

INTRODUÇÃO

Este estudo intitulado, Política Pública de Acesso ao Diagnóstico da Tuberculose: a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários de Taguatinga/Distrito Federal (DF), insere-se na linha de pesquisa: Estado, Políticas Públicas e Cidadania, por discutir a política de acesso ao diagnóstico da tuberculose (TB). O trabalho intercala-se na ciência política, por ampliar as discussões que envolve ações do Estado, no tocante à sua atenção como gestor de estratégias voltadas para a saúde da população.

O estudo é resultado de observações da autora, no período de 1999 a 2008, como enfermeira no Programa de Controle da Tuberculose da Regional de Saúde de Taguatinga, da Secretária de Saúde do DF (SES/DF), quanto ao acesso ao diagnóstico da TB, pelos usuários que buscavam os serviços. Também é fruto de reflexões e análises acadêmicas, adquiridas no Curso de Mestrado em Ciência Política, do Centro Universitário – UNIEURO.

No período das observações destacado acima, segundo a percepção da autora deste estudo, os usuários tinham dificuldades de acesso ao diagnóstico da TB, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que poderia resultar, entre outras consequências, na permanência do bacilo no meio ambiente, facilitando a transmissão da doença.

Vale destacar que a permanência do bacilo no meio ambiente, pode elevar o número de casos, principalmente quando associado a fatores como: o convívio em sociedade, o crescimento desordenado, os fluxos migratórios e as baixas condições de saúde, em especial do grupo populacional, que vive em regiões periféricas do país, o que contribui com o comportamento da doença na sociedade.

Portanto, diante desse cenário, o estudo é relevante na academia, por abordar um tema transversal, multidimensional e multifacetado, com inferências biológicas, políticas, sociais, culturais e comportamentais.

O estudo expõe as reflexões dos sujeitos da pesquisa, os gestores e profissionais de saúde que exercem atividades de controle da TB nas UBS, e os usuários que representam a participação ativa da sociedade, no controle da doença.

Na fase investigativa, utilizou-se como método do estudo, a pesquisa-ação, que se apresentou como escolha adequada por identificar e analisar a política de acesso ao diagnóstico da TB nas UBS, na percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários, que trataram ou estão em tratamento desta doença.

Com isso, o estudo pode reconhecer a situação atual e delinear possíveis soluções aos problemas reais, gerando novas estratégias, que poderão ser propostas aos gestores, profissionais de saúde e usuários, com vistas à mudanças no cenário atual no controle da TB, nas UBS da SES/DF.

A pesquisa foi realizada em 02 Centros de Saúde de Taguatinga, e em residências de usuários, que trataram ou estão em tratamento da TB; no desdobramento do estudo, também se produziu análises da organização dos serviços, na realização de estratégias públicas, no controle da doença.

É problema norteador do estudo: Qual a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários que trataram ou estão em tratamento da TB, quanto à política pública de acesso ao diagnóstico?

A hipótese é de que para os gestores, as ações do programa de controle da tuberculose, estão asseguradas, a partir da implantação de atividades deste, na unidade onde é gerente. Para os profissionais de saúde, a prática diária de ações desarticuladas e descontínuas, não interferem na efetividade da política de acesso ao diagnóstico da TB, já que o sintomático respiratório (SR), quando procura o serviço é atendido. Já para o usuário, a porta de entrada para o diagnóstico, é a assistência secundária (prontos socorros), principalmente quando estes já procuram os serviços, apresentando sintomas mais avançados da TB.

O estudo tem por objetivo geral: Identificar a percepção dos gestores, profissionais de saúde e usuários sobre a política pública de acesso ao diagnóstico, nas UBS de Taguatinga/DF; são objetivos específicos: 1) Elencar a dimensão dos conceitos de políticas públicas categorizando sua importância; 2) Caracterizar o Programa Nacional de controle da Tuberculose e suas implicações, na Atenção Básica em Saúde; 3) Descrever a trajetória das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e no Distrito Federal (DF) no controle da Tuberculose (TB).

A pesquisa foi amparada teoricamente pelos estudos de Maria Dallari Bucci, Klaus Frey Enrique Saraiva, Ruben Dario Gómez, Bárbara Starfield. Estes autores apontam perspectivas de políticas públicas como atividade de conhecimento, organização do poder e de instrumento de ação de governos; quanto aos discursos

sobre a TB, o estudo foi sustentado por Antonio Ruffino Neto e Tereza Cristina Scatena Villas, que desenvolvem pesquisas em TB.

Justifica-se a escolha desses autores, na análise da política pública de acesso ao diagnóstico da TB por ser esta sustentada por pilares que representam dimensões biológicas, sociais, econômicas, culturais e comportamentais, e que servem de orientação para a ação dos indivíduos e do próprio Estado.

Destaca-se que as propostas desses teóricos, sobre políticas públicas e quanto à política de acesso ao diagnóstico da TB, serão apresentadas nos capítulos 1 e 2, e também servirão de norte em todo o trabalho, apoiando as discussões dos dados coletados, na pesquisa de campo.

O estudo, estruturado em capítulos contextualiza as ideias centrais, na seguinte sequência: No capítulo I, apresenta-se apontamentos sobre os conceitos de políticas públicas, e a trajetória destas no Brasil, associando-os aos acontecimentos da saúde brasileira, como narrativa histórica.

