos éticos e legais da profissão o princípio fundamental de que “O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.”

Como ressaltado no Protocolo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás 2010, a iniciativa de protocolar as atividades do Enfermeiro, é relevante por despertar no profissional o benefício em legalizar suas ações, proporcionar o desenvolvimento de seu fazer com segurança o que, certamente, resultará em melhoria da qualidade à saúde da população.

Trabalho e Formação em Enfermagem

Em todo o mundo, a enfermagem constitui o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde. Trata-se do grupo profissional amplamente distribuído e que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades. Embora, distintas em suas modalidades de trabalho, às categorias profissionais da enfermagem incube integrar a equipe de saúde e promover a educação em saúde.

Atualmente, a enfermagem encontra-se dividida em duas funções distintas: o enfermeiro e o Técnico de Enfermagem. Conforme Trezza, Santos e Leite (2008), a enfermagem tem sido exercida em instituições como um trabalho parcelado, dividido socialmente, onde as tarefas mais elementares geralmente são executadas por aqueles menos qualificados e as atividades de comando e supervisão são desenvolvidas por quem detêm o saber e, portanto, o poder.

Assim, há o enfermeiro como um profissional mais qualificado, representando o trabalho intelectual e os TE que realizam propriamente o trabalho de característica manual (FRANCISCO, 2015).

O enfermeiro tem sua formação em curso de graduação e tem como funções o gerenciamento, o planejamento, avaliação dos serviços e a execução de procedimentos invasivos, que requerem um maior conhecimento técnico e delegam atividades aos TE. Compete aos enfermeiros acolher, classificar o risco e vulnerabilidade (com base em protocolo), identificar a possibilidade de agravamento, definir prioridade, condutas e o tempo terapêutico adequado. Ainda pode identificar a necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção, o que, neste caso, deverá incluir avaliação e decisão médica.

O TE tem a sua formação em curso técnico de nível médio e a sua função na equipe consiste no acolhimento e na realização de procedimentos práticos como aferição de sinais vitais. Este profissional resolve dentro de sua área de competência e/ou prioriza o atendimento do enfermeiro ou médico ou participação em outra modalidade de cuidado. Cada TE responsabiliza-se pelo atendimento integral, realizando todas as atividades assistenciais que cabem à enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro.

Para Medina e Takahashi (2003), os TE têm procurado nos últimos anos, a graduação em Enfermagem como um fator propulsor na aprendizagem teórica e prática. Zanei (1998) destaca, dentre os motivos que levam os trabalhadores em enfermagem a optar pela graduação, os seguintes: possibilidades de ascensão profissional, melhora do conhecimento científico e possibilidade de mudar de status dentro da equipe.

Em recente estudo¹¹ sobre o perfil da enfermagem brasileira, encomendado pelo Cofen, destacou-se que a vontade que muitos profissionais têm em qualificar-se, ainda que

¹¹ Este estudo contou com apoio do MS, da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), da Rede ObservaRH, da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS), da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS), da Associação Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (Anaten) e do Fórum Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

poucos auxiliares e técnicos tenham declarado ter nível superior completo. Segundo o levantamento, 23,8% dos auxiliares e técnicos declararam ter nível superior incompleto e 11,7% indicaram ter concluído curso de graduação. No caso dos enfermeiros, a maioria formou-se em instituições públicas de ensino (54,6%) (LIMA, 2015).

A enfermagem se constitui como uma das poucas profissões cujo mercado de trabalho continua em expansão. As diversas áreas de atuação da enfermagem ampliam as oportunidades de empregabilidade, podendo ser uma das principais motivações que fazem com que os cursos de enfermagem tenham uma alta demanda (BARBOSA et al., 2011).

2.4 A organização do trabalho da Enfermagem no controle da tuberculose

A profissão enfermagem tem como parte de sua filosofia contribuir para que a pessoa, sujeito da sua atenção, possa alcançar nível e qualidade de vida adequados. Muitas vezes, estes profissionais são os únicos trabalhadores em saúde disponíveis na zona rural de países pouco desenvolvidos, coordenando vários programas de controle de agravos como malária, tuberculose, hanseníase, diarreia e outros (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Para o exercício de suas funções, o enfermeiro deverá conhecer as atribuições dos profissionais que estão sob sua responsabilidade nas diferentes unidades de saúde (US). A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, estabeleceu as atribuições dos profissionais de saúde para a organização da Atenção Básica junto à ESF e ao Pacs, enquanto as normas de manuais técnicos da Vigilância em Saúde assinalam ações, procedimentos e intervenções da área da vigilância de agravos e doenças.

Conforme o *Manual de Recomendação para o Controle da Tuberculose no Brasil* (Brasil, 2011b), no acolhimento, o enfermeiro deverá estabelecer vínculo entre os profissionais de saúde, paciente, família e comunidade. Isso requer mudanças na porta de entrada da população aos serviços de recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços (PAIM, 2003). Trata-se da inversão da lógica de organização e funcionamento dos serviços, incluindo três aspectos: a garantia do acesso a todas as pessoas que procuram as US; o deslocamento do processo de trabalho, a partir do eixo médico para a equipe multiprofissional e de acolhimento; e a qualificação da relação trabalhador/usuário, que deve ocorrer por meio de parâmetros humanitários, solidários e de cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Os serviços de referência devem se integrar aos demais níveis do sistema de saúde, estabelecendo fluxo organizado de atenção, que não se limite apenas ao ato de receber o doente na unidade, mas que dê suporte a uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, incluindo a definição para onde o usuário será referenciado, ou seja, a contrarreferência. É fundamental mapear a rede de serviços de TB próxima a sua unidade de saúde de atuação, estabelecer as relações formais, definir os fluxos de atendimento e os mecanismos de encaminhamento, retorno e acompanhamento do doente.

Além da definição da composição da equipe e das atribuições e funções, é fundamental levantar o perfil do grupo quanto a experiências anteriores e qualificações. A partir desse levantamento, define-se o processo de trabalho com objetivos comuns da equipe e faz-se a previsão de estratégias de educação permanente.

A educação permanente nesse contexto é entendida como o processo de reflexão crítica e contínua sobre a realidade do trabalho, com vista à sua problematização e à proposição coletiva de mudanças que possam melhorar a qualidade das práticas do atendimento. O referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde constitui ferramenta potente para a transformação de práticas e isso pode ser feito no cotidiano da gestão de serviços (CECCIM, 2005). Esse conceito coloca o cotidiano do trabalho em saúde como central nos processos educativos, ao mesmo tempo em que propõe sua problematização, uma autoanálise do processo e das práticas dos profissionais.

Do ponto de vista operacional, são muitas as atividades que podem ser propostas: discussões de temas do cotidiano com a construção de alternativas (qualidade dos registros, condutas de acordo com o caso, organização dos fluxos de trabalho, interação da equipe com os usuários, avaliação dos dados epidemiológicos e operacionais, acompanhamento dos casos, sistema de informação, casos clínicos, grupos de ajuda em situações especiais e pesquisas clínicas, entre outros).

Vale ressaltar ainda que, a partir de estudos realizados através de descrições da enfermagem em vários países, observou-se que a qualificação dos profissionais de enfermagem e suas atividades práticas diferem profundamente de um local para outro. Concluem que, em todo o mundo, a natureza e a prática da enfermagem são influenciadas pela realidade que compreende a política, a economia e a cultura e essa realidade difere de país para país, de região para região (WHO, 1997).

Para a assistência, é considerável que todas as equipes das US devem ser treinadas e atualizadas para oferecer melhor auxílio ao paciente com TB. Assim, todas as categorias

devem ser contempladas no planejamento de cursos e treinamentos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde (FAÇANHA et al., 2009).

Apontamentos para a estratégia do Tratamento Supervisionado

A manutenção da TB como problema de saúde pública faz com que novas respostas devam ser dadas. Daí se exige atuação comprometida, ética e humana dos gestores locais, dos profissionais de saúde e da população, com mobilização social nas ações de controle e no tratamento dos doentes, entre elas, o fortalecimento da atuação do enfermeiro quanto à assistência ao paciente, tendo na estratégia do TDO uma dessas ações.

O controle do tratamento consiste na aplicação de meios que permitam o acompanhamento da evolução da doença e a utilização correta dos medicamentos (BRASIL, 2011b) tendo como intuito atingir as metas preconizadas pelo MS de 85% da taxa de cura, e de abandonos inferiores a 5% dos casos diagnosticados da doença.

Esta modalidade consiste na observação diária (de segunda a sexta-feira) da ingestão das drogas antituberculose. Nos finais de semana e feriados os medicamentos são autoadministrados. Recomenda-se, como estratégia principal para adesão ao tratamento, que todos os casos de TB recebam o TDO. Os pacientes com tratamento supervisionado têm maior probabilidade de curar a TB ou de não apresentar multirresistência às drogas (THORN, 2008).

A estrutura dessa modalidade de tratamento é identificada através de cinco elementos básicos e de objetivos que orientam com especificidades a sustentabilidade do tratamento, APÊNDICE A, assim como as diferentes formas de assegurar a organização dos serviços para o controle da TB. As estratégias são criadas pelo serviço em cada nível, a partir das situações-problema dos doentes, e que pressupõem uma flexibilidade de atendimento.

A recomendação técnica assinala que um profissional capacitado da equipe de saúde deverá visitar o paciente e o seu responsável semanalmente para monitorar o tratamento, com atenção reforçada, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os atores (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e ACS).

Para a implementação do TDO, deve-se observar as diferentes etapas de organização dos serviços na US e no domicílio e as seguintes modalidades de supervisão: domiciliar, na unidade de saúde, prisional e compartilhada (quando o doente recebe a consulta médica em

uma US e realiza o TDO em outra mais próxima ao seu domicílio ou trabalho) (BRASIL, 2011c).

A escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. O local e o horário da administração do medicamento devem estar de acordo com as necessidades do usuário, e nunca do serviço.

Excepcionalmente, a US poderá propor ao paciente que a observação seja realizada por algum membro da família, da assistência social ou da comunidade, desde que capacitados por profissional da equipe de saúde. Nos casos em que o TDO não for realizado por profissionais de saúde, esta modalidade não será considerada para fins operacionais (inclusive para fins de notificação no Sinan¹²). No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for necessária, deve ser exaustivamente explicado sobre a necessidade da tomada diária da medicação, incluindo os dias em que o tratamento não será observado.

Conforme o *Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil* (MS, 2011b), embora a melhor absorção da medicação seja obtida em jejum, esta pode ser administrada em qualquer horário por, no mínimo, três observações semanais desde o início do tratamento até a cura. Para fins operacionais, ao final do tratamento, para a definição de que o tratamento foi supervisionado, convencionou-se que, no mínimo, 24 tomadas da medicação tenham sido diretamente observadas na fase de ataque e 48 doses na fase de manutenção.

Além das atribuições gerais definidas pelo MS, no PCT outras demandas ainda são sugeridas, tendo em vista as orientações direcionadas ao tratamento supervisionado através de atribuições mínimas específicas, conforme a categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las de acordo com as especificidades locais.

O controle do TDO consiste na aplicação de meios que permitam ao profissional acompanhar a evolução da doença por meio da análise da ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação, identificando: efeitos adversos, frequência da tomada dos medicamentos e as intercorrências.

¹² O Sinan tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 2007). Trata-se da principal fonte de elementos quantitativos na Vigilância Epidemiológica que ocorre através das informações coletadas sobre as doenças de notificação compulsória.

O emprego do TDO aproxima os profissionais do contexto social dos indivíduos, ao mesmo tempo em que impossibilita os efeitos do estigma ao identificar grupos de risco para a não adesão ao tratamento (RUFFINO-NETTO, 2000). É o momento ímpar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para empoderar o paciente em relação ao processo do tratamento, com linguagem acessível, de fácil entendimento, propiciando uma educação individual e dialogada.

A organização da equipe garante que as ações sejam sistematizadas, contínuas e resolutivas; deve ser realizada por meio da elaboração de protocolos de atendimento que partam das diretrizes definidas pelo MS, mas que contemplem as especificidades locais e, principalmente, a dinâmica de trabalho da US e equipe (Brasil, 2011b).

O protocolo de atendimento requer discussão e consenso da conduta da equipe envolvida no PCT local, incluindo particularmente a questão do TDO, devendo este documento ser regulamentado pelo gestor municipal. Sua elaboração deve contemplar os seguintes princípios: partir de condutas consensuadas pela equipe, o que implica elaboração participativa e coletiva; estar centrado no usuário; utilizar como referência os protocolos clínicos definidos pelo MS; utilizar os indicadores para avaliação do serviço, do processo de implantação do TDO e dos resultados sugeridos pelo MS; estabelecer formas e prazos para revisões de metas e atualizações das estratégias do PCT; informar ao usuário os fluxos de atendimento na unidade de saúde, os exames a serem realizados e o atendimento dos contatos (Brasil, 2011b).

O profissional de enfermagem ao administrar o medicamento deve mostrar-se solidário, escutar o paciente, auxiliar e solucionar as suas dúvidas e queixas. Esse é um momento único para conversar com o doente sobre a doença, transmissão, duração do tratamento, regularidade na tomada do medicamento, abandono do tratamento, medicamentos a serem utilizados e possíveis efeitos adversos; estimulá-lo para o controle de seus contatos. Nessa concepção, o serviço de TB se adapta às necessidades do paciente, apoiando-o, estabelecendo vínculo, acolhimento e corresponsabilidade, fundamental na busca da integralidade da assistência.

Conforme aponta o *Manual técnico do TDO da TB na Atenção Básica* com especificidades no protocolo de enfermagem (Brasil, 2011c), o primeiro passo da atuação do enfermeiro será levantar, com base nos indicadores epidemiológicos e operacionais, os problemas existentes na região ou área relacionados ao PCT. Ainda segundo este guia, outra

questão importante a ser levantada no serviço é a garantia da ampliação da oferta de TDO de forma descentralizada, facilitando o acesso e a equidade da atenção aos doentes com TB.

Compete ao enfermeiro com atuação no TDO a organização do processo de trabalho nas atividades de controle da TB, incluindo a dose diretamente observada da medicação. Abrange duas dimensões do processo de trabalho: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço; e a assistencial, referente à realização das ações do cuidado. Estas duas dimensões podem ser organizadas por meio da elaboração e da implantação de protocolos de enfermagem.

De maneira geral, o enfermeiro deve inserir a pessoa com TB nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde. Sendo assim, espera-se a redução ou a eliminação das diferenças advindas de fatores considerados evitáveis e injustos, criando igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças possíveis, isto é, proporcionando uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos (VIANA et al., 2003), enfim, permitindo uso oportuno dos serviços pelos doentes de TB.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa foi desenvolvida em três fases distintas, nas quais foram utilizados métodos e instrumentos diferenciados para alcançar os objetivos apontados. Para tanto tomamos as palavras de Demo (1995) como guia, de modo a termos ao final não só um conjunto de números, expressão quantitativa de um dado contexto, mas, sobretudo, a singularidade do próprio contexto – a qualidade, mediada pelo discurso do pesquisador na posição de sujeito condutor da investigação implicado no processo. Esse caminho metodológico possibilita ao estudo obter resultados que agregam diferentes características - científica contextual e biográfica, que o enriquece e o situa como temática aberta a novas questões e possibilidades investigativas.

Primeira fase

Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura referente ao tema, destacando: Vigilância em Saúde e território; epidemiologia da TB; tratamento diretamente observado; Atenção Primária à Saúde e Atenção básica; Estratégia Saúde da Família; trabalho e processo histórico da qualificação do trabalhador; profissionalização da Enfermagem, Sistemas de Informação; trabalhadores técnicos de saúde e capacitação profissional.

Análise documental – A pesquisa bibliográfica foi realizada com autores de referência sobre temas de interesse, tendo como referências documentos elaborados pelo MS: manuais técnicos para o controle da TB e orientados para o profissional de saúde; boletins epidemiológicos; notas técnicas; Leis e Portarias que fundamentam alguns dos eixos analisados e que regulamentam a implantação e as estratégias do PCT; registros e boletins de acompanhamento dos casos de TB preenchidos e avaliados pelo TE. A análise documental recorreu ainda a informações contidas em pesquisa em documentos públicos como os *Planos Municipais de Saúde de Duque de Caxias* que compreendem os períodos distintos (2010-2013) e (2014-2017) e *Informe Epidemiológico Municipal* elaborado e publicado em 2015 (ANEXO A).

Também foram consideradas as Leis que regulamentam o exercício profissional do TE, e pesquisa em biblioteca virtual (Descritores em Ciências da Saúde (decs.bvs.br), SciELO

(*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (*Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*). Tomamos por base os descritores: tuberculose e tratamento diretamente observado, enfermagem e processo de trabalho; enfermagem e tuberculose; enfermagem e tratamento diretamente observado. A princípio selecionamos os artigos científicos escritos no período – 2002-2016, entretanto, posteriormente foram considerados artigos publicados em período anterior, considerada sua relevância para o estudo. Procedemos a leitura dos resumos, e selecionamos aqueles que melhor se ajustavam ao nosso objeto de investigação e traziam subsídios às questões de estudo.

Em seguida procedeu-se a consubstanciação do projeto para a qualificação pelo Comitê de ética em Pesquisa – CEP/EPSJV, cumprindo, dessa forma, as determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP. Foram considerados os documentos Consentimento Esclarecido do Gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros e coordenador do PCT, e o Termo de Compromisso de Utilização de Dados e Termo de Autorização para acesso ao banco de dados do Sinan.

Nesta primeira grande reflexão foi solicitado esclarecer a forma de recrutamento dos participantes da pesquisa, anexar termo de anuência correspondente, indispensável para realização das entrevistas no ambiente de trabalho, e efetuar ajustes no TCLE como descrito no campo "considerações sobre os termos de apresentação obrigatória". Atendidas as exigências, enviamos o projeto para segunda análise.

Segunda fase

Após a liberação do Comitê de Ética e Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ, através do parecer 1.648.581, ANEXO B, que versa sobre pesquisa científica com seres humanos, iniciamos fase do trabalho de campo, que é uma fase importantíssima para o trabalho de pesquisa, como nos aponta Yin (2005). “A preparação para a coleta de dados pode ser completa e difícil. Se não for bem realizada, toda a investigação do estudo de caso pode ser prejudicada e todo o trabalho prévio – na definição das questões de pesquisa e no projeto de estudo de caso – terá sido em vão” (YIN, 2005, p.93).

Caracterização do estudo

Diante da natureza do problema que impõe uma reflexão principalmente sobre o significado do trabalho no território, optamos por um estudo observacional e descritivo, de abordagem qualitativa. Trata-se de um estudo de caso, onde ‘caso’ são Técnicos de Enfermagem (TE) inseridos no Tratamento Supervisionado do PCT. A investigação ouviu os sujeitos da pesquisa tendo como finalidade analisar o trabalho, o processo de trabalho e a inserção profissional do TE em unidades de saúde de Duque de Caxias.

Segundo Yin (2005, p.19) a escolha do estudo de caso deve-se ao fato de serem mais apropriados para responder questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real e que não se pode manipular comportamentos relevantes.

O estudo de caso é um tipo de delineamento com forte cunho descritivo no qual o investigador, inicialmente não pretende modificar a situação observada, mas compreendê-la no contexto de sua produção. Por isso, realiza uma descrição suficientemente robusta - factual, literal, sistemática e tanto quanto possível completa do seu objeto de estudo.

Embora sua característica central seja a descrição, o estudo de caso possui alcance analítico, interrogando a situação observada e confrontando-a com outras situações semelhantes conhecidas e com as teorias existentes, contribuindo, desse modo, para gerar novas questões e novas teorias para outras pesquisas futuras.

Como investigação de caráter exploratório, pretendeu desvelar aspectos novos de uma situação específica. Para tanto, exigiu do pesquisador distanciamento ético-político de modo que os aspectos afetivos e o envolvimento profissional não interferissem nos resultados, e lhe permita exercitar a capacidade de interrogar de modo mais livre o que está ocorrendo.

O estudo de caso é uma investigação de natureza empírica. Fundamenta-se em grande medida no trabalho de campo e/ou em análise documental, para investigar uma situação em seu contexto, recorrendo sempre que possível a múltiplas fontes de evidência - entrevistas, observações, documentos dentre outros (YIN, 2005, p. 39).

De acordo com André (2008) o conhecimento produzido pelo estudo de caso é bastante concreto, bem contextualizado, voltado para a interpretação do leitor com base em populações de referência, o que o torna diferente do conhecimento oriundo de outras pesquisas, como por exemplo, a histórica.

A proposta do estudo foi apresentada à diretora do Departamento de Vigilância de Saúde de Duque de Caxias (DVS). Realizamos em seguida uma reunião com a Coordenadora do PCT local, para apresentação da proposta de pesquisa, seus objetivos, todos os procedimentos envolvidos e o convite para participação. A coordenadora interagiu muito bem com a proposta e prontamente colocou-se à disposição para contribuição no que fosse necessário. A técnica de construção compartilhada do conhecimento proporcionou a possibilidade de uma reflexão constante sobre as práticas realizadas durante todo o processo.

Percorrendo o caminho metodológico para alcançar os objetivos da pesquisa, foi utilizada a técnica de triangulação de dados, com análise documental, entrevistas semiestruturadas e observação dos processos.