O capítulo II discorre sobre o diálogo das políticas públicas e a TB, com ênfase na descrição das ações do Programa Nacional de Controle da TB, no Brasil, identificando as mudanças na implementação de novas estratégias públicas, na história da saúde pública do DF, no controle desse agravo.

O capítulo III apresenta a metodologia e descreve a pesquisa desenvolvida, entre os meses de abril e junho de 2015, em Unidade Básica de Saúde (UBS), da Regional de Saúde de Taguatinga, da SES/DF, através de vivências da pesquisadora; aborda ainda os resultados do estudo, a análise das entrevistas realizadas com gestores, profissionais de saúde e usuários, que trataram ou estão em tratamento da TB, visando o cumprimento dos objetivos propostos pelo trabalho.

CAPITULO 1

POLÍTICAS PÚBLICAS EM DISCUSSÃO

Este capítulo discorre sobre as políticas públicas de saúde, com ênfase na dimensão dos conceitos e, contextualizando a sua trajetória no Brasil e no Distrito Federal (DF), através de um recorte histórico e temporal, apoiado em Maria Dallari Bucci (2006), Klaus Frey (2000), Saraiva (2006) e Gómez (2011), com o propósito de descrever as principais mudanças, que ocorreram na organização da saúde no Estado brasileiro e no Distrito Federal.

1.1 CONCEITUANDO POLÍTICAS PÚBLICAS

A abordagem sobre políticas públicas neste capítulo, apresenta elementos conceituais, aproximando informações que se articulam, na categorização de estratégias governamentais, visando apresentar os conceitos dos autores referidos acima.

Nessa perspectiva, destaca-se que, para compreender os limites e possibilidades da intervenção do Estado, o campo do saber das políticas públicas, tem se consagrado, como *lócus* de discussões e debates, das questões sociais, econômicas e ambientais, que navegam em diferentes campos, como: a educação, a saúde, a habitação, entre outros. (SOUZA, 2006)

Destaca-se que políticas públicas, enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica surgiu na América do Norte e na Europa após a II Guerra Mundial, onde os estudiosos da época, identificavam as correlações entre governos e cidadãos, sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado. São considerados os seus fundadores: H. Laswell (1936), H. Simon (1957), C. Lindblom (1959) e D. Easton (1965). (SOUZA, 2006)

No Brasil, somente em 1983, surge o primeiro grupo de estudo de políticas públicas, coordenado pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sendo criado posteriormente outros grupos de trabalho, em Brasília, Rio de Janeiro, entre outros. O aumento de grupos

ocorreu principalmente pela participação da sociedade, especificamente a partir de 1985, com a redemocratização, e de 1988, com a Constituição. (GIOVANNI, s/d)

Porém ressalta-se que já na década de 1930, como estratégia de governo, as políticas públicas, estavam inseridas no papel do Estado brasileiro, a quem cabia a execução das ações. (POLIGNANO, s/d)

Estudos, como os de Frey (1997), ao explicar políticas públicas, cita três termos, com significados distintos, a saber: *polity*, *politics* e *policy*. A primeira acepção é usada para denominar as instituições políticas, ou ordem do sistema político, delimitada pelo sistema jurídico. A segunda definição, busca explicar o processo político; e, por último, *policy*, que tem o significado relacionado aos programas políticos, dos problemas técnicos e de conteúdo do material, das deliberações políticas.

Essa divisão pretende tornar o tema metodologicamente mais simples na sua compreensão, considerando que essas dimensões influenciam-se, possuem vínculos, já que “disputas políticas e as relações das forças de poder sempre deixarão suas marcas nos programas e projetos desenvolvidos e implementados.” (FREY, 2000, p.219)

Como estratégia de ação, segundo Saraiva (2006), as políticas públicas emergiram das necessidades do Estado de se organizar e planejar suas ações, visando melhorar a gestão administrativa. Assim, utilizam ferramentas fomentadas por rápidas e frequentes mudanças, que se desenvolvem no contexto econômico, social e político vigente.

Saraiva (2006, p. 29), explicita ainda, que uma política pública representa o fluxo de decisões públicas, que se destinam a preservar o equilíbrio social ou induzir a desequilíbrios para modificar a realidade, sendo o seu principal objetivo: “a consolidação da democracia, a justiça social, a manutenção do poder, além do bem estar das pessoas”.

Com enfoque operacional, segundo Saraiva, as políticas públicas, são definidas como:

Sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação de recursos necessários para atingir os objetivos específicos. (SARAIVA, 2006, p 42)

Contribuindo com os estudos de Saraiva, Gómez (2011) identifica as políticas públicas como construções sociais heterogêneas, resultantes das relações de poder, com processos complexos, que ocorrem em segmentos específicos, onde interesses e conflitos, desempenham um papel importante.