Os participantes da pesquisa

A caracterização dos participantes da pesquisa tem como referências as informações que possibilitaram conhecer o perfil dos profissionais inseridos no PCT/TDO para identificar possíveis padrões na condução do tratamento, dificuldades e desafios.

Para este estudo de caso foram selecionados e entrevistados 12 profissionais que trabalham no PCT do município de Duque de Caxias-RJ, onde oito são Técnicos de Enfermagem e destes, seis trabalham em Unidades Pré-Hospitalares, um com lotação no Centro Municipal de Saúde e outro na Unidade Saúde da Família Jardim Gramacho.

Três enfermeiros com atuação no Programa também foram entrevistados por pertencerem à categoria profissional com maior aproximação com o TE no setor de serviços, e que geralmente treina e supervisiona estes profissionais. Para a escolha destes profissionais foram considerados os seguintes critérios: estar lotado na unidade de referência, estar lotado na UPH com maior número de casos notificados no período avaliado e estar lotado na UPH que apresentou a menor taxa de abandono e maior taxa de cura.

A escolha do Coordenador do PCT deu-se porque este profissional responde pela parte técnica, estrutural e funcional do Programa, podendo, dessa forma, fornecer subsídios imprescindíveis, além de que este profissional poderia justificar a motivação que levou a inserção dos TE na estrutura do PCT.

Constatou-se que do momento de seleção dos profissionais participantes, até o momento efetivo de realização das entrevistas, não ocorreram mudanças de cargo ou função entre eles. As entrevistas foram realizadas e gravadas pelo próprio pesquisador.

Por questões éticas, para manter o anonimato na análise do material, US e profissionais entrevistados, foram utilizadas as seguintes codificações: Unidades A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K e L; o Coordenador do PCT como C; os Enfermeiros como E1, E2, e E3 e os Técnicos de Enfermagem como E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8.

Durante o processo de entrevista foi esclarecido que o roteiro seria um guia para proceder ao diálogo sobre o processo de trabalho do TE no território. As entrevistas foram transcritas e analisadas com base na análise de conteúdo (AC), entendida como “conjunto de técnicas de análise de falas e comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com objetivo de ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados” (BARDIN, 2006, p. 38).

A AC se constitui em análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Tais funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas (MINAYO, 2001).

As informações sobre as equipes e estrutura dos profissionais analisados foram obtidas no DVS, junto à Coordenação do PCT, na Coordenação da ESF e nas US onde atuam os profissionais entrevistados.

Análise dos dados da Tuberculose

Para a coleta de dados e análise do perfil epidemiológico da TB em Duque de Caxias foram considerados os casos notificados de TB na base de dados do Sinan municipal com recorte entre os anos de 2013 e 2015, compreendendo o final de 2013 a inserção de alguns TE na modalidade do tratamento supervisionado.

Dessa forma, foi possível avaliar os indicadores de cura e de abandono, considerando dois anos de inserção desses profissionais. O banco de dados foi guardado em arquivo com senha e em *pendrive*. Enquanto o processamento das informações estava sendo realizado o computador não esteve ligado à internet.

Os dados foram obtidos no DVS, na Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias em arquivo formato dbf em fevereiro de 2017, sendo excluídas as informações que pudessem identificar os pacientes. Também foi solicitado ao referido Departamento, listagem

com o total de casos diagnosticados em residentes entre os anos 2013 e 2015 e distribuídos por bairros e US.

O presente estudo considerou como unidade de análise os quarenta bairros oficiais do município de Duque de Caxias. A análise da distribuição espaço-temporal da TB no município foi realizada para o ano de 2013 e 2015. Foram elaborados mapas temáticos com as taxas de incidência, utilizando uma base cartográfica adaptada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, referente ao censo demográfico de 2010. O programa utilizado para o mapeamento das taxas de TB foi o ArcGis – plataforma de Sistemas de Informações Geográficas (SIG) - versão 10.0.

Para tabulação, análise dos dados e produção do mapa foram utilizados os programas Tabwin 32¹³ e o *Microsoft Office Excel 2010*. As estimativas populacionais empregadas para o cálculo do coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foram obtidas do IBGE.

Formulação do Roteiro de entrevistas

Para o presente estudo foram definidas cinco categorias para análise seguindo roteiro pré-estabelecido: Perfil; Organização do processo de trabalho; Integração de serviços de saúde da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde; Qualificação Profissional do TE; e Formulação, monitoramento e avaliação dos resultados (retorno para o TE). Para todas as categorias foram formuladas as abordagens a partir das interrogativas “o que eu quero saber?” e “por que é importante?”; e assim, formuladas as questões/perguntas com o roteiro das entrevistas (APÊNDICE B).

Análise de conteúdo e sistematização dos dados

Utilizou-se neste estudo o método de Análise de Conteúdo (AC) para a sistematização de dados. A análise de conteúdo apresenta peculiaridades para a sistematização dos dados: na decodificação do material, que pode ser feita por meio de diferentes procedimentos para buscar o significado nele cifrado. Essa escolha depende do tipo e organização do material

¹³ O Tabwin é um programa desenvolvido para ambiente Windows que permite análise local de base de dados do Sinan Net. Apresenta recursos para a realização de tabulações e tratamento dos dados. Utiliza arquivos de definição (com extensão DEF) e de conversão (extensão CNV). Permite, por exemplo: realizar operações com os dados da tabela gerada ou incorporada ao TABWIN; elaborar gráficos de vários tipos e mapas, a partir dos dados dessa tabela, incorporar as tabulações efetuadas na Internet (TABNET) (BRASIL, 2007).

coletado, dos objetivos da pesquisa e da posição ideológica e social do pesquisador. Dessa forma, se mostra como uma das técnicas de análise de dados mais utilizada no campo da pesquisa qualitativa no Brasil. (FLICK, 2009; DELLAGNELO; SILVA, 2005).

Segundo Bardin (2006), a AC é organizada em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise o material é organizado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita feita em quatro etapas: (a) leitura flutuante, primeiro contato com os documentos da coleta de dados, momento de conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, demarcação do que será analisado; (c) formulação das questões de estudo e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2006).

A segunda fase é a exploração do material, que consiste em investigar o material com definição de categorias (sistemas de codificação) e identificação de unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado) orientado pelas questões de estudo e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2006).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

3.1 Contextualizando o território de Duque de Caxias – RJ

Aspectos demográficos

Duque de Caxias foi um antigo distrito município de Nova Iguaçu, emancipado em 31 de dezembro de 1943, através do Decreto nº 1.055. Está localizado na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

Possui extensão territorial de 467.620 km², o equivalente a cerca de 8% da área da região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro e aproximadamente 35% da área da Baixada Fluminense. Apresenta como limites: ao norte os municípios de Miguel Pereira e Petrópolis;

ao sul o município do Rio de Janeiro; a oeste os municípios de São João de Meriti, Nova Iguaçu e Belford Roxo e a leste o município de Magé e a Baía de Guanabara, que abriga área de preservação permanente de manguezal. Ver Figura 1.

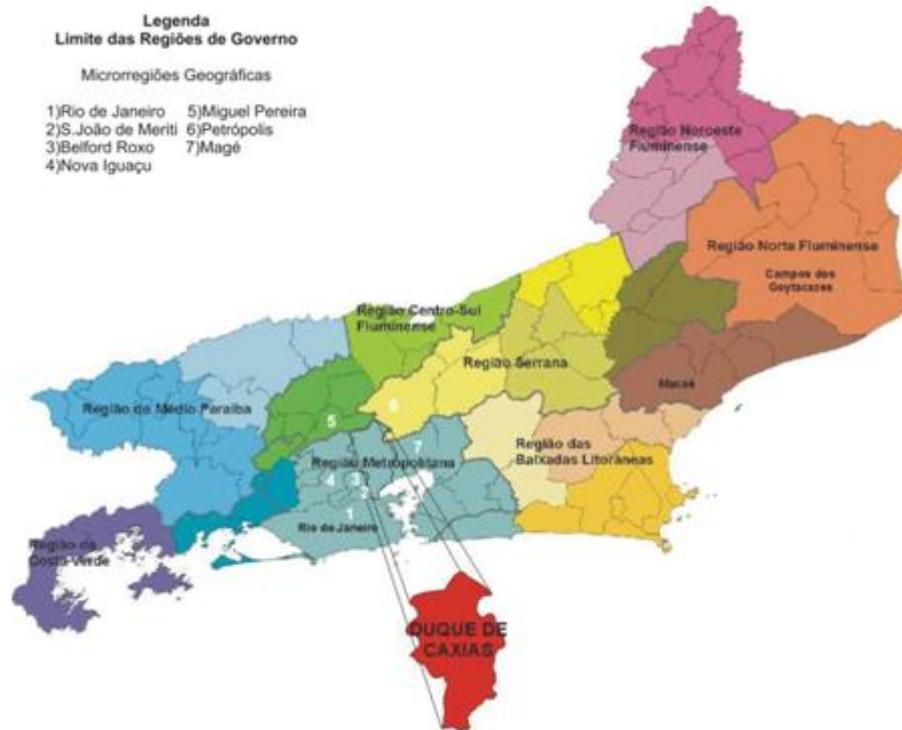


Figura 1 – Mapa do estado do Rio de Janeiro, microrregiões geográficas e município de Duque de Caxias - RJ.
Fonte: WWW.ceperj.rj.gov.br. Acesso em 15 fev. 2017

Conforme Lei Orgânica do Município, Duque de Caxias está dividido geograficamente em quatro distritos, que apresentam distribuição demográfica heterogêneas, distribuídos em quarenta bairros oficiais (DUQUE DE CAXIAS, 2014). Ver figuras 2 e 3.

O Primeiro Distrito (Duque de Caxias) apresenta área aproximada de 41 km², situa-se ao sul do território municipal, onde se concentra quase a metade da população (46,6%) e maior oferta de serviços de saúde. Agrupa dez bairros: Centenário, Centro, Doutor Laureano, Gramacho, Olavo Bilac, Parque Duque, Parque Sarapuí, Periquitos, Vila São Luís e Vinte e Cinco de Agosto.

O segundo Distrito (Campos Elíseos) possui 98 km² com localização no centro-leste,

onde está situada a sede a Prefeitura Municipal. Nesta área são encontrados doze bairros: Campos Elíseos, Cangulo, Chácaras Arcampo, Chácaras Rio-Petrópolis, Cidade dos Meninos, Figueira, Jardim Primavera, Parque Fluminense, Pilar, São Bento, Saracuruna e Vila São José.

O Terceiro Distrito (Imbariê) ocupa área de 64km². Situado a nordeste do território municipal, compreende dez bairros: Barro Branco, Cidade Parque Paulista, Imbariê, Jardim Anhangá, Parada Angélica, Parada Morabi, Parque Equitativa, Santa Cruz da Serra, Santa Lúcia e Taquara.

O Quarto Distrito (Xerém) ocupa a maior extensão territorial do município, com cerca de 239km², situados na porção noroeste. É onde se concentra a maior parte da população rural. A área é integrada por oito bairros: Amapá, Capivari, Lamarão, Mantiquira, Meio da Serra, Parque Eldorado, Santo Antônio da Serra e Xerém.



Figura 2 – Mapa do município de Duque de Caxias – RJ conforme divisão distrital.

Fonte: Disponível em: <http://www.nima.puc-rio.br>. Acesso em 24/03/2017.

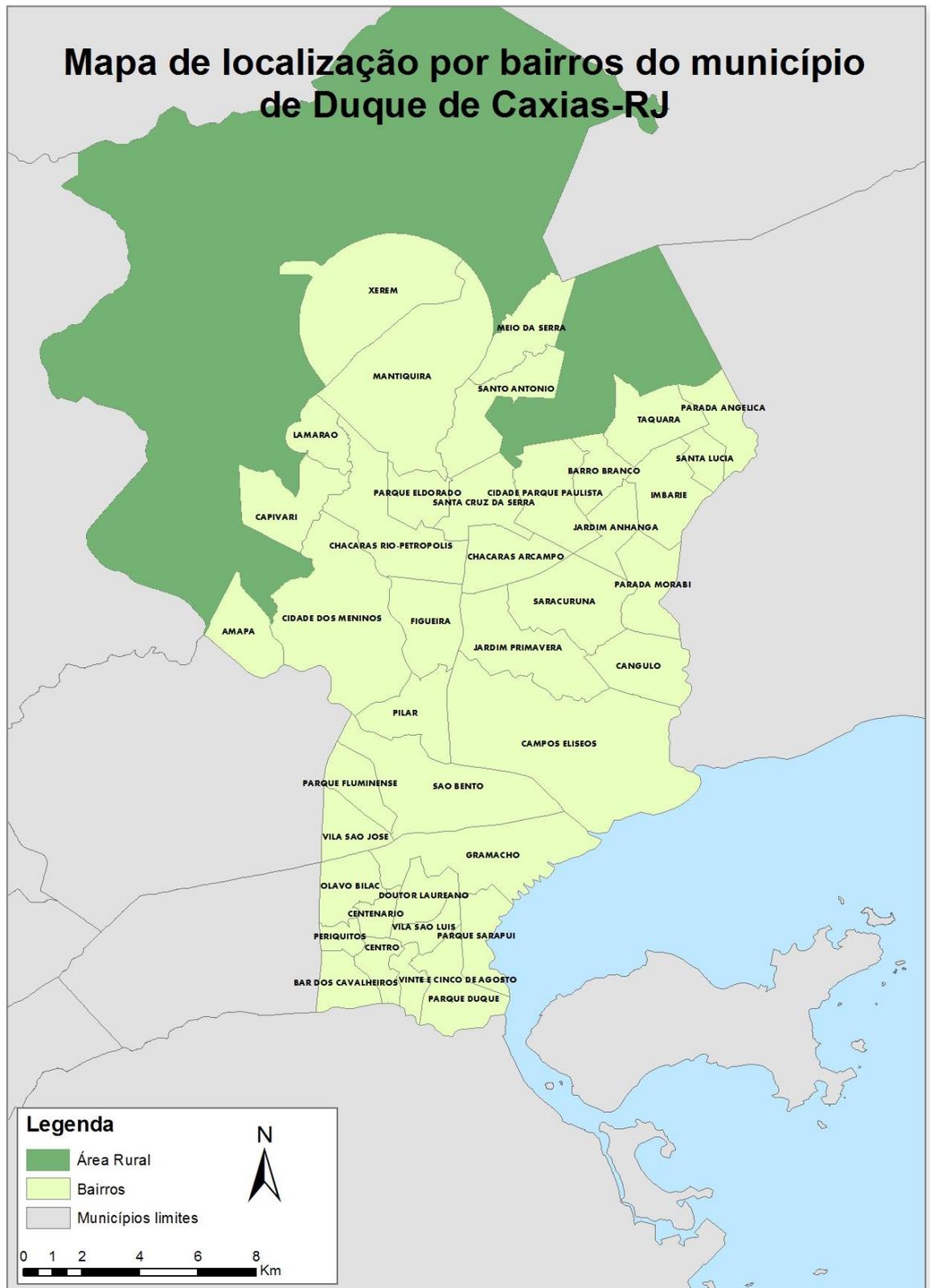


Figura 3 – Mapa do município de Duque de Caxias – RJ conforme divisão por categoria Bairro.

Fonte: O autor

Conforme dados extraídos do Censo do ano 2010, Duque de Caxias possui uma população de 855.048 habitantes¹⁴, sendo 852.138 moradores de área urbana (99,7%) e 2.910 (0,3%) em área rural. A distribuição da população nas áreas distritais apresenta-se de forma desigual, com maior concentração no primeiro distrito – Duque de Caxias, com 324.428 habitantes (37,9%); o segundo distrito – Campos Elíseos, com 255.653 habitantes (29,9%), o terceiro distrito – Imbariê, com 173.963 habitantes (20,4%) e o quarto distrito – Xerém, com 55.448 habitantes (6,5%), com o menor número de habitantes e quase seis vezes menos em relação população do primeiro distrito – Duque de Caxias.

Apresenta-se como o terceiro município em número absoluto de habitantes dentre os municípios do estado no estado do Rio de Janeiro, sendo 48% de homens (411.074) e 52% de mulheres (443.974); a maioria da população situa-se na faixa etária de jovens e adultos entre 30 e 49 anos (IBGE, 2010).

Em 2016 o município apresentou uma população estimada de 886.917 habitantes¹⁵ com a elevada densidade demográfica de 1828,51 habitantes por quilômetro quadrado (a 8ª do estado) e o crescimento populacional, acelerado.

Aspectos socioeconômicos

De acordo com o Atlas Brasil, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, em relação ao PIB¹⁶ e PIB *per capita*, que são indicadores socioeconômicos, Duque de Caxias em 2013 ocupava a 21ª posição entre os municípios brasileiros e 3ª entre os municípios do estado do Rio de Janeiro, dados que situam o município no rol das principais economias do país.

¹⁴ De acordo com o portal *população.net.br*, 19.786 habitantes de Duque de Caxias (2,3%) encontram-se em Duque de Caxias - demais setores. (http://populacao.net.br/populacao-duque-de-caxias_rj.html).

¹⁵ Estimativa da população residente com data de referência em 1º de julho de 2016. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm. Acesso em 30/08/2016.

¹⁶ O Produto Interno Bruto (PIB) é o indicador-síntese de uma economia que leva em conta três grupos principais: agropecuária, indústria, e serviços; representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado e é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de mensurar a atividade econômica de uma região, propiciando o acompanhamento de suas modificações estruturais e de seu curso conjuntural. (Lourenço; Romero, 2002). O PIB é calculado pelo IBGE, com base em metodologia recomendada pela ONU, a partir de minucioso levantamento e sistematização de informações primárias e secundárias apuradas ou apropriadas por aquela instituição.

O município tem localização privilegiada, situado a 16,81 km do centro da capital do estado do Rio de Janeiro e próximo a importantes rodovias: Linha Vermelha, Linha Amarela, Rodovia Presidente Dutra, Rodovia Washington Luís e Avenida Brasil; além da proximidade com o Aeroporto Internacional Tom Jobim. Por essas características, empresas de vários segmentos se instalaram no município, levando seus produtos facilmente para grandes centros consumidores: São Paulo, Minas Gerais e Sul do Brasil (NEVES, 2011).

O Plano Municipal de Saúde^{17 18} em vigência sinaliza que o município tem como base do seu crescimento econômico o refino do petróleo, operado na Refinaria de Duque de Caxias (REDUC), a segunda maior do país, localizada na área distrital de Campos Elíseos. A indústria petroquímica é responsável por mais de 50% deste PIB. Embora seja a maior empresa do setor petroquímico no município e a maior geradora de empregos, a REDUC tem 70% de sua mão de obra pertencente a outros municípios do estado, o que compromete a inserção na economia local da riqueza produzida pela empresa. A população local fica, portanto, restrita a empregos indiretos gerados por empresas terceirizadas, cujas atividades são menos sofisticadas e com níveis de remuneração menores.

No cadastro da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro (FIRJAN), Duque de Caxias ocupa a segunda posição em número de empregados no estado do Rio de Janeiro e a terceira em número de estabelecimentos, atrás apenas da capital estadual e do município de Petrópolis. A taxa de atividade da população economicamente ativa passou de 64,95% em 2000 para 65,01% em 2010. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação da população economicamente ativa passou de 20,89% em 2000 para 10,86% em 2010.

Em 2010, considerando a população economicamente ativa do município, 0,55% trabalhavam no setor agropecuário, 0,82% na indústria extrativa, 12,72% na indústria de transformação, 9,64% no setor de construção, 1,73% nos setores de utilidade pública, 17,52%

¹⁷ O artigo 35 da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, estabelece os planos de saúde como a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS. O Plano de Saúde (PS) é um documento composto por um diagnóstico da situação de saúde (com base em dados epidemiológicos) por objetivos, diretrizes e metas. Possui abrangência de quatro anos, sendo desenvolvido pelas Áreas Técnicas e participação do Controle Social, como estabelece a PORTARIA Nº 2.751, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009, que dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e do Pacto pela Saúde, que em seu anexo apresenta matriz síntese da periodicidade de elaboração e dos prazos dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, do Pacto pela Saúde e instrumentos de planejamento da Administração Pública. O Plano é avaliado através do Relatório Anual de Gestão e pode ser acessado pelo endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sargsus.

¹⁸ O Plano Municipal em vigência compreende o quadriênio 2014-2017 e visa demonstrar a política de saúde do município de Duque de Caxias e faz um breve histórico do município, assim como a descrição do perfil epidemiológico e necessidades de saúde, finalizando com a apresentação das diretrizes, objetivos e metas.

no comércio e 50,43% no setor de serviços. O Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED)¹⁹ possibilita caracterizar o perfil do mercado de trabalho formal do município. Duque de Caxias possui na atualidade 1990 indústrias e 7581 estabelecimentos comerciais instalados.

O maior parque industrial do estado do Rio de Janeiro está localizado no município. O segmento está mais concentrado nos setores de química e petroquímica, estimulados pela presença da REDUC, que possui um Polo Gás-Químico e conta com a Usina Termelétrica Leonel Brizola, conhecida como Termorio. Os demais seguimentos industriais em importância são: produtos alimentícios, metalúrgico, têxtil e transporte. Considerando o ano de 2015, o setor Industrial admitiu 40,6% novos trabalhadores e demitiu 59,4% trabalhadores, enquanto o Comércio admitiu 49,4% e demitiu 50,6%.

De acordo com os dois últimos Censos Demográficos do IBGE – 2000 e 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)²⁰ de Duque de Caxias aumentou de 0,601 em 2000 para 0,711 em 2010, apresentando uma taxa de crescimento de 18,3%. O município está posicionado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), embora ocupe a 49ª posição entre os 91 municípios do estado do Rio de Janeiro, e a modesta posição de 1574º entre os 5.565 municípios brasileiros, o que o coloca em uma posição atrasada em relação ao nível de vida e bem-estar social de sua população, apresentando valores inferiores aos do estado do Rio de Janeiro e Brasil²¹.

Conforme dados apresentados pelos órgãos Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP), entre 2000 e 2010, a dimensão que mais contribuiu para o aumento do IDHM em Duque de Caxias foi a Longevidade, com índice de 0,833, seguida de Renda, com índice de 0,692, e de Educação, com índice de 0,624.

¹⁹ O CAGED, instituído pela Lei nº 4.923, em 23 de dezembro de 1965, constitui fonte de informação de âmbito nacional e de periodicidade mensal. Foi criado como instrumento de acompanhamento e de fiscalização do processo de admissão e de dispensa de trabalhadores regidos pela, Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, com o objetivo de assistir aos desempregados e de apoiar medidas contra o desemprego.

²⁰ O IDH, indicador obtido pela média aritmética simples de três dimensões ou sub-índices: longevidade (esperança de vida), educação (taxa de alfabetização de adultos e taxa de escolarização) e da renda (PIB per capita ajustado) e é uma forma padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população. Varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a um (desenvolvimento humano total). Regiões com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo, as regiões com índices entre 0,500 e 0,699 são consideradas de médio desenvolvimento humano, as regiões com índices entre 0,700 e 0,799 são consideradas alto desenvolvimento humano e IDH superior a 0,800 apresentam muito alto grau de desenvolvimento humano.

²¹ Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul - SP) e o menor é 0,418 (Melgaço-PA). http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/4514. Acesso em 30/08/2016.

A mortalidade infantil, em Duque de Caxias, passou de 21,4 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 14,1 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010²². A esperança de vida ao nascer, indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM, revelou para o município um crescimento de 6,5 anos na última década, passando de 68,5 anos, em 2000, para 75 anos, em 2010. No Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 68,6 anos, em 2000, e de 73,9 anos em 2010.

Duque de Caxias apresenta ainda seus contrastes na economia e nas condições de vida da população, que é predominantemente de baixa renda e desempenha atividades no setor terciário na cidade do Rio de Janeiro. A cidade ocupa, na atualidade, o segundo lugar no ranking de arrecadação de imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e Serviços do Estado (ICMS)²³, estando atrás apenas da capital (CAMAZ, 2015).

A renda *per capita* média de Duque de Caxias cresceu 72,5% na última década, passando de R\$ 463,23, em 2000, para R\$ 592,81, em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 2,5% no período. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 18,8%, em 2000, para 9,9%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesse período pode ser descrita através do Índice de Gini²⁴, que passou de 0,50, em 2000, para 0,46, em 2010.

A proporção dos indivíduos com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar *per capita* igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais, em reais de agosto de 2010 apresentou diminuição ao ser revelada a taxa de 5,44 indivíduos para cada mil indivíduos nessa faixa e 9,76 indivíduos em 2000²⁵. Quanto à escolaridade dos habitantes no município²⁶, entre 2000 e

²² Trata-se do indicador que compreende a faixa etária de menores de um ano de idade. Nesse contexto, vale ressaltar que entre 2000 e 2010 a taxa de mortalidade infantil no Brasil caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Assim, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

²³ O Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) é um imposto que incide sobre a circulação de produtos como eletrodomésticos, alimentos, serviços de comunicação e transporte intermunicipal e interestadual, entre outros. A arrecadação advinda desse tributo é encaminhada para os estados e usado por eles para diversas funções. O ICMS está constitucionalmente regulamentado na lei complementar 87, de 13 de setembro de 1997, conhecida como Lei Kandir.

²⁴ Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

²⁵ O universo de indivíduos analisados é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.

2010, os anos de estudo passaram de 8,77 para 9,02, enquanto na UF passou de 8,96 anos para 9,17 anos. Considerando os indivíduos com idade entre 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis à pobreza, a população dessa faixa etária em 2010 correspondeu a 10,5% e 16,6% em 2000²⁷.

Em 2010, 79,7% da população de 6 a 17 anos estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série; e em 2000 eram 75,2%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 8,9% estavam cursando o ensino superior em 2010, enquanto que em 2000 eram 3,9%.

Entre 2000 e 2010, o percentual de IDHM Educação²⁸ passou de 42,3% para 58,4%, no município, e de 39,8% para 54,9%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 6,1% eram analfabetos, 54,9% tinham o ensino fundamental completo, 33,1% possuíam o ensino médio completo e 5,5%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,8%, 50,8%, 35,8% e 11,3%.

De acordo com o Censo de 2010, 92% dos adultos de Duque de Caxias são alfabetizados, entretanto, quando se analisa o nível de escolaridade dos chefes de família do município observa-se que 14,9% deste grupo populacional não têm instrução, ou estudou menos de um ano e, no outro extremo, apenas 2,1% têm 15 ou mais anos de estudo.

Ainda conforme os dados apresentados pelos órgãos PNUD, IPEA e FJP, em 2010, os indicadores de habitação apontam 94,8% da população caxiense em domicílios com água encanada, 99,9% da população em domicílios com energia elétrica e 95,4% à população em domicílio com coleta de lixo.

²⁶ O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos.

²⁷ Este indicador é obtido tendo a Razão esses indivíduos que se encontram nesta situação e a população total nesta faixa etária, multiplicada por 100. Definem-se como vulneráveis à pobreza as pessoas que moram em domicílios com renda per capita inferior a 1/2 salário mínimo em agosto de 2010. Para a análise são considerados apenas os domicílios particulares permanentes.

²⁸ Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade.

O sistema de saúde em Duque de Caxias

Uma das diretrizes do SUS é a descentralização, que busca garantir um melhor gerenciamento dos serviços de saúde. Com a Legislação do SUS, Lei nº 8080/1990, os municípios foram convertidos em co-responsáveis pela execução de políticas públicas, compartilhando com a união e os estados, o planejamento, financiamento e cooperação das políticas públicas do SUS.

Neste sentido, a Norma Operacional Básica de 06 de novembro de 1996 (NOB SUS 01/96) estabeleceu a forma como seria o financiamento federal do SUS e a remuneração por serviços produzidos para a assistência hospitalar e ambulatorial, para as ações de vigilância sanitária e para as ações de epidemiologia e de controle de doenças. Neste último caso, cria uma modalidade da Transferência por Convênio especificando como seriam as transferências regulares e automáticas pelo mecanismo Fundo a Fundo (do fundo federal para os fundos estaduais e municipais) (Brasil, 2004b).

Segundo o *Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias* aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 20/06/2010, que compreendeu o quadriênio 2010-2013 e que esteve em vigência até 2013, o município encontra-se capacitado para o gerenciamento e financiamento pelo SUS sobre os procedimentos de atenção básica, média e alta complexidade (DUQUE DE CAXIAS, 2010).

Assim, o município está habilitado a exercer a gestão e execução de todas as ações e serviços de saúde que abrangem a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de indivíduos e coletividades, através do gerenciamento de todas as unidades ambulatoriais, hospitalares e de serviços de saúde estatais; administração da oferta de procedimentos de alto custo e complexidade; execução das ações básicas, de média e de alta complexidade de vigilância sanitária, de epidemiologia e de controle de doenças; controle, avaliação e auditoria dos serviços no município; operação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS.

A rede de serviços de Saúde em Duque de Caxias

Duque de Caxias possui ampla rede de Atenção à Saúde vinculada ao SUS, disponibilizada por unidades com diferentes graus de complexidade (APÊNDICE C). Quanto à oferta de serviços de saúde, existem no município 14 Unidades Públicas de Saúde com

atendimento em emergência 24 horas; 18 Unidades ambulatoriais e 38 Unidades da ESF divididas em equipes. Dentre as Unidades Públicas de Saúde com emergência funcionando 24 horas estão incluídas: Hospital Municipal (1), Unidades Pré-Hospitalares (5), Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h (4) e Hospital Estadual (1).

As sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm por principal característica o funcionamento de alguns programas de saúde pública. O Centro Municipal de Saúde (CMS) é a unidade de referência para os programas da Tuberculose, DST-AIDS e Hanseníase e funciona como pólo do serviço de epidemiologia.

As seis UPH em funcionamento têm como finalidade o pronto atendimento para emergência clínica e pequenos traumatismos. Destacam-se por ofertar alguns programas de saúde e atendimento em especialidades clínicas durante o dia.

O Hospital Municipal Dr. Moacir Rodrigues do Carmo, principal unidade municipal com atendimento à grande emergência, em geral, de pacientes transferidos de hospitais públicos dentro e fora do município.

A Policlínica Hospital Duque de Caxias é uma unidade de média complexidade e que oferece um grande número de especialidades com atendimento ambulatorial.

Ainda no tocante às Unidades com atendimento ambulatorial, há os Centros de Reabilitação e prevenção de deformidades; Centros Especiais de atendimento odontológico (CEO), de atendimento ao portador de deficiência (CEAPD), de atendimento ambulatorial ao adolescente usuário de substância química (CEATA). Apresentando menor complexidade, configuram-se ainda Unidades Comunitárias, vinculadas às associações de moradores.

A rede de atendimento de serviços públicos de saúde é complementada também por unidades ambulatoriais privadas e unidades ambulatoriais em hospitais públicos e privados.

O atual *Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias*, que compreende o período 2014-2017, define a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde tendo como base as subsecretarias de Atenção à Saúde; de Monitoramento, Regulação e Fiscalização; de Administração e Gestão de Pessoal, ligadas diretamente a Subsecretaria Adjunta e ao Secretário Municipal. Esse organograma foi instituído a partir de 2013 e consolidado em termos gerenciais e administrativos.

Considerando que a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada do SUS, utilizando-se de tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território, o Departamento de Atenção Básica em Duque de Caxias tem suas atribuições e competências definidas a partir do estabelecido na Portaria GM/MS nº

2488/11, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, e dessa forma, coordena a implantação e o desenvolvimento de políticas e programas estratégicos no âmbito da SMS: ESF; Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica; Programa Tele saúde Brasil Redes; Equipes de Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola (PSE).

Conforme APÊNDICE D, a ESF tem conformação em 38 unidades de saúde, 77 equipes e três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)²⁹. As unidades de saúde têm maior concentração no Primeiro Distrito – Duque de Caxias, e no Terceiro Distrito – Imbariê.

A APS tem a função de coordenar o cuidado e qualificar o percurso do usuário no SUS. Não por acaso, consolidá-la como porta de entrada do Sistema, possibilita construir respostas mais próximas das reais necessidades da população, na moldura dos seus territórios de vida, e qualificar o uso dos outros níveis de atenção (Opas, 2011).

Conforme ressaltam Hino et al. (2011a), a proposição da ESF está em sintonia com os princípios da Vigilância da Saúde na medida em que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os serviços de saúde e a população.

A Vigilância em Saúde em Duque de Caxias

A integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Básica é um processo fundamental e que tem qualificado a prestação de cuidados dispensados à comunidade.

Segundo o *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*, em virtude da reestruturação³⁰ do MS, em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias modificou, em 2009, sua estrutura regimental e funcional de forma a contemplar as ações e programas propostos pelo MS.

²⁹ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo MS em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

³⁰ O MS criou a SVS no ano 2003, visando ampliar as ações de Vigilância Epidemiológica assim como agregar os programas de Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais, DST e Aids que estavam em outras áreas. As atividades antes desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde - Funasa, passam a ser executadas pela SVS. Entre estas ações estão incluídos os programas nacionais de combate à Dengue, à Malária e outras doenças transmitidas por vetores, o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de Doenças Imunopreveníveis, o Controle de Zoonoses e a vigilância de doenças emergentes. Além disso, a SVS também passa a coordenar as ações na área de Vigilância Ambiental e de Vigilância de Agravos de Doenças não Transmissíveis.

Na atual estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, o Departamento de Vigilância em Saúde (DVS) encontra-se diretamente subordinado à Subsecretaria de Atenção à Saúde, que formula e implementa as estratégias de Atenção à Saúde, APS e Vigilância em Saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e estabelece normas e parâmetros para o controle de qualidade e avaliação da assistência à saúde.

O DVS em Duque de Caxias tem por atribuição³¹: coordenar a política e as práticas de vigilância em saúde, possibilitando a identificação e priorização de problemas; definir estratégias de ação para o enfrentamento dos problemas identificados em vigilância em saúde; coordenar as ações de promoção, prevenção e controle de saúde coletiva, visando por meio de ações conjuntas, o aperfeiçoamento das atividades; implementar programas especiais formulados no âmbito municipal. Este departamento engloba quatro Coordenadorias³²: Epidemiologia; Vigilância Ambiental, Vetores e Zoonoses; Centro de Referência à Saúde do Trabalhador; e Programas de Saúde.

A Lei nº 8.080/90 conceitua Vigilância Epidemiológica como “o 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 de doenças e agravos.”

A Coordenadoria de Epidemiologia de Duque de Caxias tem por responsabilidade: analisar e acompanhar o comportamento epidemiológico das doenças e agravos de interesse no âmbito municipal e de interesse dos âmbitos estadual e federal, em articulação com os órgãos correspondentes, respeitadas a hierarquia entre eles; executar medidas de controle de doenças e agravos sob vigilância de interesse municipal e colaborar na execução de ações relativas a situações epidemiológicas de interesse estadual e federal; estabelecer diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimento no campo da vigilância epidemiológica, contemplando as diretrizes federais e estaduais.

³¹ Disponível em

http://www.duquedecaxias.rj.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=236
acesso em 17 dez 2017.

³² Tradicionalmente, considerando os serviços de interesse da saúde e as operações para confrontar os problemas e necessidades de saúde num dado território delimitado que devem promover e proteger a saúde da população, com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, tem-se vinculado à Vigilância da Saúde, os campos da Vigilância Epidemiológica, da Vigilância Ambiental e da Vigilância Sanitária. Em Duque de Caxias, a Vigilância Sanitária não está integrada no DVS, e sim, no Departamento de Vigilância e Fiscalização Sanitária e subordina-se diretamente à Subsecretaria de Monitoramento, Regulação e Fiscalização.

No município, a equipe que realiza as ações de vigilância epidemiológica está lotada no CMS, sob a coordenação da Divisão de Epidemiologia, sediada no prédio da SMS, onde são efetuadas a alimentação e análises do banco de dados do Sinan.

A Coordenadoria de Vigilância Ambiental, Vetores e Zoonoses tem como responsabilidade a coordenação das atividades de investigação e de controle de endemias e zoonoses; realizar monitoramento de vetores, reservatórios e hospedeiros de doenças, assim como os aspectos que envolvem acidentes por animais peçonhentos, com a finalidade de nortear as operações de campo com vistas à erradicação e/ou controle de acidentes por ataques de animais peçonhentos, zoonoses e doenças endêmicas; propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana, contemplando as diretrizes federais e estaduais.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, como definido na Portaria GM/MS nº 3252 de dezembro de 2009, que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora. Em Duque de Caxias, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, através do Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), está subordinada diretamente ao Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde, cabendo à direção administrativa e executiva do CEREST promover a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do MS visando a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

A Coordenadoria de Programas, ligada diretamente ao DVS, tem como competência coordenar as ações das áreas de educação em saúde; combate ao tabagismo; saúde do idoso, da mulher e do homem; acompanhamento e controle do pré-natal; planejamento familiar; aleitamento materno; prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; prevenção à violência contra a mulher, criança e idoso; saúde da criança e do adolescente; Programa de Controle de Tuberculose, Hanseníase e DST/AIDS; hipertensão e diabetes; contribuindo para a consolidação do modelo assistencial, em conformidade com a ESF.

4 RESULTADOS

4.1 A Tuberculose em Duque de Caxias

Em 2015, em Duque de Caxias, a TB foi o agravo que apresentou maior número de registros no Sinan. (SMS - Duque de Caxias - RJ, 2017). Configurou-se como o segundo município do estado do Rio de Janeiro em número absoluto de casos notificados da doença, ultrapassado apenas pela Capital; e o sexto município com o maior coeficiente de incidência da doença (SES-RJ, 2016b). Ao comparar o coeficiente de incidência no referido ano nas três esferas da administração pública, Duque de Caxias, com 80/100.000, apresentou coeficiente de incidência maior do que o do estado do Rio de Janeiro (68,9/100.000) e do Brasil (30,9/100.000) (Brasil, 2016; SES – RJ, 2016; SMS – Duque de Caxias-RJ, 2017).

No estado do Rio de Janeiro, em 2015 foram notificados 11.408 casos novos de TB e destes, 778 casos³³ eram de residentes em Duque de Caxias, o que representa 6,8% do total de casos notificados no estado. Entretanto, ao se considerar os dados extraídos da base municipal do Sinan de Duque de Caxias, em 2015 foram diagnosticados 895 casos de TB em residentes sendo 684 casos novos da doença. (SES – RJ, 2016; SMS – Duque de Caxias-RJ, 2017).

Considerando apenas os casos novos, o primeiro distrito (Duque de Caxias) concentrou o maior quantitativo de casos, com quase a metade das notificações do município (46,1%). O Distrito de Duque de Caxias apresenta os três bairros com os maiores registros em número absoluto da doença: Gramacho, com 56 casos (8,2%); Centro, com 53 casos (7,7%) e Vila São Luis, com 43 casos (6,3%). Ver Tabela 1.

A distribuição da população em Duque de Caxias nos distritos e nos bairros apresenta diferenças significativas, sendo um dos fatores determinantes para a análise da incidência da TB na localidade.

O Primeiro Distrito, Duque de Caxias, apresentou a maior taxa de incidência da doença, com 97,1/100.000 habitantes, seguido do Terceiro Distrito, Imbariê, com (88,53/100.000 habitantes). Ambos apresentam taxas de incidência maiores que a do município (80/100.000 habitantes).

³³ Este quantitativo inclui os casos de residentes em Duque de Caxias que foram notificados em outros municípios. Os residentes em Duque de Caxias que realizam tratamento em outros municípios são notificados por estes e a informação é enviada para a base de dados do Sinan do estado do Rio de Janeiro.

O bairro Capivari (Quarto Distrito) concentrou a maior taxa de incidência da doença do município, com 272,7/100.000 habitantes; entretanto a análise desses dados requer relativizar os números, no que tange a sua magnitude nos distritos e bairros, em função do tamanho da população residente em cada um deles. Esse fato se expressa quando se analisa a incidência da TB em uma mesma área distrital: considerando os cinco bairros com as maiores incidências da doença, quatro encontram-se no Primeiro Distrito, estando o bairro Centenário situado na primeira posição com 194,32 casos por 100.000 hab. Ver tabela 1 e Figura 4.

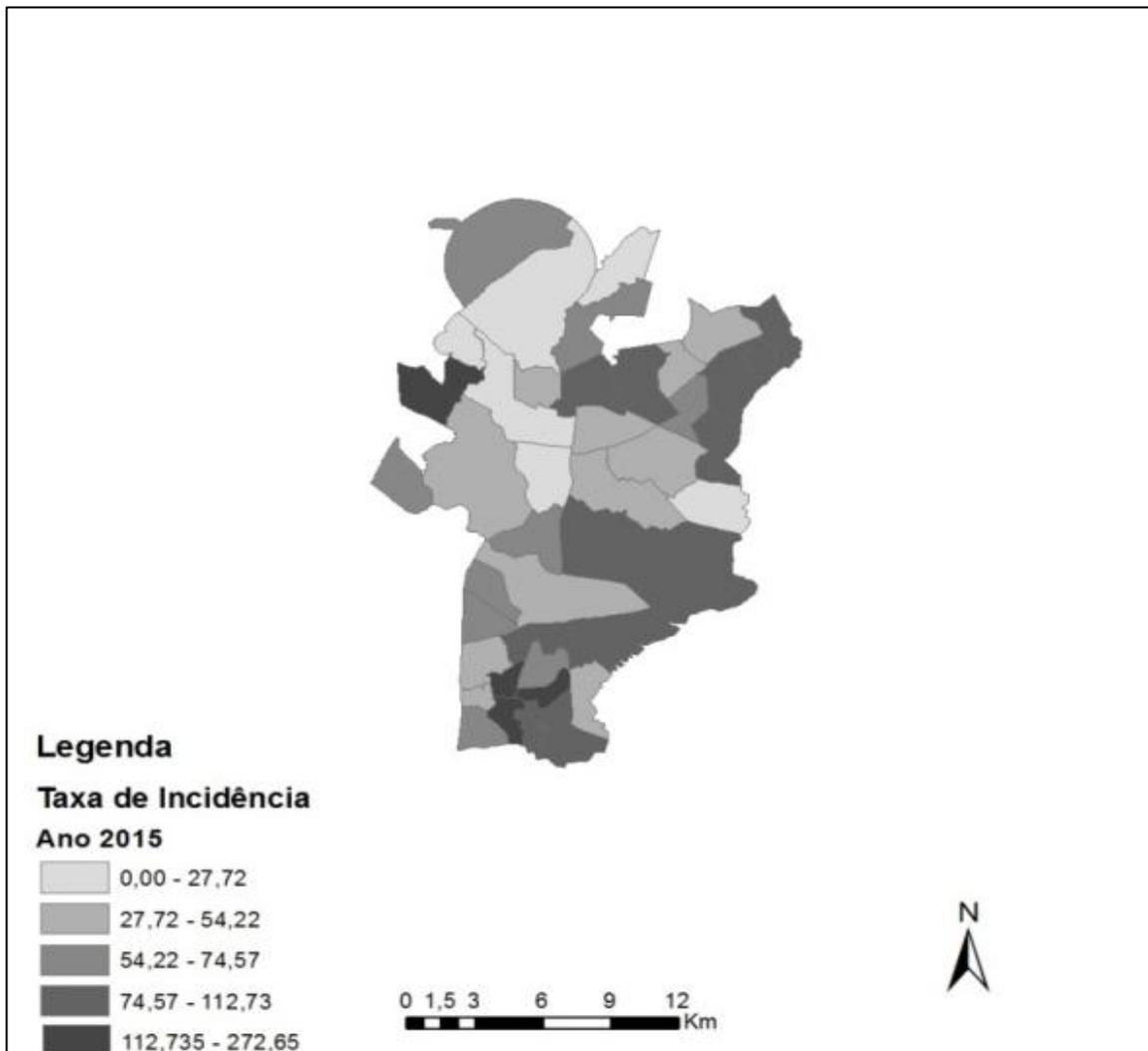


Figura 4 – Taxa de Incidência de TB/100 mil hab. em Duque de Caxias - RJ em 2015.
Fonte: Sinan. Base municipal de Duque de Caxias. Fev/2017.