Afirma ainda, que políticas públicas podem ser entendidas como as diretrizes definidas pelo Estado, que se impõem ao coletivo, visando se posicionar diante de um assunto específico, considerado de interesse público. Ou seja, essas ferramentas, surgem de formas complementares, no âmbito jurídico (por meio de leis, decretos e outras normas oficiais) e no âmbito programático (por meio de planos, programas e projetos). (GÓMEZ, 2011)

Para Saraiva, os elementos que podem determinar uma política de coesão baseiam-se no seguinte:

Que estabeleça um conjunto de medidas concretas; decisões ou formas de alocação de recursos; que ela esteja inserida em um quadro geral de ação; tenha um público-alvo (ou vários públicos); apresente definição obrigatória de metas ou objetivos a serem atingidos, definidos em função de normas e de valores. (SARAIVA, 2006, p. 32)

Ressalta-se que no alcance desses elementos, e visando uma maior objetividade das políticas públicas, estas apresentam um ciclo que é formado pelo planejamento, pela formulação da política, e pela avaliação, após a sua implementação.

Para Frey (2000) a fase de percepção e definição de problemas, é a primeira do ciclo, que identifica como alguns temas se mostram apropriados, para receberem um tratamento político, tornando-se assim política pública. A segunda fase é a de definição da agenda, que é onde se verifica a decisão sobre a inclusão, exclusão ou adiamento, para tratamento posterior. É na terceira fase a de elaboração, que ocorre a escolha das estratégias mais adequadas na abordagem do problema.

Na compreensão de políticas públicas, quanto a gestão de serviços e na execução de estratégias, destaca-se o conceito da professora Bucci, que é amplo e auto explicativo, como verificado na citação a seguir:

Política Pública é o programa de ação governamental, que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados - processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial - visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar à realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados. (BUCCI, 2006, p. 39)

O conceito acima apresenta a ideia da política pública instrumentalizada por ação governamental, que decorre da participação multisetorial onde a coordenação desta, é de responsabilidade do Estado. Com o olhar voltado para a TB, compreende-se que cabe ao Estado, garantir a aplicabilidade destas, no controle da doença, porém com participação ativa dos segmentos da sociedade civil, o que caracteriza a participação popular.

Ainda na contribuição de Bucci (2002, p. 241), com esse entendimento acima, as políticas públicas: “são programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.”

Ou seja, uma política pública não pode ser interpretada apenas como uma decisão política, ainda de acordo com a autora acima; esta compreende ações planejadas e estrategicamente orientadas para concretizar projetos formalizados. Enquanto que a decisão política representa a inferência para a política pública, antecedendo-a.

A política pública é uma opção do Estado como diretriz para que os órgãos públicos, possam executá-las. Com isso, representa principalmente a efetivação de direitos fundamentais, em especial os direitos sociais, econômicos e culturais, que congregam uma prestação positiva do poder público, tornando-se caminhos ou instrumentos, para a realização dos princípios e valores estabelecidos na legislação.

Nota-se que as políticas públicas, são executadas pelos governantes, às vezes de forma conflituosa como o que aconteceu na década de 1960 onde a competência do Estado, era de garantir a sociedade a ordem e a paz social, sem priorizar as questões das necessidades da população, como, saúde pública, educação, previdência e assistência social e habitação; ou seja as políticas públicas estavam distantes da realidade local, e principalmente não garantindo direitos humanos fundamentais. (MACIEL, 2007)

Quando, se fala em direitos, diferentes perspectivas surgem para reflexão, entretanto, em função do objeto dessa dissertação, o tema remete ao direito à saúde, onde a Constituição Federal do Brasil (CFB) de 1988 prevê no artigo 196, que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, Cap. II Seção II da CFB,1988)

Observa-se na citação, que para o cumprimento do artigo 196, cabe a vontade do fazer, articulado com a organização dos serviços e que somado com a participação da sociedade civil, transforma o que é jurisprudência, em atos e práticas, legitimada pelo poder público.

Dessa forma, destaca-se que a implantação das políticas públicas voltadas para a saúde, podem garantir que estas, sejam tratadas como um direito social a ser provido pelo Estado.

Diante dos pressupostos apresentados nesse tópico, apoiado principalmente nos estudos contemporâneos de Bucci (2006), Saraiva (2006) e Gómez (2011), esclarece-se que o estudo adota o conceito de políticas públicas como estratégias de combinação de ações entre governo e sociedade civil, primando as realidades locais e as diversidades, na busca da promoção e proteção dos direitos humanos.

Ao estudar a política pública de acesso ao diagnóstico da TB, na percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários, que trataram ou estão em tratamento dessa doença, aplica-se a ideia da parceria entre governantes e sociedade civil; essa cooperação, é importante para favorecer a legitimidade e a aplicabilidade de políticas públicas de saúde, reconhecidas pelo governo brasileiro, para a redução de casos na comunidade.

Após a descrição e contextualização dos principais conceitos de políticas públicas, o item seguinte destaca a forma como o Estado, vem atuando no controle da TB, na história da saúde brasileira.

1.2 A SAÚDE BRASILEIRA DO PERÍODO COLONIAL À PROCLAMAÇÃO DA REPÚBLICA

Com o propósito firmado pelo estudo de que políticas públicas são estratégias de combinação entre governo e a sociedade civil, este subitem apresenta a trajetória histórica das políticas públicas de saúde no Brasil, onde estarão em destaque, fatos de relevância, na construção de agendas de políticas sociais; já, os relatos dos movimentos que balizaram a organização dos serviços de saúde no Brasil e no DF, serão temas de discussão do Capítulo II, dialogando com o problema da TB.