Tabela 1 – População, casos novos de TB diagnosticados e incidência de TB /100mil hab em Duque de Caxias no ano 2015 conforme Distritos e bairros residenciais

Distritos e Bairros de residência	População N	Casos Novos N	Casos Novos %	Incidência de TB/100mil hab.
Distrito I: Duque De Caxias	324.428	315	46,1	97,1
1 Parque Duque	43.942	37	5,4	85,17
2 Vinte e Cinco de Agosto	13.815	10	1,5	82,49
3 Centro	26.400	53	7,7	190,30
4 Bar dos Cavaleiros	40.255	23	3,4	59,10
5 Periquitos	17.484	7	1,0	54,21
6 Centenário	21.415	41	6,0	194,32
7 Olavo Bilac	33.965	16	2,3	47,09
8 Gramacho	52.488	56	8,2	112,73
9 Dr. Laureano	42.978	25	3,7	61,11
10 Vila São Luís	29.716	43	6,3	152,21
11 Parque Sarapuí	1.970	4	0,6	47,72
Distrito II: Campos Elíseos	255.653	178	26,0	69,63
12 Vila São Jose	30.291	22	3,2	61,83
13 Parque Fluminense	34.160	23	3,4	65,05
14 São Bento	21.551	17	2,5	60,58
15 Pilar	32.749	26	3,8	60,45
16 Campos Elíseos	19.168	17	2,5	85,87
17 Cidade dos Meninos	2.403	2	0,3	50,71
18 Figueira	16.138	5	0,7	27,72
19 Jardim Primavera	40.862	22	3,2	47,35
20 Cangulo	12.751	5	0,7	19,26
21 Saracuruna	45.580	28	4,1	51,92
22 Chácaras Rio-Petrópolis	13.759	3	0,4	18,99
23 Chácaras Arcampo	13.793	8	1,2	43,87
Distrito III: Imbariê	173.963	154	22,5	88,53
24 Parque Eldorado	7.972	4	0,6	45,19
25 Santa Cruz da Serra	25.103	15	2,2	44,52
26 Imbariê	33.538	38	5,6	102,98
27 Parada Morabi	4.341	6	0,9	79,50
28 Jardim Anhangá	12.569	13	1,9	74,56
29 Cidade Pq Paulista	32.726	33	4,8	86,25
30 Barro Branco	15.337	9	1,3	52,56
31 Santa Lúcia	16.345	14	2,0	84,21
32 Parada Angélica	14.123	14	2,0	101,39
33 Taquara	11.909	8	1,2	53,97
Distrito IV: Xerém	55.448	37	5,4	66,73
34 Santo Antônio	11.156	10	1,5	79,58
35 Meio da Serra	2.290	0	0	0,00
36 Amapá	6.327	5	0,7	57,28
37 Capivari	1.455	4	0,6	272,65
38 Lamarão	1.970	0	0	0,00
39 Mantiqueira	10.370	2	0,3	15,40
40 Xerém	21.880	16	2,3	64,39
Total	855.048	684	100,0	

Fonte: Sinan do município de Duque de Caxias; IBGE (população 2010). Consulta em 16/03/2017.

Em 2015, o CMS foi a US que mais notificou TB: 47,9%. As seis UPH comportaram 34,8% dos casos notificados da doença, enquanto a ESF registrou 8,1% dos casos notificados Ver Tabela 2.

Tabela 2 – Unidades de Saúde que atenderam pacientes diagnosticados de TB em 2015 em Duque de Caxias - RJ

Unidades de Saúde Notificantes em Duque de Caxias	Notif. N	Notif. %
UBS Dr. Antônio Granja	18	2,0
CMS Duque De Caxias	430	47,9
UPH Xerém	36	4,0
UPH Saracuruna	48	5,3
UPH Campos Elíseos	34	3,8
UPH Imbariê	80	8,9
UPH Parque Equitativa	69	7,7
UPH Pilar	46	5,1
Estratégia Saúde da Família	73	8,1
Hospital Emergência e US Particulares	64	7,1
Total	898	100,0

Fonte: Sinan do município de Duque de Caxias. Consulta em 16/03/2017.

Quanto ao resultado do tratamento, ao se comparar os anos 2013, 2014 e 2015, a cura esteve presente, respectivamente, em 67%, 65% e 69,8% dos casos notificados. As taxas de abandono do tratamento para o mesmo período foram: 16,9% (2013); 15,3% (2014) e 13% (2015), apresentando uma redução do número de casos que não concluíram o tratamento. Embora o período avaliado sinalize melhoras, os indicadores revelam que o município, em nenhum momento, atingiu as metas preconizadas pelo PNCT/MS. Ver Tabela 3.

Importante considerar que dentre os casos diagnosticados em 2015 existiam 53 casos de TB (8,6%) com situação de encerramento indefinida. Nos demais anos todos os casos notificados foram encerrados.

Tabela 3 – Percentual de cura, abandono e óbito por TB em residentes em Duque de Caxias-RJ com diagnóstico entre 2013 e 2015

Ano de Diagnóstico	Notificados	Cura %	Abandono%	Óbito%
2013	949	67,0	16,9	5,0
2014	956	65,0	15,3	4,1
2015	898	69,8	13,0	5,9

Fonte: Sinan do município de Duque de Caxias. Consulta em 27/10/2016.

Ao comparar os indicadores epidemiológicos e de monitoramento referente aos anos 2014 e 2015, observa-se que houve melhora quanto à realização de exames no momento do diagnóstico da TB (cultura de escarro, contactantes e testagem para HIV) e evidencia-se considerável aumento do número de pacientes que realizaram tratamento supervisionado. Entretanto, o indicador de mortalidade apresentou piora, o que reflete a gravidade da doença e a efetividade do tratamento. Ver Quadro 1.

INDICADORES	ANO	
	2014	2015
Coeficiente de Incidência (100 mil hab.)	79,7	78,1
Coeficiente de Mortalidade (100 mil hab.)	4,4	5,8
Coinfecção TB/HIV	11,0%	11,8
Cura de Casos Novos de TB Pulmonar Confirmado Laboratório	77,3%	72,8
Abandono de Casos Novos de TB Pulmonar Confirmado Laboratório	13,9%	12,0
Realização de Cultura de Escarro - Casos Novos	8,3%	14,5
Realização de Testagem para HIV - Casos Novos	85,1%	90,3
Contatos Examinados - Casos Novos	48,6%	53,5
Óbito – Casos Novos Pulmonares Bacilíferos	2,4%	2,7
Baciloscopia de Diagnóstico Realizada - Todas as Entradas	83,5%	83,4
Tratamento Diretamente Observado Realizado – Todas as Entradas	23,9%	50,1
Tuberculose Multiresistentes – Todas as Entradas	1,0%	0,6
Encerramento dos Casos Notificados – Todas as Entradas	100,0	91,4

Quadro 1 – Indicadores epidemiológicos e operacionais de casos notificados de TB em residentes em Duque de Caxias – RJ nos anos 2014 e 2015

Fonte: Boletim Epidemiológico 2016 MS; Sinan de Duque de Caxias. Dados sujeitos à revisão. 27/10/2016.

O Programa de Controle da Tuberculose em Duque de Caxias

De acordo com os relatórios que integram o acervo documental do PCT de Duque de Caxias, o controle da TB foi implantado em meados da década de 1980, centralizado no CMS (Primeiro Distrito), unidade de saúde que apresenta maior número de especialistas e de pacientes atendidos.

No ano de 2001 iniciou-se o processo de descentralização das ações do PCT do CMS para o Posto Municipal de Saúde Dr. Antônio Granja e para a Unidade Mista de Saracuruna e Unidade Mista do Pilar, todos localizados no Segundo Distrito. No final daquele ano ocorreu a descentralização para o 3º distrito - Unidade Mista de Parque Equitativa e Unidade Mista de Imbariê. Em 2005 o processo de descentralização teve continuidade com o direcionamento para as equipes do PSF. Finalmente, em 2009, ocorreu a descentralização para o Posto Médico Sanitário de Xerém e Posto Médico Sanitário de Campos Elíseos.

Na atualidade, o PCT encontra-se vinculado à Coordenadoria de Programas de Atenção à Saúde, do DVS, tendo Coordenação integrada por duas médicas, uma assistente social e uma enfermeira.

As linhas de cuidados da TB no município se conformam nas estratégias de captação, onde está elaborado o fluxograma para avaliação inicial de atendimento ao paciente. Esses documentos seguem as normas e orientações do PNCT (conforme ANEXO C).

O PCT realiza atendimento através de equipe multidisciplinar em pacientes residentes e não residentes no município. Todos os profissionais têm atribuições específicas pré-determinadas pelo PNCT, que estão explicitadas nos Manuais de Controle da doença. ANEXOS D e E.

As equipes de trabalho têm como rotina inicial para os pacientes que ingressam nas US, conduzi-lo ao atendimento médico, matricular (abrir prontuário e fornecer o número da matrícula), notificar, encaminhar para consulta de Enfermagem e para entrevista com o Serviço Social.

As equipes de saúde que integram o CMS, as UPH, as UBS e a ESF apresentam diferenciação. A Coordenação do Programa interage diretamente com a Coordenação de Programas da ESF e com as equipes atuantes no CMS, nas UPH, e na UBS Dr. Antônio Granja. Nas UPH e no CMS, o TE é o profissional responsável pelo TDO quem supervisiona o paciente para a tomada da medicação. Os TE foram contratados para integrarem às equipes

e fortalecer o tratamento supervisionado, objetivando a melhora dos indicadores de avaliação do Programa. Ver Tabela 4.

Tabela 4 – Composição de profissionais de saúde com atuação no PCT do município de Duque de Caxias em 2016

Unidades de Saúde com PCT em Duque de Caxias	Médicos N*	Enfermeiros N	TE N	As. Soc N
CMS Duque De Caxias	5	5	1	2
UPH Xerém	1	1	1	1
UPH Saracuruna	1	1	1	1
UPH Campos Elíseos	1	1	1	1
UPH Imbariê	1	1	1	1
UPH Parque Equitativa	1	1	1	1
UPH Pilar	1	1	1	1
UBS Dr.Antônio Granja	1	1	-	1
Total	12	12	7	8

Fonte: PCT- DVS/SMSDC. *Médicos não exclusivos do PCT.

Os casos de pacientes suspeitos de TB também podem ser detectados nos hospitais com atendimento em emergência que funcionam 24 horas (Hospital Municipal, Hospital Municipal Infantil, Hospital Estadual e nas quatro Unidades de Pronto Atendimento – UPA-24h), e nos 18 PMS distribuídos no município. Esses casos são encaminhados para diagnóstico e tratamento em US com o PCT implantado, preferencialmente próximo à residência do paciente, facilitando a adesão ao tratamento. Ver QUADRO 2.

Unidades Públicas de Duque de Caxias – RJ que atendem pacientes suspeitos ou com diagnóstico de tuberculose	N
Unidades Públicas com atendimento em emergência 24h	
Unidades Pré-Hospitalares (*)	06
Hospital Municipal Geral	01
Hospital Municipal Infantil	01
Hospital Estadual	01
Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24h)	03
Unidade de Pronto Atendimento Infantil (UPA -24h)	01
Unidades Públicas com atendimento ambulatorial	
Postos Municipais de Saúde (**)	01
Centro Municipal de Saúde (*)	01
Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) (*)	76

Quadro 2 – Unidades Públicas de Duque de Caxias – RJ que atendem pacientes com diagnóstico ou suspeitos de tuberculose

Fonte: Coordenação do PCT de Duque de Caxias. 27/10/2016.

* Unidades com PCT implantado; ** PMS Antônio Granja (2º Distrito: único PMS com PCT implantado)

Os pacientes internados, com confirmação ou suspeita de TB são orientados, após a alta hospitalar, a procurar o PCT na US mais próxima a sua residência para dar início ou dar continuidade ao tratamento, conforme o caso. Em qualquer circunstância, esses pacientes são notificados ao PCT. Uma vez que este paciente não procure atendimento nas unidades com o PCT implantado, a equipe que coordena o Programa realiza busca ativa.

Em se tratando de caso novo, a US que realizou o primeiro atendimento deverá fazer a notificação, sendo este posteriormente vinculado ao caso notificado pela unidade de saúde que dará continuidade ao tratamento.

Na ocorrência de óbito em pacientes com diagnóstico confirmado de TB em Hospitais com atendimento em Emergência, a notificação é enviada ao PCT. Em se tratando de paciente já em tratamento no PCT, este terá seu encerramento no Sinan como óbito. Em pacientes com diagnóstico de TB que evoluíram para o óbito, os óbitos classificam-se em “óbitos por tuberculose” ou “óbito por outras causas”.

Todas as US onde o Programa está implantado realizam busca e identificação de sintomáticos respiratórios. As baciloscopias são realizadas no laboratório central do município, localizado no CMS, com liberação dos resultados entre 24 e 48 horas. O recolhimento das amostras de escarro ocorre três vezes por semana, nas US conveniadas. O

Programa das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e Hepatites cede o teste rápido de HIV para 100% dos pacientes com TB garantindo o acesso precoce ao diagnóstico da co-infecção, que deve ocorrer no seu primeiro atendimento.

Ainda segundo o Informe Epidemiológico (2014) “os casos de pacientes com Tuberculose Multidrogarresistente são referenciados para o Centro de Referência Professor Hélio Fraga, no município do Rio de Janeiro.”

4.2 O Tratamento Supervisionado no PCT em Duque de Caxias

Conforme os dados extraídos da base municipal do Sinan e fornecidos pela SMS/DC, em 2015 foram 895 casos diagnosticados e destes, 448 pacientes realizaram tratamento supervisionado. Assim, 50,1% dos pacientes realizaram tratamento nesta modalidade. O percentual de pacientes que realizaram TDO nos anos anteriores foi 23,9% em 2014 e 10,2% em 2012. (SMS - DUQUE DE CAXIAS, 2017). Com isso observou-se aumento considerável de pacientes que realizaram tratamento supervisionado no período em questão. Ver Tabela 6.

Em 2015 houve um aumento de 195,6% de pacientes que realizaram TDO em relação a 2014 e aumento de 461% em relação a 2013, evidenciando-se a partir de 2014 uma tendência à redução do abandono e aumento da taxa de cura entre pacientes que realizaram Tratamento Supervisionado. Ver Tabela 5 e Gráfico 1.

Tabela 5 – Taxa de TDO, Cura e Abandono em casos notificados de TB em Duque de Caxias-RJ no período 2013 – 2015

Ano de Diagnóstico	TDO Realizado	TDO Realizado%	Cura %	Abandono%	Óbito%
2013	97	10,2	69,1	23,7	2,1
2014	229	23,9	69,9	21,0	1,7
2015	448	50,1	71,2	12,9	2,4

Fonte: Sinan. Base de dados do município de Duque de Caxias. Consulta em Fev/2017.

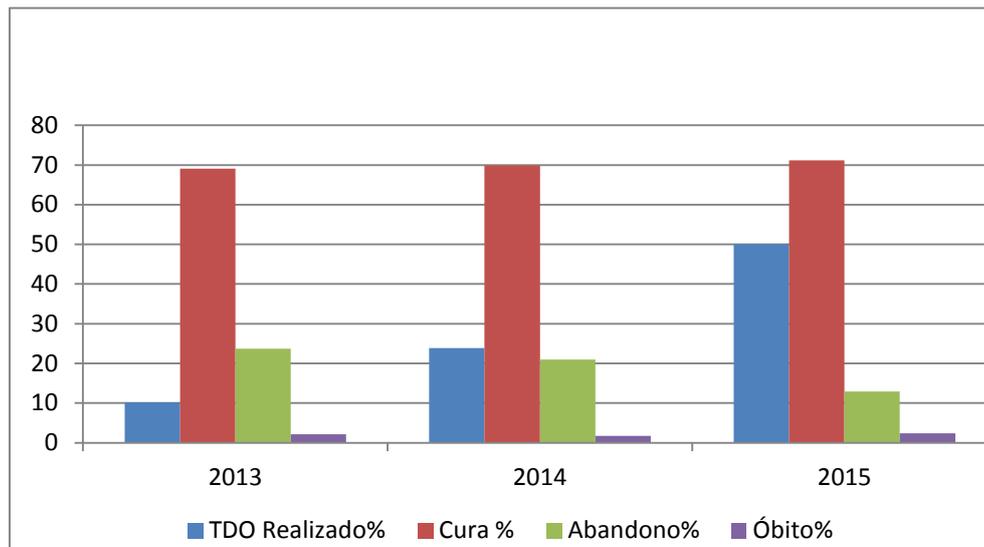


Gráfico 1 – Total de pacientes com TB e desfecho dos casos em Duque de Caxias - RJ nos anos 2013, 2014 e 2015

Fonte: Sinan. Base de dados de Duque de Caxias – RJ. Consulta em fev. /2017

Em 2015, o CMS foi a US que concentrou maior número de pacientes que iniciaram tratamento para a tuberculose (19,6%). As seis UPH com o PCT implantado comportaram juntas 66% dos casos que realizaram TS, enquanto as US que integram a ESF concentraram 14,5% de pacientes com TDO realizado. Ver Tabela 6.

Tabela 6 – Pacientes que realizaram tratamento supervisionado em Duque de Caxias - RJ em 2015 conforme Unidades de Saúde

US de Duque de Caxias	TDO	
	N	%
Duque de Caxias	88	19,6
UPH Xerém	36	8,0
UPH Saracuruna	47	10,5
UPH Campos Elíseos	33	7,4
UPH Imbariê	79	17,6
UPH Parque Equitativa	66	14,7
UPH Pilar	35	7,8
Estratégia Saúde da Família	64	14,5
Total	448	100

Fonte: Sinan. Base de dados do município de Duque de Caxias. Consulta em fev/2017.

A descentralização do tratamento supervisionado do CMS para as seis UPH iniciou-se no final de 2013. Nestas sete US, entre os anos 2013 e 2015, 641 pacientes realizaram tratamento supervisionado: 53 em 2013; 203 em 2014; e 385 em 2015. Neste período houve um aumento de 363,2% de usuários que iniciaram tratamento supervisionado. Considerando apenas as UPH, em 2015, foram diagnosticados 296 casos de TB, correspondendo a 33% de todos os casos do município. Ver Tabelas 7, 8 e 9.

O sucesso do tratamento nas UPH pode ser avaliado através dos encerramentos obtidos por cura e abandono do tratamento. Considerando os pacientes que iniciaram tratamento supervisionado entre 2013 e 2015, as taxas de cura foram: 58,5% em 2013; 69,1% em 2014 e mantendo-se esse mesmo índice em 2015. O abandono entre os pacientes que realizaram tratamento supervisionado reduziu pela metade no decorrer destes anos com 34% em 2013 e 15,8% em 2015. Ver Tabelas 7,8 e 9.

Tabela 7 – Situação de encerramento de casos diagnosticados de TB em 2013 em US com o PCT implantado em Duque de Caxias – RJ e que realizam Tratamento supervisionado

Encerramento	Total		Tratamento ESF		Supervisionado			
	N	%	N	%	CMS N	UPH N	CMS + UPH N	%
Cura	67	69,1	36	81,8	20	11	31	58,5
Abandono	23	23,7	5	11,4	16	2	18	34,0
Óbito	2	2,0	2	4,5	0	0	0	0
Outros,S/encer	5	5,2	1	2,3	2	2	4	7,5
Total	97	100	44	100	38	15	53	100

Fonte: Sinan. Base de dados do município de Duque de Caxias. Consulta em fev. /2017.