O Brasil está organizado por um sistema político federativo, composto por três esferas de governo: União, estados e municípios; estes são considerados pela CFB de 1988, como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. São 26 estados, 5.560 municípios e o Distrito Federal, com expressiva diversidade, quanto à ocupação territorial, costumes, crenças, hábitos, valores culturais, entre outros. (BRASIL, 2002)

Se por um lado esse sistema favorece o respeito aos valores democráticos, em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social (o que é observado no Brasil); por outro, dificulta a implantação de políticas sociais, já que a diversidade apontada por Brasil (2002) inclui a existência de desigualdades, e da exclusão social, que levam a resultados insatisfatórios, após a implantação de políticas públicas de saúde.

Agregue-se a isso, ainda segundo Brasil (2002) a complexidade inerente a área da saúde, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços que podem atender aos problemas; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para provê-las.

Nos registros sobre a saúde pública brasileira, os acontecimentos mostram que esta evoluiu relacionada com a história do seu povo; este comportamento, será abordado nos diferentes períodos da história política, contextualizando a evolução das políticas de saúde, com as transformações político, social e econômica da sociedade brasileira, já que estes são indissociáveis. Lembra-se ainda, que a descrição dos

episódios, não tem a pretensão de esgotá-los, mas sim de sublinhar dados, que trarão maior compreensão à narrativa, no cumprimento dos objetivos do estudo.

1.2.1 A Saúde brasileira no Período Colonial (1500 – 1822): inexistência de um sistema de saúde formal

Esse período, em relação à saúde, é pouco expressivo, apesar de intensas transformações sociais, ocorridas à época que influenciaram principalmente, as características culturais do povo brasileiro.

A chegada dos portugueses em 1500, coincidiu com o nascimento da medicina moderna, com estudos e descobertas no contexto do universo europeu. Entretanto, para a Colônia brasileira, as doenças eram encaradas como castigos ou provação, cujas as causas se reconheciam como reflexo da vontade de um ser sobrenatural, ação de astros e dos agentes climáticos ou força de uma praga ou feitiço; estes procuravam os pajés, que exorcizavam os espíritos maus, e usavam plantas e diversas substâncias no tratamento dos doentes. (BRASIL, 2005)

Esse comportamento não era aceito por grande parte dos colonizadores, o que significava neutralizar a influência do pajé. Dessa forma, foi destaque o papel dos padres jesuítas na assistência aos doentes, levando medicamentos e alimentos aos pacientes, diminuindo o seu sofrimento. (BRASIL, 2005)

Nesse cenário para Santos Filho (1977), a TB chegou no Brasil vinda da Europa e da África, e foi veiculada pelos brancos e negros, que aqui estavam.

Com a intensificação da colonização portuguesa, conta-se que o padre Manoel da Nóbrega, quando aqui chegou em 1549, estava com TB, e este foi o primeiro indivíduo conhecido, portador desta doença, transmitindo-a aos índios. (RUFFINO, 2002)

Também há indícios da doença nas aldeias, nas cartas de Inácio Loyola (1555) encaminhadas ao reino de Portugal, nas quais relata que os índios, ao serem catequizados, adoeciam, na maior parte, com escarro, tosse e febre, muitos cuspiendo sangue. (ROSEMBERG, 1999)

Santos Filho (1977, p. 190) enfatiza que a transmissão da TB, ao índios foi alarmante, já que estes eram virgens do contato com o agente da doença, tornando -

se presas frágeis, morrendo aos milhares de ‘febre hética” ou ‘lenta”, “fraqueza do peito”, “sangue pela boca” e “tísica”; nesse panorama a doença atingiu outros grupos sociais, como os negros e mulatos, considerados também suscetíveis ao adoecimento, por representar uma população menos favorecida.

Com o desenvolvimento da colonização, a assistência médica jesuítica desapareceu, e foi substituída pelos físicos, como eram conhecidos os médicos da época, e boticários, membros da elite, formados nas universidades europeias, e concentrados nos centros urbanos. Entretanto, as populações mais pobres e a escrava, eram atendidas por instituições religiosas e curandeiros. (BRASIL, 2005)

Com os movimentos migratórios que chegavam no Brasil, destaca-se que em 1561, importada da África, onde era endêmica, e da Europa, a varíola aqui chegou com surtos periódicos, que dizimou boa parte da população, sendo que em 1565, em São Paulo de Piratininga, exterminou cinco, das onze aldeias indígenas. (BRASIL, 2005)

Além da varíola, em 1685 a febre amarela alcançou Olinda, e em cerca de 15 dias, seiscentas pessoas faleceram em decorrência dessa enfermidade, incluindo o único médico que havia no Recife, nessa época. (FRANCO, 1969)

Numa tentativa de controlar os surtos das doenças, a estratégia aplicada era o afastamento ou o confinamento dos doentes, em Santas Casa de Misericórdia, que tinham função mais assistencialista do que curativa; esta situação se perpetuou de forma majoritária na assistência à população mais carente, até o início do século XIX. (BRASIL, 2005)

Além dessas ações, no final do século XVII, foi implantada uma nova prática no controle das doenças, visando destruir ou transformar tudo que era considerado doença, no meio urbano; assim aterravam-se águas paradas, limpavam-se ruas, criavam-se cemitérios, purificava-se o ar; estas medidas eram desativadas, assim que diminuía os números de casos. (BRASIL, 2005)

Outros agravantes estavam presentes nesse cenário, como por exemplo, a carência de profissionais, que garantissem a continuidade de ações públicas, na assistência a população. No ano de 1789, o Rio de Janeiro, tinha apenas quatro médicos; outros locais, não dispunham de nenhum desses profissionais, o que limitava o cuidado dos enfermos, aos pajés e aos boticários, se tornando assim a forma mais comum de tratamento na época. (POLIGNANO, s/d)

Com a chegada da família real ao Brasil em 1808, surge a preocupação em combater a disseminação das doenças principalmente as epidêmicas, institucionalizando o setor saúde, com a criação da Vigilância Sanitária; tinha esta, o propósito de realizar o controle sanitário de portos, navios e passageiros que chegavam ao Brasil, seguindo o modelo, conhecido como Polícia Médica, que era originário da Alemanha do século XVIII. (BRASIL, 2005)

Tratava-se de um controle-profilaxia de vigilância dos centros urbanos, que era voltada para os problemas de higiene da cidade, já que considerava o ar como o principal causador de doenças, pois propagava os gases, vindos de matéria orgânica em putrefação. (BRASIL, 2005)

Já para o controle sanitário de portos, navios e passageiros, em 1810, foi construído Lazareto, que era hospital para quarentena de viajantes, e também a criação de ancoradouro especial, para embarcações suspeitas, com a cobrança de taxas públicas, para este tipo de serviço; dessa maneira, acreditava-se que a saúde da população, e em especial a da corte, estariam sob vigilância. Apesar dessas medidas, as epidemias causadas por varíola, gripe e a TB, eram frequentes, provocando a morte de várias pessoas. (BRASIL, 2005)

Em relação a TB, o aumento de casos ocorria em função do tráfico de escravos, já que os homens negros traziam doenças desconhecidas, que infectavam as pessoas que estavam no Brasil, elevando o estado calamitoso de saúde para todos, provocando epidemias e mortes. (ROSEMBERG, 1999)

Apesar da gravidade da situação, principalmente pelo aumento populacional e comercial, que contribuíram com o crescimento econômico – social, não há destaque na história, de ações interventoras, direcionadas especificamente no controle da TB, em função da escassez de registros.

De um modo geral, no início do século XIX, a assistência à saúde era majoritariamente exercida por instituições filantrópicas, criadas por iniciativas particulares, como Santa Casas de Misericórdia, direcionadas ao amparo da população mais carente. Destaca-se, apoiada em Ruffino (2002) que 1/3 dos óbitos na época, eram causados por TB.

No período de 1815 até 1822, visando a restauração da ordem na Europa, o Brasil passa a carregar o título de Reino Unido de Portugal e Algarves. Essa mudança, de status político, esteve intimamente relacionada à vinda da Corte lusitana para o Brasil e ao Congresso de Viena. (VINHOSA, 1999)

Entretanto o fato criou uma situação contraditória, já que o novo reino tinha dois centros políticos: Lisboa, capital de Portugal, e Rio de Janeiro, capital da Colônia, onde estava o príncipe regente. A partir desses acontecimentos e num cenário de crise econômica, de forma a garantir a autonomia política do país, no dia 7 de setembro de 1822, foi proclamada a independência do Brasil, dando início ao período imperial. (VINHOSA, 1999)

Assim as ações inauguradas nesse período, contribuíram com uma nova organização para o governo, no lidar com o controle das epidemias e do meio ambiente, como o que está descrito no próximo subitem.

1.2.2 A Saúde brasileira no Período do Brasil Império (1822 – 1889): estrutura com ênfase na política sanitária.

A vinda da família real, para o Brasil, em 1808, e as medidas tomadas por D. João VI, contribuíram com o processo da Independência brasileira, que ocupou as três primeiras décadas do século XIX.

Vinhosa (1999) descreve que a bordo da frota, que trouxe a família real, estavam presentes os elementos essenciais de um Estado: o alto escalão das hierarquias civil, militar e religiosa, membros da alta sociedade, homens de negócios e apetrechos do governo.

Quanto a saúde, não houve modelos eficazes no controle de agravos, inclusive para a TB, o que aumentava os problemas sociais e de impacto junto à coletividade.

Prevaleciam ações, que tratavam a saúde sob o enfoque da doença. O surgimento de novas moléstias, como a sífilis por exemplo, era um desafio aos médicos que vinham de Portugal, e aos pajés e curandeiros. (MARQUES, 2008)

Como exemplo dessas ações, Marques (2008) aponta a criação em 1829, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que passa a denominar-se, em 1835, como Imperial Academia de Medicina, que era um órgão consultivo do imperador D. Pedro I, nas questões relacionadas com a saúde pública nacional.