Tabela 8 – Situação de encerramento de casos diagnosticados de TB em 2014 em US com o PCT implantado em Duque de Caxias – RJ e que realizam Tratamento supervisionado

Encerramento	Tratamento				Supervisionado			
	Total N	%	ESF N	%	CMS N	UPH N	CMS + UPH N	%
Cura	160	70,0	20	76,9	7	133	140	69,1
Abandono	48	21,0	3	11,5	9	36	45	22,2
Óbito	4	1,7	1	3,9	1	2	3	1,4
Outros,S/encer	17	7,3	2	7,7	8	7	15	7,3
Total	229	100	26	100	25	178	203	100

Fonte: Sinan. Base de dados do município de Duque de Caxias. Consulta em fev. /2017.

Tabela 9 – Situação de encerramento de casos diagnosticados de TB em 2015 em US com o PCT implantado em Duque de Caxias – RJ e que realizam Tratamento supervisionado

Encerramento	Tratamento				Supervisionado			
	Total N	%	ESF N	%	CMS N	UPH N	CMS + UPH N	%
Cura	319	71,2	53	84,1	52	214	266	69,1
Abandono	62	13,8	1	1,6	17	44	61	15,8
Óbito	11	2,5	2	3,2	2	7	9	2,3
Outros,S/encer	56	12,5	7	11,1	18	31	49	12,8
Total	448	100	63	100	89	296	385	100

Fonte: Sinan. Base de dados do município de Duque de Caxias. Consulta em fev. /2017.

Ao analisar os dados a partir de 2013, evidencia-se tendência à redução do abandono e aumento da taxa de cura entre os casos que realizaram Tratamento Supervisionado. Esse panorama sugere resultados positivos a partir da inserção do TE no PCT para tratar os usuários que realizavam TDO.

4.3 Caracterização do trabalho dos TE nas atividades do PCT em Duque de Caxias

Considerando a categoria sexo, integram a presente pesquisa apenas um enfermeiro e um TE do sexo masculino, o que corrobora a predominância do sexo feminino entre os profissionais entrevistados que integram o estudo e vai ao encontro dos autores que

identificam a tendência de feminilização do trabalho em saúde, como fato construído historicamente (LOPES; LEAL, 2005). Nessa mesma direção, estudos recentes, sinalizam a predominância feminina, correspondendo a 84,6% dos entrevistados, apesar de registrar a presença de homens (15%). Assim, a Enfermagem é ainda majoritariamente feminina, embora seja identificada uma masculinização da profissão (LIMA, 2015).

Em relação à Escolaridade/Formação, que é um aspecto importante de ser analisado para definirmos o perfil dos profissionais no tocante às perspectivas de estudo do grupo pesquisado, observou-se que dentre os TE entrevistados, três encontravam-se matriculados em curso superior. Um profissional declarou ter vontade de cursar Enfermagem, enquanto outro profissional informou ter interesse em cursar Nutrição ou Fisioterapia, acrescentando que jamais cursaria Enfermagem.

No que refere à inserção e vínculo no PCT, o relato de experiências anteriores ao momento de inserção dos TE para atuarem na estratégia do Tratamento Supervisionado permite identificar conhecimento prévio da TB, do PCT e de outros de Programas de Saúde. Dentre os TE entrevistados, cinco declararam não ter experiências anteriores em outros programas e destes, três relataram experiência de atendimento hospitalar em emergência.

A forma como se deu a inserção dos TE ocorreu em diferentes contextos e nos atenta para o processo de seleção destes profissionais, considerando as possibilidades dos arranjos existentes no momento de inserção, assim como suas possíveis relações com as redes de saúde local e os impactos que isto poderá trazer para o trabalho. Assim, três TE definiram sua forma de ingresso por “seleção”, dois profissionais por “convite”, dois por “indicação” e um declarou ter entrado por “transferência”. O ingresso por convite sinaliza alguma relação deste profissional com o PCT, enquanto que a indicação pode ser estabelecida por intermediação ou hierarquização, sem que haja necessariamente relação entre quem indica e quem é indicado. Importante considerar a fala de uma TE que informou que sua entrada se deu por “indicação”, entretanto, sendo orientada pela direção da Unidade, que independente de ter sido “indicada”, teria que “vestir a camisa”.

A respeito do tempo de atuação dos profissionais na estratégia TDO, considerando que a implantação ocorreu no final de 2013, observou-se que nesses três anos pode ter ocorrido substituição dos profissionais no PCT, ou mesmo o ingresso do profissional em diferentes contextos no momento de inserção. Cinco Profissionais declararam estar no Programa entre um e dois anos; dois profissionais declararam mais de dois anos de permanência e um TE declarou menos de um ano com inserção no Programa.

A oferta na estratégia DOTS

Conforme declaração da Coordenadora do PCT, o tratamento supervisionado é ofertado a todos os pacientes que ingressam no PCT. Contudo, a questão do deslocamento desses pacientes muitas vezes contribui para a interrupção ao tratamento da doença. Os pacientes que não têm a ESF próximo à sua casa têm um gasto financeiro com deslocamento. Para esses pacientes é oferecido um vale social. Entretanto, os relatos dos TE pontuam que muitas vezes há atraso na entrega desse benefício.

Processo de trabalho do Técnico de Enfermagem no PCT

Os relatos dos TE selecionados para o presente estudo apresentaram algumas particularidades do processo de trabalho no PCT. Os TE têm regime de contrato celetista e cumprem 40 horas de trabalho semanais, de segunda-feira à sexta-feira. Os TE da ESF atendem pacientes do PCT e de outros Programas. Já no CMS e nas UPH, os TE são profissionais exclusivos para o PCT.

Os TE são considerados pela coordenação e pelos enfermeiros da equipe de trabalho como elementos centrais para o tratamento. Assim, dentro da estrutura do PCT, estes profissionais devem realizar procedimentos específicos e através da articulação com os médicos, assistentes sociais, enfermeiros e administrativos. Funcionam como colaboradores e facilitadores nas atividades da equipe de trabalho.

Ao considerar suas atribuições específicas no PCT, alguns TE definiram de forma genérica como “muitas”; “várias”; “faço de tudo um pouco”. Ao enumerar tais atribuições, o tratamento supervisionado foi citado por seis dos oito profissionais entrevistados sendo identificado como “fiscalização da dose tomada”, “medicação supervisionada” e “controle da tomada diária”.

Dentre as atividades que integram a rotina de trabalho destes profissionais, a captação de sintomáticos respiratórios foi citada por todos os profissionais que atuam em UPH, considerando que estas US disponibilizam de serviços de urgência/emergência hospitalar. Ainda conforme relato dos enfermeiros, os TE também realizam a captação dos pacientes sintomáticos respiratórios por demanda espontânea ou nos demais Programas que apresentam patologias interligadas à TB.

No tocante às atribuições no Programa, todos os TE relatam a marcação (agendamento) e acompanhamento nas consultas e a revisão de prontuários. Na rotina diária, os profissionais realizam o controle da pesagem do paciente e distribuem água e lanche na hora da tomada da medicação. O uso de incentivos (lanche, auxílio-alimentação e outros) e facilitadores de acesso (auxílio-transporte) estão recomendados como motivação para o TDO. Mensalmente distribuem cestas básicas e o vale social que são incentivos ofertados para que os pacientes não abandonem o tratamento³⁴.

Os TE são responsáveis ainda pela solicitação, envio e recebimento de material de exames bacteriológicos para o diagnóstico e acompanhamento (baciloscopia e cultura de escarro) e exames radiológicos. Conforme relato da Coordenadora de Programas e de alguns técnicos, dentre as atribuições destes profissionais também está incluída a aplicação de injetáveis, uma vez que estes profissionais foram treinados para realizar tais procedimentos. Dois TE previamente treinados realizam os testes tuberculínicos (PPD), teste de diagnóstico que verifica a sensibilidade do corpo do paciente. Também realizam visita domiciliar juntamente com o assistente social aos pacientes faltosos.

Ainda no tocante à rotina de trabalho, os TE relataram como atribuições anotações e preenchimento de papéis, como as fichas de notificação do Sinan e os boletins de acompanhamento dos pacientes em tratamento, o que entendem como prática burocrática.

Ao relatarem o trabalho que realizam e a relação direta que mantêm com os pacientes, os TE exaltam como atribuições específicas, o "acolhimento" o "ouvir o paciente".

Atividades externas também integram a rotina de trabalho destes profissionais, como participação em palestras e divulgação do Programa para a comunidade local. As práticas educativas são realizadas em campanhas, considerando o aumento do número de casos de TB e consistem em distribuição de panfletos, fixação de cartazes e realização de palestras esporádicas.

Considerando as formas de organização e como se dão as relações entre o grupo de TE, torna-se importante compreender como se dão as relações na equipe de trabalho e também com outros grupos de trabalho. Para estes profissionais, o trabalho só acontece, de fato, se for realizado em equipe e em contrapartida, o paciente também deve ser um

³⁴ Vários estudos foram realizados com o objetivo de definir incentivos à adesão ao tratamento. Nos Estados Unidos, tanto os incentivos financeiros como os não-financeiros mostraram uma melhora na adesão ao tratamento supervisionado (DOTS), para populações pobres. Também naquele país, mostrou-se que o número crescente de benefícios oferecidos à população durante o tratamento resultou em uma redução inversamente proporcional do abandono (CANTALICE FILHO, 2009).

colaborador entendendo que nessa relação entre profissional e usuário a adesão é importante para ambos.

A autonomia concedida ao TE na equipe de trabalho o coloca numa posição privilegiada. Na maioria das US com o PCT implantado o agendamento das consultas ocorre no setor de pneumologia e não no setor de marcação de consultas, próprio de cada US. Esta alteração na triagem e no fluxo de atendimento ao paciente com suspeita de TB que procura a US, consolidou-se em função da reivindicação dos TE que objetivou agilizar o resgate e melhor avaliação dos pacientes sintomáticos respiratórios. Estes profissionais também têm autonomia para solicitar a BAAR e negociam dentro da US a realização da radiografia de tórax para pacientes com consulta marcada. Nesse sentido, esses profissionais enxergam-se como facilitadores do fluxo de atendimento ao paciente.

Os TE fazem intercâmbio com a ESF para que esta receba os pacientes residentes em áreas que tenham cobertura, fazendo o acolhimento e facilitando a tomada da medicação evitando, dessa forma, o abandono do tratamento em função da impossibilidade de deslocamento até as UPH. O mesmo ocorre quando o paciente residente em área de conflito próxima a Unidade em que realiza tratamento supervisionado. Esse canal estabelecido entre os TE de unidades distintas corrobora para que o paciente possa fazer uso da medicação diária em uma Unidade da ESF próxima a sua residência.

No que concerne ao trabalho desenvolvido na Unidade da ESF, a busca dos faltosos é realizada também pelo TE e conta com a colaboração do ACS para as visitas. Na concepção de alguns TE “O paciente só faz tratamento quando ele quer ser ajudado” e as transferências dos pacientes em tratamento nas demais unidades com o PCT implantado para unidades da ESF dão-se em função da falta do vale social (passagem de ônibus) para estes pacientes.

Na dinâmica do processo de trabalho dos TE observam-se mecanismos de integração neste grupo de trabalhadores na organização, resolução de problemas e na busca de informações sobre os pacientes do Programa. Para tanto utilizam o aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp* como canal de comunicação nos serviços e importante ferramenta nas questões do trabalho. Nesse sentido, consideram o aplicativo resolutivo, pois através dele, o grupo discute a possibilidade de transferência dos pacientes que realizam tratamento supervisionado para US mais próxima à sua residência.

As capacitações

As capacitações constituem-se como elementos fundamentais para a qualificação do TE. Conforme declaração da Coordenadora do Programa, todas as ações programadas para capacitação do TE para 2016 foram realizadas e todos os profissionais que se encontram em atividade foram capacitados.

Segundo a Coordenação do PCT, em função da rotatividade de funcionários, sempre ocorrem treinamentos e todos os profissionais participam de cursos de capacitação em suas funções anualmente. Da mesma forma, sempre que a Coordenação do PCT do estado do Rio de Janeiro oferece treinamento sobre TB, esses técnicos são convocados para aperfeiçoamento, aprimoramento e educação continuada.

No tocante aos temas abordados nas capacitações realizadas, os profissionais reiteraram a necessidade de maior abordagem em questões relacionadas ao grupo de paciente que apresenta dificuldades na adesão ao tratamento. Consideraram que deveria haver maior abordagem sobre a questão do abandono considerando o difícil acesso dos pacientes que residem em área de domínio do tráfico, assim como o problema sempre presente do álcool e das drogas ilícitas, que em muitas ocasiões acarretam o abandono ao tratamento. Importante considerar que os profissionais afirmaram a necessidade de uma abordagem mais esclarecedora sobre estes temas e relatam sentimento de impotência diante destes problemas.

Considerando as abordagens já apresentadas nas capacitações, os TE sinalizam a importância das discussões que estas produzem assim como sua dimensão enquanto modelos informativos, destacando os esclarecimentos adquiridos quanto às medidas de biossegurança³⁵ direcionadas ao controle da transmissão da infecção por TB em serviços de saúde.

Para os TE as capacitações contribuem fundamentalmente pelo aprendizado adquirido (esclarecimento, momento de apresentar dúvidas e questões), “ampliam a visão profissional”, atualizam-se através das demandas e dos protocolos e “aprendem a dar o melhor para o paciente”. Destacam ainda como um importante momento de interação entre os diferentes profissionais através dos debates e da troca de experiências individuais vivenciadas.

³⁵ Tratam-se de medidas de controle da transmissão da TB e são divididas em três grupo: medidas administrativas, medidas de engenharia e medidas de proteção individual, sendo que as medidas são consideradas as mãos importantes (PIO, 2012).

5 DISCUSSÃO

Os Técnicos de Enfermagem são profissionais especializados na realização de determinadas atividades que na maioria das vezes obedecem às preconizações e precisam de formação continuada para assumir determinadas funções, como é o caso da estratégia do tratamento supervisionado da TB.

O abandono e a cura, que se traduzem no fracasso e no sucesso do tratamento ofertado aos pacientes são elementos que efetivam não só o controle e avaliação de indicadores pactuados dentro do MS e monitorados também pelo MS, pela SES e SMS. Mas também monitoram a equipe responsável pelo tratamento do paciente assim como o próprio paciente imerso na complexidade de um tratamento que requer uma série de esclarecimentos no contexto da TB, uma das doenças mais antigas e conhecidas da humanidade, com várias representações e significados, objeto de estudos e de ações e investimentos globais.

O controle da ingestão da dose diária da medicação ultrapassa a relação desenvolvida entre os profissionais e profissionais e pacientes. Abrange o enfrentamento da doença, devendo ser consideradas as circunstâncias associadas aos problemas relacionados ao processo saúde-doença, como os limites do território, a questão da moradia e do acesso, o estigma, o cuidado e o trabalho.

Através da Política de Atenção Básica no Brasil, o processo de trabalho deve caracterizar-se particularmente no que tange a descentralização, horizontalização, prevenção e integração dos serviços no desenvolvimento de ações que possam interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Em Duque de Caxias, a descentralização da estratégia do tratamento supervisionado não atende em sua totalidade às recomendações das ações descentralizadas para as áreas onde estão implantadas as equipes da ESF, considerando o fortalecimento do sistema de saúde com ênfase na APS e facilitando o acesso e a equidade da atenção aos doentes.

O tratamento supervisionado, geralmente, tem como pressuposto a ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com sua saúde. Esta postura tende a responsabilizar o doente pelos problemas que apresenta e, habitualmente, coloca o trabalhador

da saúde como alguém mediador e facilitador a partir de suas práticas cotidianas, principalmente quando se trata da TB, conforme apresentado a seguir:

“... Eu tenho que passar para ele tudo a respeito do tratamento para ele ver que a evolução e a cura dependem principalmente dele. A cura e o abandono acabam sendo uma escolha dele.”
(Entrevista com T4)

A estratégia do tratamento supervisionado, no que concerne à “fiscalização” ao paciente, se percebe como uma prática que pode ser considerada autoritária e prescritiva de comportamentos “ideais” e/ou “corretos”, desvinculados da realidade e tornados objetos passivos, paciente das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas.

Torna-se necessário conhecer a história desse paciente e os diferentes contextos que antecedem o ingresso deste usuário no tratamento, compreendendo que esses momentos de conhecimento do outro devem ser valorizados no processo de trabalho deste profissional, muitas vezes centrado na prática clínica, individual e curativa através de um modelo que nas práticas na área da saúde tem se apresentado como incipiente e ineficaz frente aos problemas da saúde pública vivenciados pela população.

Processo de trabalho

A forma como o profissional é orientado para dinamizar o tratamento ofertado ao paciente requer maior atenção nas políticas de educação em saúde e não deveria ter reflexos na culpabilização do usuário, mas sim, no estímulo, sem qualquer forma de coação ou manipulação, daí a necessidade de haver planejamento de ações educativas voltadas à TB.

“... Quando o paciente falta, eu cobro e falo que em caso de falta, ele não vai receber a cesta, que vou à casa dele, que se ele não comparecer eu vou aparecer lá toda mascarada, pois pra ele é mais constrangedor eu ir até ele do que ele vir até aqui.”
(Entrevista com E2)

As estratégias utilizadas para o tratamento da TB fazem parte de um contexto de práticas convencionais e pouco atrativas, impositivas, paternalistas e muitas vezes desarticuladas da realidade social dos usuários, portanto, pouco atrativas. Por outro lado, não se observa nos depoimentos dos profissionais nenhum indício ou tomada de decisão dos profissionais em agir de forma diferente.

No contexto do trabalho realizado pelos profissionais no PCT em Duque de Caxias, de imediato não se evidencia ruptura com modos tradicionais e pré-estabelecidos. Entretanto, a comunicação entre profissionais e pacientes parece ter base no diálogo e nas relações interpessoais, que trabalha com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde, trazendo o sujeito para a problemática da TB.

Entretanto, fica evidente que justamente, o TE por sua disponibilidade, dedicação, cuidados e atenção ao paciente se configura como o principal profissional da equipe do PCT que abarca as maiores possibilidades de intervenção e ruptura de tais modelos, através de práticas voltadas para melhoria da saúde da população, considerando seu comprometimento e a forma como este profissional está aliado a esse processo.

Nesse sentido, os usuários também parecem estar envolvidos, participando ativamente na promoção da saúde, considerando que essa relação entre profissional de saúde e usuário pode favorecer as mudanças efetivas no trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos, copartícipes do processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

A realidade do território dimensionada através dos depoimentos dos profissionais entrevistados clarifica que fatores externos como os diferentes contextos de situação de pobreza e as diversas formas de violência advindas do tráfico de drogas, contribuindo para que muitas vezes o paciente se torne vulnerável e o abandono não seja questão exclusiva do paciente.

Para atender as reais necessidades de cidadania da população usuária e das equipes de saúde, a problematização aparece como elemento essencial para a construção de um processo no qual o diálogo, a reflexão crítica e a autonomia cidadã realmente sejam promovidas e requerem uma relação de proximidade entre os profissionais de saúde e os pacientes.

“... Há um ano tinha uma paciente que vinha todos os dias aqui tomar comigo a medicação. Ela teve uma boa melhora e depois eu notei que ela estava começando a afundar. Os sintomas

estavam voltando, e como eu estou com eles todos os dias, percebi que ela estava começando a perder peso novamente... ela melhorou em três meses e hoje ela está outra paciente, outra pessoa.” (Entrevista com T5)

Vínculo e compromisso

A responsabilidade e o comprometimento do profissional repercutem no vínculo com os pacientes fortalecendo a confiança nos serviços de saúde, facilitando a adesão favorecendo o cuidado integral ao doente por TB. Entretanto, o paciente também deve ser um colaborador compreendendo que nessa relação estabelecida entre ele e o profissional, a adesão é importante para ambos.

Por isso, o diálogo reforçando interação e vínculo tem sido associado às mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto que tais mudanças são decorrentes não da persuasão ou da autoridade profissional, mas da construção de novos sentidos e de significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (SÁ, et al., 2011).

“... Os pacientes pegam vínculo com a gente, eles passam a confiar muito, então somente tem que ser uma pessoa que possa estar aqui todos os dias de segunda a sexta.” (Entrevista com T1)

“... Eu sempre falo toda semana com eles: ‘por favor, me dá mais um quilinho’ (risos). Com isso eles vão ficando mais íntimos. Daí eu percebo quem não vai desistir e insisto com eles para que o abandono não aconteça.” (Entrevista com T3)

“... Aqui pegamos o paciente muito debilitado e conforme o início de tratamento até o final, temos uma outra pessoa. A gente faz amigos, a gente ajuda a obter a cura.” (Entrevista com T7)

“... O interessante é que depois de curados em outra situação em que esses pacientes precisam vir ao Posto, eles passam aqui para falar com a gente, dar um abraço, lembram dos aniversários. É o vínculo que criamos, que se torna muito importante.” (Entrevista com T6)

Integração dos sujeitos

No tocante ao processo de trabalho, embora os TE não sinalizem a necessidade de práticas que envolvam a participação da população no desenvolvimento dos seus serviços, relatam a necessidade de coparticipação da família no tratamento. Na percepção dos profissionais, a família quando bem estruturada é colaboradora, portanto, acreditam que a família deve ser convidada, estar próxima e acompanhar. Em outro sentido, muitos pacientes enxergam o Programa como uma extensão da família ou mesmo aquela que alguns não têm. Essa concepção está fundamentada nas diversas fases em que durante o tratamento muitos pacientes perdem o entusiasmo, demonstrando desânimo.

Esta forma de interação com a família certamente traria benefícios imediatos a longo prazo cujo efeito repercutiria sobre a comunidade de forma plena. Assim, a integração entre pacientes, profissionais, família, assim como a gestão, fundamenta-se na responsabilidade de todos os envolvidos no controle da TB.

Ainda no contexto das relações, é importante considerar a forma como os TE se organizam e a interação entre os profissionais das diferentes equipes.

Os depoimentos mostram que algumas atividades realizadas pelo TE na rotina de trabalho são orientadas pelas equipes do PCT e protocoladas pelo MS. Tratam-se de estratégias genéricas e geralmente padronizadas, não envolvendo uma esfera mais abrangente que atente para políticas concretas de prevenção da doença com uma abordagem mais integral. Um TE descreve as ações que desenvolve com o doente de TB da seguinte forma:

“... Eu tenho uma lista dos procedimentos que eu tenho que fazer e aqueles que a gente acaba fazendo pela rotina do dia a dia. Iniciando, dar a medicação ao paciente, pesar, de uma certa maneira, a gente ouve esse paciente, a gente acaba sendo

de tudo para o paciente: psicóloga, técnica, amiga, a gente é tudo. (Entrevista com T7)

Capacitações

Na atualidade, os conceitos de qualificação e competência em conexão com a noção de empregabilidade vêm sendo abordados, nos últimos anos, no quadro das interpretações político-econômicas sobre as relações entre o novo paradigma produtivo, as relações de trabalho e a formação para o trabalho (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013).

Os treinamentos na área da saúde têm como objetivo atuar no aprendizado de novas práticas e desenvolvimento de competências, além de atualização técnica-científica, bem como a revisão de rotinas, procedimentos e uso de tecnologias.

De acordo com Machado (1996), a questão da qualificação é relevante para os processos formativos em seus vários aspectos: seja como objetivo teleológico seja como “elemento de mediação das práticas pedagógicas e das relações de trabalho.”

Atuar como profissional da saúde requer uma gama de conhecimentos específicos precisando estar sempre assimilando e utilizando técnicas e ferramentas adequadas e atualizadas para sua área.

Segundo Batistella (2013), a construção e o compartilhamento de saberes, capacidades, valores e condutas mediadas pela qualificação do trabalho, convergem para um processo de construção social de identidade por meio da análise dos processos de qualificação, pode se investigar, por exemplo, o impacto das políticas de organização e gestão do processo de trabalho na subjetividade e nas formas de identificação dos trabalhos.

Através das abordagens dos TE no tocante aos processos formativos, as capacitações ocorreram em quantidades, circunstâncias, e locais distintos e todos os profissionais consideram a importância das capacitações como contribuição para o aperfeiçoamento de seu trabalho e suficientes para a prática de seus serviços e sinalizam ainda a necessidade de informações direcionadas a problemas evidenciados no paciente durante o período de tratamento.

“... As capacitações ajudam bastante... dão suporte.” (Entrevista com T4)

“... Essa capacitação ajudou muito mas se tivéssemos mais seria de suma importância.” (Entrevista com T5)

Conforme Paim e Nunes (1992), o trabalho deve ser eleito como eixo integrador das atividades educativas em equipe, superando treinamentos e capacitações centradas na transmissão de conhecimentos. Ao contrário, parte-se das práticas de saúde, privilegiando o enfrentamento e a solução dos problemas dos serviços como referências para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicáveis a essa realidade.

Apesar da qualificação profissional ainda que limitada, destaca-se no contexto do trabalho do TE no PCT de Duque de Caxias, a importância dos conhecimentos multidisciplinares adquiridos e que potencializam a troca de saberes, assim como o desenvolvimento das atividades educativas.

Para que ocorram práticas educativas geradoras de mudanças, torna-se necessário que esses trabalhadores estejam firmados na interseção de saberes.

Embora apresentem dificuldades para distinguir "qualificação", "capacitação", "treinamento", os TE enxergam a importância das capacitações, compreendidas como processo formativo e informativo onde a troca de saberes advém dos debates e das experiências de outros profissionais relatadas no momento em que estas acontecem.

“... Capacitação para treinamento? Estão lá na pasta... Ajudam e ajudam muito” (Entrevista com T8)

“... Capacitação mesmo eu tive uma no início.” (Entrevista com T2)

De acordo com o dicionário online Houaiss os significados dos termos treinar e capacitar são:

Treinar: 1. Dar ceva a aves. 2 tornar hábil, destro, capaz, por meio de instrução, disciplina ou exercício; habilitar, adestrar. 3. executar regularmente (uma atividade); exercitar, praticar. 4. Preparar-se para competições desportivas, ou para outros fins.

Capacitar: 1.Tornar-se apto a; habilitar-se 2. fazer compreender ou compreender; persuadir. 3. ter entendimento de; compreender, inteirar-se. 4. ficar certo de; convencer-se; persuadir-se.

Assim, treinamento é o processo educacional, aplicado de maneira sistêmica, através do qual as pessoas aprendem conhecimentos, atitudes e habilidades em função de objetivos definidos e capacitar é tornar habilitado para o desempenho de uma função, é qualificar a pessoa para determinado trabalho. É melhorar, desenvolver, os conhecimentos daquilo que já se sabe.

Conforme Hanblin (1978), o treinamento pode ser entendido como qualquer atividade que deliberadamente tenta desenvolver a habilidade de certa pessoa no desenvolvimento de uma tarefa. Assim, os resultados das ações dos profissionais de saúde dependem de suas habilidades e, estar capacitado e sempre atualizado é fundamental para esse processo.

A capacitação está entre os desafios institucionais do Departamento de Atenção Básica do MS, que propõe revisão dos processos de formação com ênfase na educação permanente das equipes, coordenação e gestores.

A OMS reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde compreendida como um esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços por meio do desempenho do seu pessoal.

Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços. Além disso, contribui com os processos formativos, bem como as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

A apropriação de saberes e conhecimentos específicos contribuem para os subsídios necessários na complexidade da atenção aos usuários acometidos de TB ao promover atendimento de qualidade e humanizado. Como estratégia para o controle da doença, ressalta-se ainda a importância da educação em saúde, como um ato político, capaz de promover o diálogo entre profissionais de saúde e usuários, a autonomia cidadã e o incentivo a uma postura ativa desses sujeitos em seus ambientes políticos e sociais (SIQUEIRA, et al. 2008).

No tocante aos processos formativos a que estão submetidos os TE no PCT em Duque de Caxias, o uso da expressão “educação continuada” aparece apenas na fala do Coordenador do PCT e de um enfermeiro, quando relatam sobre a forma como ocorrem os treinamentos e capacitações para os TE que atuam na estratégia DOTS:

“... Toda vez que a Secretaria de Estado de Saúde oferece treinamento sobre TB para nível médio, a gente procura colocar esses

Técnicos para que tenham um aperfeiçoamento, um aprimoramento, uma educação continuada.” (Entrevista com C).

As capacitações tratam abordagens que se constroem na importância dos programas elaborados pelo MS, como forma de aprimorar atividades de educação em saúde, que muitas vezes valorizam a aquisição de habilidades técnicas a partir da execução de treinamentos focais, por meio de cursos e outras modalidades, desenvolvidos de forma breve, que muitas vezes limitam a atuação do profissional e não lhes conferem autonomia e compreensão ampla do processo de trabalho em que estão inseridos (MONTEIRO; PREVITALI, 2011).

Para suprir a falta de qualificação profissional e eventos sobre a TB em Duque de Caxias, em alguns casos, os profissionais recorrem aos manuais técnicos de controle da doença com o propósito de obter informações sobre a doença. Nesse sentido, é responsabilidade da gestão municipal e do MS estimular e viabilizar a qualificação específica dos profissionais.

A pouca oferta de capacitação dos profissionais da saúde no tratamento da TB é um dos fatores que podem dificultar o desempenho das equipes de saúde. Segundo Scatena et al. (2015) estudos apontam a necessidade de um processo contínuo de capacitação dos profissionais de saúde para alcançar maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. O processo de atualização dos profissionais de saúde deve ser permanente com oficinas educativas e envolver a participação de profissionais de ensino e de saúde.

“... Ela (a TE) até hoje só fez uma educação continuada na Secretaria, que foi quando eles iniciaram. Não houve nenhuma outra. O que a gente faz aqui é pegar os manuais e sempre tentar se atualizar, porque em questão de educação continuada a gente está meio devagar...” (Entrevista com E2)

A adesão como um desafio

A falta de adesão ao tratamento configura-se como um dos maiores desafios ao controle da TB. No entanto, as condições de pobreza e de exclusão social enfrentadas pelos doentes, podem ser consideradas como problemática maior. Assim, a necessidade de

mecanismos para transformar/sensibilizar a pessoa doente em relação à doença-organismo e a doença-sociedade.

O modelo biomédico, centrado na cura e no tratamento estão fundamentados na cientificidade e desconsideram as demais dimensões da vida das pessoas adoecidas e de suas famílias. É necessário destacar que no âmbito individual e coletivo todo o percurso que segue a linha do cuidado deve promover cura e reabilitação por meio do processo de sensibilização, tendo no usuário um aliado e protagonista do projeto terapêutico e das mobilizações pelo direito ampliado à saúde. Nesse sentido, orientar a prevenção de doenças e fortalecer a promoção da saúde constituem ações prioritárias das equipes que atuam no controle da TB, independentemente de onde advém sua coordenação, seja ela na ESF ou na Vigilância em Saúde.

Sob o foco da doença, predomina a concepção que enfatiza que a prevenção de doenças reside na mudança de atitudes e comportamentos individuais e que esta mudança ocorre mediante a imposição de conhecimentos, passividade da população diante da transmissão de conhecimentos técnicos sobre as doenças e a forma considerada correta de cuidar da saúde, desconsiderando, desse modo, a realidade vivenciada por cada ser humano no seu cotidiano. As práticas centralizadoras, baseadas na disseminação de informação em saúde, tratando o usuário como objeto que se encontra fora do processo de cuidado e se evidenciam quando os profissionais, objetos do presente estudo, adotam apenas medidas firmadas em palestras e informes direcionados à comunidade.

As principais dificuldades encontradas na rotina de trabalho do TE, tem no paciente o ponto-chave e estão relacionadas à adesão deste ao tratamento supervisionado. As dificuldades fundamentam-se em dois problemas: o primeiro diz respeito ao acesso do paciente às US para a tomada da medicação diária e o segundo está relacionado às dificuldades encontradas na negociação da tomada da medicação.

Conforme apontam os TE, a dificuldade para o comparecimento diário à US é encontrada nos pacientes que residem em área de risco, com presença de traficantes e milicianos assim como aqueles que são moradores em situação de rua. Outra justificativa apresentada é a falta de recursos para a locomoção diária.

“... No segundo mês de tratamento alguns pacientes já se sentem curados e param o tratamento acreditando que poderão

beber... Existe uma necessidade muito grande nesse paciente de ingerir álcool.” (Entrevista com T7)

O segundo problema, caracterizado ao tratamento em si, consiste na negociação da tomada da medicação. Embora seja uma determinação a ingestão da medicação diária e sob supervisão de um profissional de saúde, muitos profissionais realizam tratamento supervisionado de forma irregular, ainda que sob negociação ante a possibilidade de que o paciente abandone o tratamento definitivamente. Em muitas situações, os pacientes alcoolistas, drogadictos e ex presidiários têm seus dias de ida a US negociados para três, dois e até um dia, evitando que dessa forma, o paciente abandone o tratamento.

“... Você combina com ele, diminui os dias para facilitar a vida dele. ‘São três dias, mas está difícil? Vamos lá, dois dias, então. Melhorou? Continua difícil? Então, um dia’. Então eu chego pra enfermeira e digo que não dá mais. Com esse paciente está complicado, está difícil, vamos ver se a gente bola uma outra estratégia com ele porque senão ele vai ficar sem remédio. Se ele não vem, manda a tia, enfim, manda um parente vir pegar o remédio.” (Entrevista com T2)

“... E nós temos um grupinho de dez pacientes que vem apenas uma vez na semana. Nós os chamamos de “pacientes Vips”. São situações difíceis para manter o DOTS. Esses vêm com segurança, vem meio que escondidos por trás, com medo do caveirão.” (Entrevista. T6)

Nesse sentido, as limitações e dificuldades encontradas na rotina de trabalho sinalizadas pelos TE são enfatizados através de pontos norteadores sobre a adesão do paciente ao tratamento e não necessariamente às questões de infraestrutura e logística, onde poucos relataram a dificuldade em “adaptar-se com a parte burocrática, de papel” apenas no momento inicial de inserção no PCT devido à pouca experiência em atendimento ambulatorial e em Programas.

No contexto da estratégia implementada no PCT de Duque de Caxias, os TE encontram-se mergulhados em um processo complexo que requer muito mais que o simples

monitoramento e fiscalização de medicação. Estes profissionais são atores de um processo específico e são articuladores que possibilitam novas maneiras de ter direito à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a inserção dos TE no tratamento da TB no município de Duque de Caxias, e como pressuposto a inserção destes profissionais como estratégia para melhorar os indicadores de cura e abandono. Para tanto, fez-se necessário conhecer o contexto da inserção, o cotidiano de trabalho e as perspectivas desses profissionais. Assim, este estudo também se construiu sob o olhar do TE: como esse profissional se sentia enquanto facilitador de um processo com especificidades e se ele tinha retorno do resultado desse processo.

Essas questões partem de uma lógica muito comum nos serviços de saúde: o profissional imerso no ambiente de trabalho caracterizado por uma intensa fragmentação e com pouca exigência de qualificação, o que demonstra que estes profissionais sempre estiveram às voltas com uma imponente hierarquização e naturalização no desempenho de suas tarefas.

A relevância da temática de estudo além de ser constatada através dos resultados que indicaram efetividade no tratamento da TB, também se construiu nos contrastes evidenciados no território de Duque de Caxias - RJ, município com importância econômica no estado e com indicadores socioeconômicos que sugeriram sob alguns aspectos, as fragilidades e necessidade da melhoria da qualidade de vida da população, desafios que vão além dos serviços de saúde e do comportamento do doente.

Em se tratando de um grupo de profissionais com importante participação no cotidiano dos serviços de saúde e do cuidado com o paciente, vale considerar que a implementação do tratamento supervisionado como ferramenta para o controle da TB, mesmo sendo considerada uma ação pontual, desponta como parte do processo de descentralização das ações de controle da doença, sendo os TE colocados num contexto singular enquanto profissionais exclusivos para monitorar o tratamento supervisionado, o que leva a reflexão sobre práticas e possibilidades de construção em saúde que visam à reorganização do sistema.

Através do estudo foi possível compreender que o PCT em Duque de Caxias se construiu ao longo das décadas através da descentralização de suas ações pautadas no atendimento ao paciente, tendo no controle e do tratamento algo dinâmico, que transcende aspectos individuais.

Em linhas gerais o trabalho desenvolvido pelo TE nas ações de controle da TB em Duque de Caxias não se caracteriza exclusivamente na responsabilidade de acompanhar o

TDO, uma vez que exige dele ter, não somente, habilidades, capacidades, conhecimentos técnicos, mas também gerenciais, de relacionamento e visão de mundo integral e dinâmica, refletindo em suas ações, como possibilidade de promover o vínculo e a participação da sociedade e, pressupostos para que o SUS de fato funcione com a qualidade requerida.

Através do processo investigativo foi possível observar os diferentes olhares do TE, concernentes à discussão sobre a TB na comunidade, a troca de experiências através dos pacientes que realizam TDO, a capacitação enquanto formação, os vínculos, possíveis arranjos no processo de trabalho assim como a questão da oferta dos serviços de saúde no acesso e na equidade da atenção aos doentes com TB.

O cenário apresentado nesta pesquisa pontuam o perfil e trabalho dos TE com ações norteadas não só por práticas clínicas e epidemiológicas, mas por práticas que culminam em mudanças organizacionais nos processos de trabalho. Porém, compreende-se que deve ser garantido aportes que viabilizem atenção e qualidade equânimes através da participação da sociedade, configurando dessa forma, o papel de mobilizador social deste grupo de trabalhadores.

Em Duque de Caxias, o trabalho do TE no PCT é visto pela equipe de trabalho como fundamental no reordenamento do cuidado na rede, na alteração das atribuições, nas práticas profissionais e na criação de relações entre os serviços e a população. A análise dos diferentes pontos de vistas da Coordenação do Programa e da equipe técnica onde este profissional insere-se também constitui como importante parâmetro, considerando a relação direta e imediata desenvolvida em equipe onde o trabalho é organizado e dinamizado.

Para garantir um cuidado longitudinal, é importante o fortalecimento do vínculo e uma rede de atenção integrada e corresponsável capazes de aguçar o diálogo, a troca de saberes, o aprendizado mútuo e a participação de todos no controle da doença.

Desse modo, o desafio que impõe o enfrentamento da TB, tanto do âmbito político quanto no assistencial, caracteriza-se nas práticas de trabalho e em novas possibilidades de construção em saúde considerando a relevância do contexto do usuário para o sucesso do tratamento e provendo recursos que facilitem esse processo. Nesse sentido, os profissionais apontam em alguns momentos da pesquisa as dificuldades encontradas nos pacientes em tratamento que impedem a adesão e necessidade de demandas como estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima e qualificação profissional direcionada.

As capacitações, enquanto modelos formativos, mostraram-se nesse estudo como uma importante questão, uma vez que consistem em treinamentos com ausência de uma formação

sólida, técnica e continuada para esses trabalhadores. A apreensão do conhecimento está ligada à aplicação técnica sem um questionamento do seu lugar enquanto ator importante na reorientação de práticas e do próprio processo de trabalho, o que leva ao enfraquecimento do papel de agente mobilizador deste trabalhador. Entretanto, vale ressaltar que no trabalho realizado pelos profissionais, existe um compromisso com a integralidade do cuidado em saúde, que vem apresentando resultados positivos sobre a saúde da população adscrita e necessidade de mecanismos que privilegiem a acessibilidade e integralidade da atenção.

Embora os TE tenham apontado a importância das capacitações enquanto processo formativo, compreendeu-se que os modelos vigentes de qualificação carecem de compreensão reflexiva das contradições existentes da realidade social. Isto, em parte se deve, pelos treinamentos a que são submetidos, em torno das práticas no modelo biomédico ou das doenças.

Na concepção dos TE, os treinamentos são atividades de educação em saúde que ocorrem no trabalho. Relataram participação e interesse em cursos que contemplem as necessidades apresentadas no seu exercício profissional. Assim, os trabalhadores demonstraram interesse pela profissão e pelo aprimoramento, para melhor execução do seu serviço.

Os caminhos percorridos pela pesquisa através do trabalho do TE possibilitaram atingir o objetivo proposto. Assim, foi possível reunir elementos para a compreensão da inserção e trabalho desses profissionais e os resultados obtidos indicam que houve acerto nessa investida: a melhora dos resultados para o tratamento da TB; entretanto, mais que colaboradores, torna-se imprescindível para a formação do TE construir um equilíbrio entre a técnica e a realidade para que se possa produzir um novo olhar para que sua atuação possa se concretizar de forma mais objetiva.

Assim, concluímos este estudo reconhecendo a relevância desta pesquisa oportunizando a importância dos TE na realização e dinamização do seu trabalho, reconhecendo por meio da inserção e do perfil destes profissionais, os elementos que apontam para uma reflexão sobre a organização dos processos de trabalho, em suas estruturas e na forma como a categoria analisada atua e mostra-se diferenciada.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE PC, SOTZ EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. in: **Interface Comun Saúde Educ.** 2004; 8: 259-74.
- ALMEIDA, Maria Cecília P. de; ROCHA, Semiramis M.M. (Org.). Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. in: **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em Pesquisa e Avaliação Educacional.** Brasília: Liber Livro Editora, Série Pesquisa, vol. 13, 68 p., 2005.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, e **Fundação João Pinheiro (FJP)**. Acesso em 18/12/2016.
- BARBOSA, Thiago Luís de Andrade et al. Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho. in: **Texto contexto - enferm.,** Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 45-51, 2011.
- BARDIN, Laurence. (2006). **Análise de conteúdo.** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Qualificação e identidade profissional dos trabalhadores técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos. in Morosini, MVGC (orgs). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.** Rio de Janeiro: EPSJV - Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
- BEZERRA, WKT et al. A assistência de enfermagem no tratamento dos portadores de tuberculose no município de Patos - PB. in: **INTESA** v. 8, n.1, jan-dez, Pombal – PB, 2014.p. 79.
- BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: Ética do humano, Compaixão pela Terra.** Petrópolis, R.J, Vozes, 1999.
- BOIÇA, W. A. L. **Diagnóstico sócio ambiental do município de Duque de Caxias.** Apostila confeccionada em parceria com a Secretaria Municipal do Meio ambiente, Petrobrás e Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro, set. 2008.
- BRASIL. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007.** Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília; 2007a.
- _____. **Resolução n. 159, de 19 de abril de 1993.** Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília; 1993.
- _____. **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do

processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2009.