No exercício de suas funções, a Academia foi organizada com o fim de reunir médicos, para debater assuntos específicos, sobre saúde e doença, como

também, para definir o papel desse grupo, frente a questões de saúde pública e do exercício da medicina, e portanto viabilizar o crescimento das diferentes áreas médicas, ampliando a participação desses profissionais, junto ao governo. (MARQUES, 2008)

No cumprimento das funções dessa Academia, foi implantada a Junta de Higiene Pública (1829), que tinha por objetivo, cuidar da saúde da população, garantindo às instâncias médicas, o controle das medidas de higiene pública. (MARQUES, 2008)

Em função da demanda crescente, no âmbito do saber e da prática médica, tanto nos regulamentos do exercício da medicina, quanto na comercialização de medicamentos e na busca de soluções para os problemas de saúde pública, esta organização modificou-se em 1850, para a Junta Central de Higiene Pública, como um órgão subordinado ao Ministério do Império, caracterizando assim, um *status* de organização com maior poder decisório. (CASTRO, 1996)

Nesse sentido Machado (1978, p 17), descreve seus objetivos:

[...] a inspeção da vacinação, o controle do exercício da Medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano, à saúde pública.

Ressalta-se que apesar dessa organização, a Junta não conseguiu resolver as demandas de saúde pública, principalmente no combate às epidemias. No entanto marcou uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil, e foi essa forma de combate às doenças, que prevaleceu durante o século XIX.

Apesar dessas medidas institucionais, com vistas a organizar a assistência à saúde no Brasil, permanecia a ideia de tratar a saúde sem relacioná-la com problemas sociais.

Cabia então ao Rio de Janeiro, como capital do Império, o início de mudanças política e econômica, que projetasse a medicina na sociedade, com participação do governo, assumindo este o papel de interventor da saúde, o que caracterizava a medicina social. (MACHADO, 1978)

Este período prevalecia a atenção sanitária voltada para as doenças pestilenciais¹, como: febre amarela, varíola, peste, ficando as doenças de massa, como a TB, a sífilis, sem destaque nos registros históricos.

Porém no decorrer do século XIX, em função da TB ser uma doença comum entre os poetas, músicos e intelectuais, assumindo a posição de doença romântica, associada a um estilo de vida boêmia e desregrada, os registros apontam esta, como enfermidade carente de intervenção do governo. (PORTO, 2007)

Neste contexto, a visão lírica da doença permitia aos artistas expressarem seu sentimento de ambivalência, ora pelo sofrimento que a doença gerava, ora pela peculiaridade que ela lhes garantia, sendo o tratamento higiene – dietético, a única forma do doente curar-se, com boa alimentação e repouso, isolado em sanatórios. (PORTO, 2007)

Devido à variedade dos sintomas, a TB não era identificada como uma única doença até a segunda década do século XIX. Somente em 1839, recebeu o nome de tuberculose pelo médico J.L. Schoenlein; e em 1882, o cientista Robert Koch, identificou a bactéria, *Mycobacterium tuberculosis* como o agente causador da infecção, que também foi reconhecida com o nome de bacilo de Koch, em sua homenagem. (CASTRO, 2010)

Relata a historiografia da saúde pública no Brasil, que o período do império, foi marcado por ações desenvolvidas em pequenos focos, como por exemplo, a criação no Rio de Janeiro em 1886 do primeiro hospital especializado no tratamento de tuberculosos pobres, enquanto os doentes ricos buscavam a cura na Europa, e os que tinham poucos recursos iam para as montanhas. (BERTOLLI FILHO, 2002)

Dessa forma permaneceram os pressupostos advindos do período colonial; ou seja, a continuidade de interesses políticos e econômicos, legislando em benefício próprio, para garantir a sustentabilidade e a produção de riquezas.

Com a permanência de ações no combate às doenças pestilenciais, ficou a TB, no período imperial, mais uma vez, sem a atenção necessária no Brasil.

No entanto, aos poucos a luta contra a TB é articulada, de acordo com os fatos que serão descritos no próximo período.

¹ Relativo a uma doença contagiosa particularmente mortal. Disponível em <<http://www.dicio.com.br/pestilencia>>.

1.3 A SAÚDE BRASILEIRA DA VELHA REPÚBLICA E O FINAL DO PERÍODO GETULISTA

A saúde brasileira entre 1889 a 1945, que compreendeu a Velha República até o final do período Getulista, foi marcada por alguns movimentos de composição de práticas sanitárias, em decorrência das necessidades e problemas de saúde da população, com intervenção predominante dos governantes.

Segundo Martins (2006) o fortalecimento da República no Brasil, foi resultante da decadência do modelo Imperial, como também pelo apoio de políticos Republicanos, como: Campos Sales, Saldanha Marinho, dentre outros.

A participação popular no movimento Republicano foi inexpressiva, já que este foi sigiloso, dentro de quartéis, iniciando o Governo provisório do Marechal Deodoro da Fonseca, onde decisões foram tomadas, quanto aos novos rumos do papel do Estado. (MARTINS, 2006)

No período compreendido entre 1889 a 1930, destaca-se que a economia brasileira, era marcada pela agricultura de produtos primários como: açúcar, algodão, café, borracha, entre outros, sendo o café o principal produto para exportação. (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001)

Logo os espaços de circulação dessa mercadoria, como os portos, deveriam estar saneados, evitando a disseminação de doenças como a varíola, por exemplo, o que prejudicaria a agro exportação. (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001)

Entretanto, em decorrência às transformações ocorridas, como as citadas por Martins (2006), sobre São Paulo e igualmente Rio de Janeiro, quanto ao distanciamento geográfico/social dos bairros mais urbanizados (elite cafeeira) dos menos urbanizados (proletariado), emergiu no país as epidemias e doenças infectocontagiosas, levando o Estado a repensar suas ações no controle destas, já que estava perdendo mão de obra e mercado, pela diminuição na pretensão comercial com o Brasil, pelos Estados Unidos e países europeus.