_____. **Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 1987.

_____. **Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.** Lei nº 7.498, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília; 1986.

_____. **Lei do Sistema Único de Saúde (SUS).** Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.> Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. Ministério da Educação. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília; 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.** Brasília, 2004a.

_____. Departamento Nacional de Auditor. DANAUS. **Manual de Auditoria na Gestão dos Recursos Financeiros do SUS;** 2004b.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011a.

_____. **Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília; 22 fev 2008.p.37-41.

_____. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Cadernos de atenção básica/Ministério da Saúde,** Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2010a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica.** 6. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 46, nº 09, 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF, v. 47, nº 13, 2016.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas** – 2 Ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

CAMAZ, Fernando Ribeiro. Duque de Caxias-Rio de Janeiro: contradições entre crescimento econômico e desenvolvimento social. in: **Espaço e Economia. Revista Brasileira de Geografia Econômica**. Ano IV, número 7, 2015.

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

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. in: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005.

CHINELLI, Filipina; VIEIRA, Mônica ; DELUIZ, Neise. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em Saúde. In: MOROSINI et alli (org.). in: **Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 15-39.

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN-GO). **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás**. Goiânia/GO, 2010, 223p. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/pdf/Protocolo%20de%20Enfermagem%20COREN-GO.pdf>. Acessado em 17 de dezembro de 2016.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). **Principais legislações para o exercício da Enfermagem**. São Paulo/SP: 2015. 183 p. Disponível em http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/principais_legislacoes_web.pdf

DELLAGNELO, E. H. L.; SILVA, R. C. Análise de conteúdo e sua aplicação em pesquisa na administração. in M. M. F. Vieira & D. M. Zovain (Orgs.), **Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática**. São Paulo: FGV, 2005. p. 97-118.

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa polêmica do nosso tempo**. Campinas: Editora Autores Associados, 1995.

DICIONÁRIO HOUAISS. CAPACITAR. Disponível em: <https://houaiss.uol.com.br/Capacita>. Acesso em: 21 Mar. 2017.

_____. TREINAR. Disponível em: <https://houaiss.uol.com.br/treinar>. Acesso em: 21 Mar. 2017.

DUQUE DE CAXIAS - RJ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Lídia Zimbarði (Coord). **Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013**. Duque de Caxias - RJ, 2010. 92 p.

_____. Fátima Abdalah Saieg (Coord). **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Duque de Caxias - RJ, 2014. 164 p.

_____. **Informe Epidemiológico n. 1**. Duque de Caxias - RJ, 2015. Impresso.

_____. Departamento de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Duque de Caxias, RJ, 2017. Dados emitidos em 15/02/2017.

_____. **Organograma**. Disponível em: www.duquedecaxias.rj.gov.br. Acesso em 14 de novembro de 2016b.

_____. **Distribuição das equipes de Saúde da Família**. Disponível em: www.duquedecaxias.rj.gov.br. Acesso em: 17 de março. 2017.

FAÇANHA CM et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. in: **J. Bras. Pneumol**. Mai 2009; 35(5): 449-54.

FLICK, Uwe. (2009). **Introdução à pesquisa qualitativa** (3 ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995).

FONSECA, Angélica Ferreira et al. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. in: **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 525-552, dez. 2013.

FRACOLLI, LA & GRANJA GF. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. in: **Rev Esc Enferm USP** 2005; 39 (esp): p. 597-602.

FRANCISCO, Dolores Santos. **Gestão do trabalho e valorização profissional: a questão da sobrequalificação para o trabalhador técnico do SUS**. Rio de Janeiro, 2015. 89 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

FRANCO, T. B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. in: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abril. 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). in: **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005. p. 181- 194.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? in: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p.21-23, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GONDIM, G. M. de M. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes? Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. in: **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. . 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.392-399.

HAMBLIN, A. C. **Avaliação e controle do treinamento**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978.

HINO, Paula et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. in: **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 45(Esp. 2): 2011a. p. 1656-1660.

_____. O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde. in: **Esc. Ana Nery**, V. 15, Rio de Janeiro, n. 2, abr - jun. 2011b. p. 417- 421.

IBGE, 2010. Censo Demográfico de 2010. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Dados referentes ao município de Duque de Caxias, fornecidos em meio eletrônico. Disponível em

<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=33&dados=29>

_____. Produto Interno Bruto dos Municípios 2010-2013. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Dados referentes ao município de Duque de Caxias, fornecidos em meio eletrônico. Disponível em

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2010_2013/default_xls.sht

KUENZER, Acácia. Da dualidade assumida à dualidade negada: o discurso da flexibilização justifica a inclusão excludente. in: **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, out. 2007. p. 1153-1178.

LIMA, Flávia. Os Contornos da enfermagem brasileira. in: **Revista RET-SUS**, Ano IX - nº 74 – setembro/outubro 2015. EPSJV-FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2015, p.4-7.

LIMA, Júlio César França. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação, 2010.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. in: **Cad. Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, Junho 2005.

LOURENÇO, Gilmar Mendes; ROMERO, Mario. Indicadores Econômicos. in: **Economia Empresarial**. Coleção Gestão Empresarial, Gazeta do Povo, Curitiba, 2002, p. 27-41.

MACHADO, Lucília R.S. Qualificação do trabalho e relações sociais. in: Fidalgo, F.S. (org.). **Gestão do trabalho e formação do trabalhador**. Belo Horizonte, Movimento de Cultura Marxista, 1996.

MACIEL, M. S.; MENDES, P. D. GOMES, A. P. et al. A história da tuberculose: os muitos tons (de cinza) da miséria. in: **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v.10, n.3, p. 226-230, mai./jun. 2012.

MARX, K. **O Capital**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MEDINA, N. V. J. e TAKAHASHI, R. T. A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. in: **Revista Escola de Enfermagem**. USP, 2003.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. LIMA, Julio Cesar França; PEREIRA, Isabel Brasil. (Orgs.). in: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p 427-432.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. in: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005.

MONTEIRO, M. A. G. S.; PREVITALI, F. S. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. in: **Labor**, n. 5, v. 1, Fortaleza, 2011, p. 141-163.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. **As Pestes do Século XX: Tuberculose e Aids no Brasil – Uma história comparada**, Rio de Janeiro Editora Fiocruz, 2005.

NEVES, L. R. L. **Perfil assistencial do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família no município de Duque de Caxias – Rio de Janeiro. 2011**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011. 95 f.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. in: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, Set. 1987, p. 332-342.

OFFE, Claus. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. p. 131-135.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (Opas). **A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS). Washington, D.C: Opas, 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS). Washington, D.C: Opas, 2005.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. in: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. in: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 262-269, jul./set. 1992.

PEDUZZI, M. Trabalho e equipe. LIMA, Julio Cesar França; PEREIRA, Isabel Brasil. (Orgs.). in: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2010, p. 271-276

PEDUZZI, M; ANSELMINI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. in: **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, jul./ago 2002. p. 392-398.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em Saúde. In: LIMA, Julio Cesar França; PEREIRA, Isabel Brasil. (Orgs.). in: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p. 320-328.

PEREIRA, Isabel Brasil. Histórico da Educação Profissional em Saúde. In: **O processo histórico do trabalho em saúde**. (Orgs) FONSECA, AF; STAUFFER, AB. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 155-187.

PIO, J.E. Tuberculose e biossegurança. in: **Pulmão**, Rio de Janeiro. 2012; 21(1): 65-7.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicações para o trabalho em saúde. in: **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, Abril/Junho 2000, p. 251-263.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Contas. 2007. **Estudo Sócioeconômico de Duque de Caxias; Nova Iguaçu e Niterói – 2004 e 2006**. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?id=1&idnoticia=354&t=pib-municipios-revela-concentracao-desigualdades-geracao-renda&view=noticia>. Acesso em 28 de janeiro de 2017.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Assessoria de Informação Epidemiológica e Ambiental**. Sinan – Base de dados do município de Duque de Caxias – RJ. Rio de Janeiro, 2016. Consulta em 13 de outubro de 2016b.

_____. Gerência de Pneumologia Sanitária. **Boletim Tuberculose 2014**. Rio de Janeiro - RJ, 2014. 28 p. Disponível em <http://riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=wXJ%2BKouHyII%3D>.

_____. **Taxa de Incidência dos Casos Novos de Tuberculose por Regional de Residência no Estado do Rio de Janeiro no período de 2013 a 2015**. Sinan - RJ, 2016a. Dados emitidos em 06 de Julho de 2016a.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. in: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, Dec. 2000.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. in: **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1. 2002, p. 51-58

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: REDE-TB, 2000. 210 p.

SÁ LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. [Intersectorality and bonding in tuberculosis control]. in: **Rev. Latinoam. Enferm**, 2011.

SALOMÃO, B; SANTOS, J. Conceitos atuais de um antigo campo da Saúde Pública. in: **Revista RET- SUS**, ano VI nº 53 – maio 2012. EPSJV-FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2012, p.12-17

SANTOS, Joseney. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. in: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 89-93, Set. 2007.

SCATENA, Lucia Marina et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. in: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 7, 2015.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e Vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. in: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dec. 2004.

SILVA JPV, LIMA JC. Sistema Único de Saúde: Reafirmando seus Princípios e Diretrizes para Fazer Avançar a Reforma Sanitária Brasileira. in: **Textos de apoio em políticas de saúde**. EPSJV. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 43-75.

SIQUEIRA, HR et al. O essencial na orientação do paciente com tuberculose. in: **Pulmão 17(1)**. Rio de Janeiro. 2008.42-45.

SOUZA, Wanderley de. (Coord.) **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

THORN, P. **La tuberculosis: información y consejos para vencer la enfermedad. StopTB Partnership**. 2008. Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/>

TOUSO, Michelle Mosna et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. in: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4577-4586, Nov. 2014.

TREZZA, Maria Cristina A. Figueiredo; SANTOS, Regina Maria dos; LEITE, Joséte Luzia. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. in: **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 904-908, dez. 2008.

VIANA, A. L. D'Ávila; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. in: **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, mar. 2003. Acesso em: 12 jan. 2016.

WHO (World Health Organization). **Nursing practice around the world**. Geneva, 1997.

_____. **Primary Health Care: Now More Than Ever**. Geneva: WHO, 2008.

_____. **Global tuberculosis report 2015**. Geneva: 2015. 192p.

_____. **Global Tuberculosis Report 2016**. Geneva: Health Organization, 2016. 211 p.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 3.ed. São Paulo: Bookman, 2005.

ZANEI, S. S. V. **Mobilidade ocupacional: as representações deste processo na enfermagem.** (Dissertação) São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1998.

APÊNDICE A – ELEMENTOS E OBJETIVOS DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (DOTS)

Elementos da Estratégia DOTS (Brasil, 2011a)

1. O compromisso político com a implementação e sustentabilidade do programa de controle da tuberculose;
2. Detecção de casos, por meio de baciloscopia de escarro, entre sintomáticos respiratórios da demanda dos serviços gerais de saúde;
3. Tratamento padronizado de curta duração diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução;
4. Provisão regular de medicamentos tuberculostáticos; e
5. Sistema de informação que permita avaliar a detecção de casos, o resultado do tratamento de casos individuais e o desempenho do programa.

Objetivos do tratamento diretamente observado (Brasil, 2011a)

1. Melhorar a atenção ao doente por meio do acolhimento humanizado;
2. Possibilitar a adesão, garantindo a cura;
3. Reduzir a taxa de abandono;
4. Interromper a cadeia de transmissão da doença;
5. Diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes;
6. Reduzir a mortalidade;
7. Reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de doença consuptiva, transmissível e de alto custo social;
8. Realizar uma educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada voltada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA REALIZADA

CATEGORIAS	O QUE EU QUERO SABER/ POR QUE É IMPORTANTE	QUESTÕES
Perfil	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o perfil dos profissionais (formação e desempenho) estruturados no PCT/TDO para identificar possíveis padrões. (referência: regulação, regulamentação) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual sua formação? (Se graduado, possui alguma pós-graduação?) Quanto tempo tem de formação? 2. Qual o seu vínculo institucional? 3. Há quanto tempo atua no setor saúde em Duque de Caxias e na Coordenação do PCT? (C) 4. Trabalha ou já trabalhou em outro Programa de Saúde? (C) (E) (T) 5. Como se deu sua inserção no PCT? (C) (E) (T) 6. Em Duque de Caxias, trabalha apenas nesta Unidade de Saúde? (E) (T) 7. Há quanto tempo ocupa esta função no PCT? Você já havia trabalhado anteriormente na estratégia DOTS, ou no PCT? (E) (T)
Organização do processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de trabalho (críticas, apontamentos e perspectivas); • Como está organizado o trabalho, como é a divisão técnica; • Como se deu a conformação dos TE na estratégia DOTS; • Como são construídas a gerência da força de trabalho (controle) e as relações profissionais: hierarquia (relação de poder), métodos de trabalho, cotidiano de trabalho e avaliação; • As condições de trabalho a partir da abordagem dos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais são as atividades de monitoramento e avaliação realizadas pelo PCT em Dq de Caxias? (C) 2. Estas atividades estão preconizadas em algum protocolo? Se sim, esse protocolo foi elaborado por qual esfera de governo? (C) 3. Como está organizado o grupo de trabalhadores que integra o PCT nesta unidade de saúde? (E) 4. Quais são suas atribuições específicas no controle da TB? (E) (T) 5. Na sua avaliação qual a particularidade do trabalho do TE configurado nas práticas do cotidiano do PCT? (E)

	<p>profissionais</p> <p>(referência para discussão dos achados: Programa de TB, cargo/função, Legislação, Protocolos, notas técnicas e outros.)</p> <p>Categorias: trabalho, processo de trabalho, trabalho em equipe, trabalho em saúde, trabalho em enfermagem (LIMA, Júlio César França), processo de trabalho em saúde (Peduzzi; Merhy e outros.).</p>	<p>6. Têm outras atividades dentro do PCT além das executadas na estratégia DOTS? Se sim, quais? (T)</p> <p>7. Existe alguma forma de contato ou troca entre você e os outros TE de outras US em Duque de Caxias que trabalham na estratégia DOTS? Se sim, como acontecem? (T)</p> <p>8. Quais as limitações e dificuldades são encontradas em sua rotina de trabalho? (T)</p> <p>9. Gostaria de fazer algum comentário ou abordar alguma outra questão relacionada ao seu processo de trabalho? (T)</p>
<p>Integração de serviços de saúde da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de descentralização e reorganização dos serviços e das práticas de saúde no nível local; • Clarificar a incorporação das ações do PCT aos Serviços de Atenção Básica; • Questão: O TE tem ação efetiva no contexto em que o paciente está inserido e no espaço em que este vive? Este profissional se vê como objeto de intervenção? <p>(Referência: Programa TB, diretrizes da AB na Política e na literatura)</p>	<p>1. No PCT de Duque de Caxias, existem ações específicas ou alguma parceria entre o Departamento de Vigilância da Saúde e a Atenção Básica? Se sim, quais? (C)</p> <p>2. Essas ações estão pautadas em documentos elaborados pela própria coordenação? Quais? (C)</p> <p>3. Por quais motivos as ações de controle da TB têm maior concentração nas unidades Pré-hospitalares e não nas unidades da ESF? (C)</p> <p>4. Como surgiu a iniciativa de incorporar o Técnico de Enfermagem (TE) para a estratégia DOTS? Qual foi a motivação? (C)</p> <p>5. Por que o Tratamento Supervisionado não atinge a todos os pacientes que iniciam Tratamento Supervisionado no PCT? (C)</p> <p>6. A partir do trabalho que você desenvolve diretamente e diariamente com o paciente, como você percebe a adesão destes</p>

		pacientes ao tratamento? (T)
Qualificação profissional do TE	<ul style="list-style-type: none"> • Visão dos profissionais analisados a partir da importância das qualificações e treinamentos; • Questão: Qualificação nas ações voltadas para a formação do profissional e/ou para o controle da tuberculose? • Os treinamentos em serviço: como se dão e se efetivamente garantem a formação e a capacitação continuada para o profissional em análise. Em outro sentido, se contemplam às necessidades desse mesmo profissional sob sua perspectiva; • Como se dá o processo de troca de saberes nos processos de qualificação dos trabalhadores. <p>Categorias e referências: qualificação (EPSJV), Treinamento e capacitação (MS), Educação continuada.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais ações foram programadas para a capacitação/atualização do TE pela gestão municipal realizadas no último ano? (C) 2. Todas essas ações programadas foram realizadas? (C) 3. As atividades de formação para o TE para o controle da TB partem de algum protocolo nacional, estadual ou municipal? (C) 4. De que forma ocorrem os treinamentos/qualificações para a os TE que atuam na estratégia DOTS? (E) 5. Acredita que os mecanismos (estratégias) adotados atualmente para a qualificação dos TE na estratégia DOTS são suficientes? (E) 6. Pensa na possibilidade de alguma outra estratégia para a qualificação deste profissional? (E) 7. Quantas capacitações você teve no último ano? E se você teve, estas foram suficientes para a prática dos seus serviços? (T) 8. Acredita que as capacitações realizadas contribuem para o melhor desenvolvimento de seu trabalho? Se sim, de que forma? Se não, por quê? (T) 9. Existem questões ou temas que você gostaria que fossem abordados ou aprofundados nas capacitações? Se sim, quais? (T)
Formulação, monitoramento e avaliação dos resultados do trabalho (retorno para o TE)	<ul style="list-style-type: none"> • A percepção do profissional: enxergam-se como agentes mediadores do processo de reabilitação? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como avalia a inserção dos TE no TDO? (C) (E) 2. A partir da Coordenação do PCT, foi elaborada alguma análise comparativa entre o antes e o depois da inserção dos TE na

	<ul style="list-style-type: none"> • Como se constituiu a identidade profissional dos TE; <p>(Análise dos diferentes pontos de vista: Coordenação, que programa as ações e orienta a prática de saúde; e da Enfermagem, que em equipe, organiza e dinamiza o trabalho)</p> <p>(Referências: MS)</p>	<p>estratégia DOTS? Se sim, quais? (C) (E)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Utiliza algum indicador de controle da TB que avalia a implantação do TDO? (C) 4. De que forma a Coordenação do Programa discute os dados epidemiológicos da TB com a equipe? (E) 5. De que forma a equipe de trabalho do PCT local discute os dados epidemiológicos da localidade? (T)
--	--	---

(C) Coordenador (E) Enfermeiro (T) Técnico de Enfermagem

APÊNDICE C - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE CONFORME TIPO DE ATENDIMENTO E ÁREA DISTRITAL NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS/RJ

Distrito	Unidade de Saúde		Atendimento	
	Tipo	Descrição	Ambulatório	Emergência
1º DUQUE DE CAXIAS	Clínica Especializada	CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Leslie Sanford Chavim	Sim	Não
	Clínica Especializada	CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Renato Russo.	Sim	Não
	Clínica Especializada	CAPSIJ - Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil	Sim	Não
	Clínica Especializada	CEAPD - Centro de Atenção ao Portador de Deficiências	Sim	Não
	Clínica Especializada	CEATA - Centro de Atenção Total ao Adolescente	Sim	Não
	Posto de Saúde	Centro Odontológico Professor José de Souza Herdy	Sim	Não
	Clínica Especializada	CEO – Centro de Especialidades Odontológicas I	Sim	Não
	Clínica Especializada	CEO – Centro de Especialidades Odontológicas Prainha	Sim	Sim
	Centro de Saúde	Centro Municipal de Saúde Duque de Caxias	Sim	Não
	Hospital Especializado	Hosp Infantil Ismélia Silveira	Sim	24h
	Hospital Geral	Hospital Municipal Dr. Moacir Rodrigues do Carmo	Não	24h
	Clínica Especializada	Policlínica Hospital Duque de Caxias	Sim	Não
	Unidade Básica	UBS Alaíde Cunha	Sim	Não
	Unidade Básica	UBS Dr. José de Freitas	Sim	Não
	Unidade Básica	UBS Edna Salles	Sim	Não
	Unidade Básica	UBS Sarapuí	Sim	Não
	Hospital Geral	UPA Parque Beira Mar	Não	24h
	Hospital Geral	UPA Duque de Caxias	Não	24h
Hospital Geral	UPA Sarapui	Não	24h	
Hospital Geral	UPA Infantil Walter Garcia	Não	24h	
2º CAMPOS ELÍSEOS	Clínica Especializada	CEO - Centro de Especialização Odontologia Imbariê	Sim	Não
	Hospital Geral	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Não	24h
	Unidade Básica	Antônio Granja	Sim	Não
	Unidade Básica	José Camilo dos Santos	Sim	Não
	Pronto Socorro Geral	UPH Campos Elíseos	Sim	12h
	Pronto Socorro Geral	UPH Pilar	Sim	24h
	Pronto Socorro Geral	UPH Saracuruna	Sim	24h
3º IMBARRI É	Clínica Especializada	CAPS - Centro de Atenção Psicossocial – Imbariê	Sim	Não
	Clínica Especializada	Residência Terapêutica - Desospitalização de pacientes psiquiátricos	Sim	Não
	Pronto Socorro Geral	UPH Imbariê	Sim	12h
	Pronto Socorro Geral	UPH Parque Equitativa	Sim	12h
4º XERÉM	Hospital Especializado	Hosp. Municipal de Xerém	Sim	Não
	Unidade Básica	UBS Barão do Amapá	Sim	Não
	Pronto Socorro Geral	UPH Xerém	Sim	24h

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, RJ.