Em função da diversidade de acontecimentos que marcaram esse período, e seguindo um modelo historiográfico, o subitem foi dividido em dois subtítulos, apresentando-os em ordem cronológica dos principais acontecimentos da saúde pública brasileira, contextualizando a atuação do Estado principalmente, no controle da TB, como se verifica abaixo.

1.3.1 A saúde brasileira na Velha República (1889-1930): os primeiros ensaios públicos na luta contra a tuberculose

Esse período, também conhecido, como Primeira República, se estendeu de 1889, com a proclamação da República, até o início do período Getulista, em 1930, gerando um novo ciclo, com o fortalecimento da burguesia cafeeira, até 1929, impulsionando a modernização da economia e da sociedade, até então aquém do mundo capitalista mais avançado.

Segundo Brasil (2005), no final do século XIX e começo do século XX, a imigração europeia foi intensa para o Brasil, com pessoas mais suscetíveis a adoecerem; somado a isso, a precária situação sanitária do país, prejudicava a economia que dependia basicamente da exportação do café.

Com a proclamação da República em 1889, tendo por principal ideia a modernização do Brasil, precisava-se intensificar ações, na tentativa de controlar as doenças. Dessa forma foram criados Serviços Sanitários Estaduais, no governo de Marechal Deodoro da Fonseca, que inicialmente eram deficientes, com ações desorganizadas o que facilitava o surgimento de novas epidemias de varíola, febre amarela e cólera, que matavam milhares de pessoas. (BRASIL,2005)

Destaca-se que entre 1889 e 1900, diversas cidades brasileiras, inclusive o Rio de Janeiro, amargavam um triste ranque de epidemias, causadas por varíola, febre amarela, peste bubônica e cólera. Também estavam presentes, as doenças infecciosas e parasitárias como a TB, a hanseníase e a febre tifoide. (BRASIL, 2005)

A fim de minorar essa situação o presidente Marechal Deodoro da Fonseca, nomeou médicos higienistas para ocuparem importantes cargos na administração pública, assumindo o compromisso de criarem estratégias para o saneamento de áreas atingidas pelas epidemias, fortalecendo a medicina higienista, com o planejamento urbano da maioria das cidades; com isso, o saneamento foi a solução encontrada para mudar a imagem do país lá fora. (BRASIL, 2005)

Paralelo a essa medidas, em 1901, no governo de Campos Sales, foi regulamentada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), como um órgão que centralizava as ações no controle das epidemias, visando estabelecer prioridades para atividades de saúde no país. Entretanto permanecia a assistência individual sob

a responsabilidade de entidades beneficentes e filantrópicas, ou seja as Santas Casas de Misericórdia, que já existiam, como citado no período anterior. (BRASIL, 2005)

A DGSP foi organizada pelo médico sanitарista Oswaldo Cruz, que pretendia resolver o problema sanitário, implementando progressivamente, atividades públicas de higiene e saúde, através de campanhas sanitárias, no combate as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. (LUZ, 1991)

Matta e Morosin ao referirem-se ao modelo sanitарista campanhista assim o descreveram:

O modelo campanhista – influenciado por interesse agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. (MATTA e MOROSINI, s/d, s/p)

Percebe-se que as ações eram desenvolvidas em prol da urbanização das cidades, com a integração de médicos higienistas ou sanitарistas. Essa atitude marginalizava a população menos favorecida, ficando esta, sob a tutela de entidades filantrópicas, o que para o controle da TB era um agravante, já que a doença estava presente na população carente, caracterizando as doenças de massa, como já referido anteriormente.

Para redução desse agravante destaca-se que no final do século XIX, foram fundadas as primeiras instituições, movidas por princípios de solidariedade e pioneirismo e seguindo modelos europeus, a fim de organizar a assistência no combate a TB no Brasil. (GALVÃO, s/d)

Nesse contexto, em 1900, foram fundadas a Liga Brasileira contra a Tuberculose, no estado do Rio de Janeiro (hoje Fundação Atauлpho de Paiva) e a Liga Paulista, para atuarem na propagação de métodos de tratamento e de profilaxia, com campanhas de educação sanitária e atendimento aos pobres. (HIJJAR, et al., 2007)

Essas organizações investiram em duas linhas de ação: uma preventiva e a outra voltada para o tratamento, com estímulo no aumento de sanatórios e hospitais, formalizando parcerias com as instituições privadas. Como resultado positivo desses convênios, em 1902, foi inaugurado o primeiro dispensário que fortaleceu as ações médico-sociais das Ligas. (HIJJAR, et al., 2007)

A historiografia aponta que a primeira tentativa da participação do poder público na luta contra TB data de 1907, e foi proposta por Oswaldo Cruz, durante o governo de Afonso Pena, que apesar de não se concretizar, previa a implantação de medidas profiláticas e a ampliação de sanatórios e hospitais. (RODRIGUES, 1979)

Apesar desses avanços, no controle das doenças mais comuns da época, prevalecia o modelo que era considerado repressivo, com intervenções médicas, tanto no âmbito pessoal quanto coletivo, o que desencadeou reações contrárias por parte da população.