**APÊNDICE D - ESTABELECIMENTOS DA ESF EM DUQUE DE CAXIAS E EQUIPES
CONFORME DISTRITO**

Unidades de Saúde	Equipes
PRIMEIRO DISTRITO	
Unidade Básica de Saúde Alayde Cunha	ESF SB Vila Leopoldina I ESF Vila Leopoldina II ESF Vila Leopoldina III ESF SB Copacabana
Unidade de Saúde da Família Trevo das Missões	ESF Trevo das Missões I EACS Trevo das Missões II ESF Transitória Trevo das Missões III
Unidade de Saúde da Família Carlos Roberto Zagari Koeler	ESF SB Carlos Roberto Zagari Koeler ESF Carlos Roberto Zagari Koeler II
Unidade de Saúde da Família Jardim Gramacho	EACS SB Jd. Gramacho I ESF Jd. Gramacho II ESF Jd. Gramacho III ESF Jd. Gramacho V
Unidade de Saúde da Família Jardim Gramacho IV	ESF Jd. Gramacho IV
Unidade de Saúde da Família Otacílio da Silva	ESF SB Otacílio da Silva I EACS Otacílio da Silva II
Unidade de Saúde da Família Gramacho	ESF SB Gramacho I ESF Gramacho II ESF Gramacho III
Unidade Básica de Saúde Sarapuí	ESF SB Sarapuí I ESF Sarapuí II
Unidade de Saúde da Família Mangueirinha	ESF SB Mangueirinha I
Unidade de Saúde da Família Vila São Luís	ESF SB Vila São Luís
Unidade de Saúde da Família Sebastião de Souza Alves	ESF Parque Beira Mar I ESF Parque Beira Mar II
Unidade de Saúde da Família Dois Irmãos	ESF SB Dois Irmãos
Unidade de Saúde da Família Manoel Barcelos	ESF TIPO IV Parque Felicidade I ESF SB Parque Felicidade II NASF Parque Felicidade
Unidade de Saúde da Família Maria Dalva Pereira Gomes	ESF SB Maria Dalva Pereira Gomes I ESF Maria Dalva Pereira Gomes II
SEGUNDO DISTRITO	
Unidade de Saúde da Família Cidade dos Meninos	ESF SB Cidade dos Meninos
Unidade de Saúde da Família Pilar	ESF SB Pilar I EACS Pilar II
Unidade de Saúde da Família Pilar III, IV E V	ESF SB Pilar III ESF Pilar IV ESF Pilar V
Unidade de Saúde da Família Parque Comercial	ESF TIPO IV SB Parque Comercial
Unidade Básica de Saúde José Camilo dos Santos	EACS Parque Chuno
Unidade de Saúde da Família Vila Maria Helena	EACS SB Vila Maria Helena ESF Codora I ESF Codora II ESF Codora III
Unidade de Saúde da Família Parque Esperança	ESF SB Parque Esperança I ESFSB Parque Esperança

	ESF Parque Esperança III NASF Parque Esperança
Unidade de Saúde da Família São Bento	ESF SB São Bento I ESF São Bento II
Unidade de Saúde da Família Nelson Chaves de Araújo	ESF SB Nelson Chaves de Araújo
TERCEIRO DISTRITO	
Unidade de Saúde da Família Vila Urussaí	ESF SB Vila Urussaí
Unidade de Saúde da Família Parque Eldorado	ESF Parque Eldorado I ESF SB Parque Eldorado II ESF Parque Eldorado III
Unidade de Saúde da Família Santa Lúcia	ESF Santa Lúcia I EACS SB Santa Lúcia II
Unidade de Saúde da Família Imbariê	ESF SB Imbariê
Unidade de Saúde da Família Cristóvão Colombo	ESF Cristóvão Colombo
Unidade de Saúde da Família Parada Angélica	ESFSB Parada Angélica I ESF Parada Angélica II ESF Parada Angélica III
Unidade de Saúde da Família Taquara	ESF SB Taquara I ESF Taquara II
Unidade de Saúde da Família Nova Campina	ESF Nova Campina I ESF Nova Campina II ESF SB Nova Campina III ESF Nova Campina IV
Unidade de Saúde da Família Jardim Anhangá	ESF SB Jardim Anhangá I ESF SB Jardim Anhangá II ESF Jardim Anhangá III EACS Jardim Anhangá IV NASF Jardim Anhangá
Unidade de Saúde da Família Barro Branco	EACS Barro Branco
Unidade de Saúde da Família Parque Paulista	ESFSB Parque Paulista I ESF Parque Paulista II
Unidade de Saúde da Família Parada Morabi	ESF SB Parada Morabi I ESF Parada Morabi II
QUARTO DISTRITO	
Unidade de Saúde da Família Santa Rosa	ESFSB Santa Rosa
Unidade de Saúde da Família Jardim Olimpo	ESFSB Jardim Olimpo
Unidade de Saúde da Família Santo Antônio da Serra	ESFSB Santo Antônio da Serra

ANEXO A - INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS/RJ IMPRESSO - FRENTE

Informe Epidemiológico



SECRETARIA DE SAÚDE

A Tuberculose

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A forma mais frequente é a tuberculose pulmonar, mas o bacilo pode atingir outros órgãos como a pleura, pericárdio, articulações, gânglios, intestino, rins e Sistema Nervoso dentre outros. Deve-se suspeitar da doença quando há tosse por mais de três semanas, febre ao entardecer, suores noturnos, falta de apetite, emagrecimento. Outros sintomas também podem surgir como dispneia, dor torácica, hemoptoicos e/ou hemoptise, cefaleia, astenia entre outros sintomas. A transmissão ocorre por via aérea através da tosse, espirro ou da fala. Após 15 dias de medicação o paciente deixa de transmitir a doença. O diagnóstico é clínico e através da baciloscopia (escarro). A complementação é feita pela radiografia de Tórax. Há outros exames que também poderão ser solicitados dependendo do caso. O tratamento é por seis meses e tem cura. É realizado nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades Pré-Hospitalares, Estratégia da Saúde da Família e no Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

A Tuberculose em Duque de Caxias

O 1º Informe Epidemiológico tem por objetivo atualizar os dados referentes à situação da tuberculose (TB) no município de Duque de Caxias. Nesta edição do Boletim analisaremos os casos notificados de tuberculose através de informações obtidas da análise do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) municipal e, portanto, têm como fonte a ficha de notificação/investigação de tuberculose enviada mensalmente pelas unidades de saúde à gerência do Programa de Controle de Tuberculose (PCT).

No município de Duque de Caxias o atendimento do paciente com tuberculose é realizado nas 6 Unidades Pré-Hospitalares, no Centro Municipal de Saúde e pelas setenta e quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família. Todas as unidades onde o programa está implantado realizam busca e identificação de sintomáticos respiratórios. As baciloscopias são realizadas no laboratório central do município localizado no Centro Municipal de Saúde, com liberação dos resultados entre 24 e 48 horas e um sistema de recolhimento das amostras de escarro três vezes por semana nas unidades de Saúde. A Radiografia de Tórax está disponível nas Unidades pré-hospitalares e outras unidades conveniadas. O Programa de DST/AIDS cede o teste rápido de HIV para 100% dos pacientes com Tuberculose para garantir aos pacientes o acesso precoce ao diagnóstico da co-infecção, que deve ocorrer no seu primeiro atendimento.

O tratamento é realizado por medicamentos tuberculostáticos e atualmente é preconizado o tratamento diretamente observado (TDO) que constitui em uma mudança na forma de administrar os medicamentos, porém sem mudar o esquema. No caso o profissional passa a observar diariamente ou pelo menos três vezes por semana a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a cura. Para facilitar a adesão do paciente ao TDO é ofertado aos pacientes um lanche na hora da tomada da medicação. Outro incentivo para que o paciente não abandone o tratamento é a cesta básica que é oferecida mensalmente e o vale social (passagem de ônibus).

Os casos de Pacientes com Tuberculose Multidrogarresistente são referenciados para o Centro de Referência Hélio Fraga

Os Núcleos de Vigilância Hospitalar do Município promovem captações de Sintomáticos Respiratórios e a realização de testagem rápida do Anti-HIV. Há participação também de uma ONG - Instituto Vila Rosário que acompanha ações direcionadas aos pacientes de tuberculose no bairro Vila Rosário

O PCT do Município de Duque de Caxias realiza atividades destinadas ao monitoramento e avaliação de forma direta ou indireta, com a supervisão das unidades e Campanhas de captação de Sintomáticos Respiratórios que são realizadas semanalmente em todas as Unidades da Estratégia da Saúde da Família, Unidades Pré-Hospitalares e Unidade Básico de Saúde (Antonio Granja), além da utilização de equipes da Força Tarefa na busca dos pacientes que abandonam o tratamento, entre outras atividades

Vide Gráficos no Verso

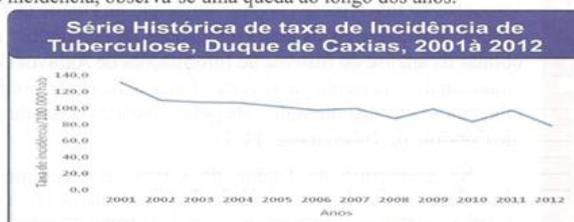
ANEXO A - INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS/RJ IMPRESSO - VERSO

Informe Epidemiológico

No Município de Duque de Caxias a Taxa de Incidência apresenta-se em queda ao longo dos anos 2000 (Gráfico I), mas ainda estamos distante das taxas de incidência de tuberculose no Brasil, que se encontram em torno de 36/100 mil habitantes em 2012, segundo o boletim epidemiológico (Brasil-MS 2013). O município está entre os cinco municípios do estado do Rio de Janeiro com incidência muito alta, em torno de 81/100 mil habitantes

A série Histórica de incidência, observa-se uma queda ao longo dos anos.

Gráfico I



Fonte: SINAN

O Centro Municipal de Saúde é a unidade de Saúde que se concentra o atendimento dos casos de Tuberculose em Duque de Caxias (Gráfico II), embora já se observe uma diminuição no número de atendimento devido a descentralização do programa para todo município.

Gráfico II



Fonte: SINAN

A convergência das epidemias de tuberculose e HIV é um dos maiores desafios para a saúde pública no mundo. Estimou-se que, no ano 2000, 11% de todos os adultos com tuberculose também estavam infectados pelo HIV ou tinham AIDS (FRIEDEN, 2003). Em Duque de Caxias os casos de tuberculose com sorologia anti HIV positiva apresenta-se em torno de 10%.

Gráfico III



Fonte: SINAN

Bibliografia

Ministério da Saúde: Boletim Epidemiológico - Secretaria de Vigilância em Saúde Vol 43; Março 2012
 Friedem TR, Sterling TR, MunsiffSS, Watt CJ, Dye C. Tuberculosis.Lancet. 2003;362;(9387):887-99.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)14333-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(03)14333-4)

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA - CEP/EPSJV - COM APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Inserção e trabalho do Técnico de Enfermagem no Tratamento Supervisionado do Programa de Controle da Tuberculose no Município de Duque de Caxias - RJ

Pesquisador: EDVALDO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57793116.4.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.648.581

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_758786.pdf	25/07/2016 15:18:16		Aceito
Outros	termodeanuencia.pdf	25/07/2016	EDVALDO DA SILVA	Aceito

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 1.648.581

Outros	termodeanuencia.pdf	15:17:18	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEdvaldoCEPII.pdf	25/07/2016 15:13:17	EDVALDO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEALTERADO.doc	25/07/2016 15:12:31	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Outros	termoautorizacaobancodedados.jpg	13/07/2016 12:01:31	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOEdvaldo.PDF	13/07/2016 11:35:24	EDVALDO DA SILVA	Aceito
Outros	termocompromissobasedadosEdvaldo.pdf	13/07/2016 10:31:31	EDVALDO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

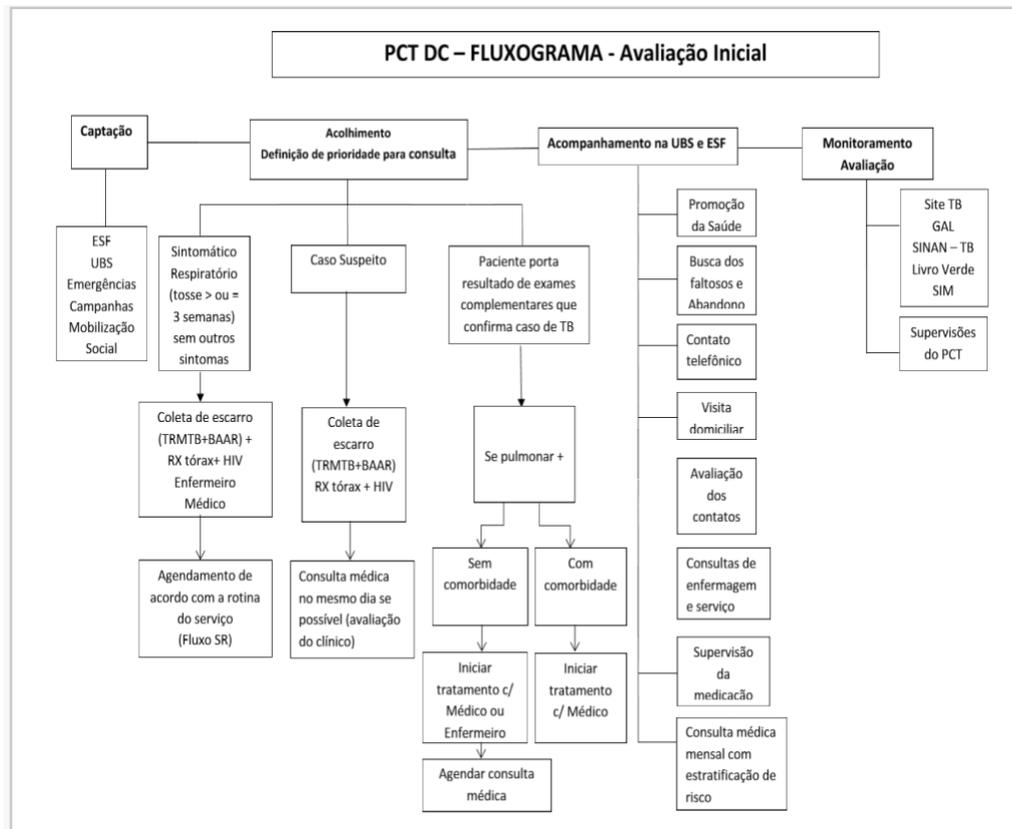
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Julho de 2016

Assinado por:
Daniel Groisman
(Coordenador)

ANEXO C - LINHAS DE CUIDADO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM DUQUE DE CAXIAS/RJ

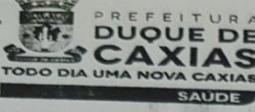


Linha de Cuidado da Tuberculose

Estratégias de Captação

- Busca Ativa de casos nas comunidades: ESF – visita domiciliar do ACS (Identificação do SR);
- Busca Ativa de casos nas UBS: abordagem dos indivíduos que procuram o serviço de saúde espontaneamente por outro motivo que não a tosse;
- Avaliação dos contatos de casos de TB Pulmonar;
- Estabelecimento de fluxo que garanta atendimento para os pacientes encaminhados das Emergências e UPAs;
- Promoção de campanhas educativas que aumentam o conhecimento sobre a doença.

ANEXO D - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROGRAMA DA TUBERCULOSE EM DUQUE DE CAXIAS/RJ - ENFERMEIRO


**PREFEITURA
DUQUE DE
CAXIAS**
 TODO DIA UMA NOVA CAXIAS
SAÚDE

Subsecretaria de Atenção à Saúde
 Departamento de Vigilância em Saúde
 Programa de Controle da Tuberculose

Atribuições dos profissionais de saúde no Programa de Controle da Tuberculose

- **Enfermeiro**
 - Identificar os sintomáticos respiratórios entre os consultantes gerais que demandam à Unidade de Saúde;
 - Solicitar baciloscopia para diagnóstico, ou outros exames normatizados, que se façam necessários;
 - Orientar quanto à coleta de escarro, fornecendo e identificando o pote.
 - Enviar escarro ao Laboratório;
 - Iniciar quimioterapia nos pacientes com baciloscopia positiva;
 - Orientar como usar a medicação, esclarecer mitos;
 - Convocar contatos
 - Solicitar exames de escarro mensal para acompanhar o tratamento dos pulmonares bacilíferos;
 - Convocar o doente faltoso à consulta;
 - Convocar o doente em abandono de tratamento;
 - Transferir o doente da Unidade Básica de Saúde, quando necessário, com a ficha de referência e contra-referência devidamente preenchida;
 - Fazer a prova tuberculínica (PPD), caso tenha capacitação para tal;
 - Preencher corretamente o Livro de Registro do doente na Unidade de Saúde, e fazer análises periódicas de resultado de tratamento, por coortes;
 - Realizar ações educativas junto à clientela da Unidade de Saúde e na comunidade em parceria com o Serviço Social;
 - Agendar consulta extra, quando necessário;
 - Notificar a doença utilizando ficha de notificação/investigação do SINAN;
 - Identificar reações adversas e interações medicamentosas e encaminhar ao médico;
 - Manter fichas de acompanhamento atualizadas;
 - Planejar, juntamente com a equipe de Coordenação Municipal, estratégias de controle da tuberculose na comunidade;

iv

Alameda James Franco n.º 3
 JD Primavera – Duque de Caxias - CEP: 25215285 - Tel. 27736323/27736325

ANEXO E - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROGRAMA DA TUBERCULOSE EM DUQUE DE CAXIAS/RJ – TÉCNICO DE ENFERMAGEM E ASSISTENTE SOCIAL


**PREFEITURA
DUQUE DE
CAXIAS**
 TODO DIA UMA NOVA CAXIAS
SAÚDE

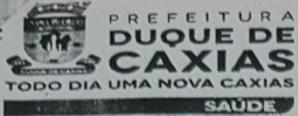
Subsecretaria de Atenção à Saúde
 Departamento de Vigilância em Saúde
 Programa de Controle da Tuberculose

- **Técnico de Enfermagem**
 - Identificar os sintomáticos respiratórios na Unidade Básica de Saúde;
 - Registrar o Sintomático Respiratório no Livro de registro;
 - Identificar o pote da coleta de escarro;
 - Orientar a coleta do escarro;
 - Encaminhar o material ao Laboratório;
 - Receber o resultado do exame, protocolar e anexá-lo ao prontuário;
 - Receber o resultado da baciloscopia de acompanhamento do tratamento, protocolar e anexá-lo ao prontuário;
 - Realizar ações educativas junto à comunidade em parceria com o Serviço Social;
 - Orientar seu uso e importância do tratamento;
 - Identificar contatos e encaminhá-los para os exames de rotina e controlar seu comparecimento;
 - Fazer a prova tuberculínica (PPD), caso tenha capacitação para tal;
 - Administrar a Tomada da Medicação Observada (DOTS) dispensando o Kit de lanche como suporte alimentar como incentivo a adesão do paciente na estratégia DOTS.
- **Assistente Social**
 - Avaliar casos de vulnerabilidade social dos pacientes com tuberculose identificando grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for casos de retratamento, falência ou multirresistência indicando que os mesmos recebam mensalmente como incentivo de adesão do tratamento a cesta básica durante o período de tratamento evitando as faltas e em consequência o abandono.
 - Orientar os pacientes com tuberculose na obtenção da concessão do vale social objetivando facilitar o acesso dos pacientes ao tratamento para atingir a cura e evitar o abandono.
 - Orientar quanto às questões sociais identificadas como: previdenciárias, trabalhistas e assistenciais que possam influenciar no processo do tratamento da tuberculose dando aos pacientes suporte social que permitam a adesão ao tratamento e atinja o indicador epidemiológico que é a cura.

iv

Alameda James Franco n.º 3
 JD Primavera – Duque de Caxias - CEP: 25215285 - Tel. 27736323/27736325

ANEXO E - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROGRAMA DA TUBERCULOSE EM DUQUE DE CAXIAS/RJ – CONT.: ASSISTENTE SOCIAL



PREFEITURA
**DUQUE DE
CAXIAS**
TODO DIA UMA NOVA CAXIAS
SAÚDE

Subsecretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde
Programa de Controle da Tuberculose

- Identificar e orientar os pacientes farmacodependentes (uso ou abuso de drogas e/ou álcool) objetivando dar apoio e suporte no intuito de abandonar o vício e consequentemente diminuir o indicador epidemiológico do abandono e atingindo a meta de cura.
- Realizar busca ativa aos pacientes faltosos prevenindo que situação de abandono e em consequência a multirresistência, identificando os determinantes sociais que possam estar influenciando como causa na interrupção do tratamento.
- Realizar o resgate dos abandonos interrompendo a cadeia de transmissibilidade (resistência) sensibilizando os pacientes ao retorno do tratamento fortalecendo a adesão ao tratamento de tuberculose atingido a cura.

iv

Alameda James Franco n.º 3
JD Primavera – Duque de Caxias - CEP: 25215285 - Tel. 27736323/27736325