Como exemplo, refere-se a Revolta da Vacina em 1904, onde a população rebelou-se contra a obrigatoriedade da vacina contra varíola, que fora garantida pelo projeto da Lei da Vacina Obrigatória, elaborado por Oswaldo Cruz, também no governo de Afonso Pena. (CARVALHO, s/d, s/p)

Diante desses fatos, que não foram impactantes na redução de casos das doenças, e principalmente na tentativa de mudanças necessárias, elevou-se no cenário político um movimento ativo, conhecido como Movimento Sanitário em 1920, no governo de Epitácio Pessoa, e que foi liderado por dois médicos, o já mencionado Oswaldo Cruz, e o Emílio Ribas. (CARVALHO, s/d, s/p)

As ideias desses profissionais foram sintetizadas por Merhy, como se lê abaixo:

Nesta linha, eles apontaram uma perspectiva tecnológica que via a saúde e a doença como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico (fisiologicamente harmônico) sofria de um meio social/natural insalubre. Seus objetivos eram a descoberta e o isolamento dos indivíduos (doentes) contaminantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios, possíveis de serem atingidos por tecnologias que fossem efetivas no controle dos "fatores/riscos" a que as pessoas estivessem sujeitas ou no aumento da resistência destas à exposição. Para instrumentalizar as ações de saúde, então tinham como paradigmas científicos principais, a bacteriologia e a engenharia sanitária, e, secundariamente, a medicina clínica, entendida como muito limitada e pouco eficaz, pois só interferia, no nível curativo do indivíduo doente. (MERHY, 1997, p.202 -3)

As principais diretrizes do Movimento, proposta por seus líderes, como se verifica acima, não seriam eficazes no controle a TB, já que esta, até o momento, continuou à margem do processo de enfrentamento das doenças.

O ano de 1920 foi um importante divisor na história da saúde pública brasileira, já que a partir dessa data a saúde emergiu como questão social,

caracterizando-se pela extensão dos serviços a outras cidades, e não apenas centralizada, por exemplo, no Rio e São Paulo. (BRASIL, 2005)

Essa mudança, impulsionada pelo Movimento Sanitário, garantiu a participação do Estado, na assistência médica, na assistência materno-infantil, na orientação alimentar, na fiscalização de alimentos e de laboratórios. (BRASIL, 2005)

No tocante à TB, em 1920, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, cuja finalidade era estabelecer o diagnóstico, o tratamento dos casos, e também a prevenção da doença; e com essa medida, iniciava-se uma fase de comprometimento do Estado com o agravo. (RUFFINO, 1997)

Com essa nova concepção, os serviços foram financiados com verbas estatais. Como exemplo desses serviços, cita-se o convênio assinado pelo Presidente Epitácio Pessoa, com a Fundação Rockefeller, que garantiu a cooperação médico-sanitária e educacional para a implementação de programas de erradicação das endemias, sobretudo nas regiões do interior, onde os trabalhos se concentraram no combate à febre amarela e malária. (BRASIL, 2005)

Aponta-se que nessa década, com a finalidade de controlar e regulamentar o mercado de trabalho, foram promulgadas leis, sendo a de maior destaque, a lei Elói Chaves, de 1923, promulgada pelo Presidente Arthur Bernardes, que instituiu o Sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), considerado como a iniciativa precursora do seguro social no Brasil. (BRASIL, 2005)

Estas eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados, e previam a assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez, como também pensões para dependentes dos empregados e auxílios para funeral. (BRASIL, 2005)

Também destaca-se que em 1923, a fim de forçar o processo de centralização, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que entre outras funções, se destinava a higiene infantil, a industrial e a profissional, a propaganda sanitária, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais. (BRASIL, 2005)

A partir desses acontecimentos, e sob a influência da saúde pública norte-americana, surgiram os primeiros Centros de Saúde em 1925, priorizando as ações da enfermeira visitadora, que passaram a construir uma assistência básica contínua, enfatizando o trabalho de visita domiciliar. (BRASIL, 2005)

O período da Primeira República para a TB, implementou medidas de impacto no controle da doença, como: em 1927, a aplicação de vacina Bacilo *Calmette* e *Guerin* (*BCG*) em crianças, e em 1930, a inclusão do ensino de Tisiologia² no currículo da Faculdade Nacional de Medicina. (RUFFINO, 1997)

Dessa forma a TB passou a ser controlada através da implantação de estratégias públicas, como as citadas acima.

De um modo geral, a saúde brasileira no período da Velha República, foi marcada por ações estatais, com características verticalizadas, centralizadas e com a exclusão de determinados segmentos da sociedade, a citar, a população mais pobre. Entretanto ao concluir a análise desse período, infere-se que, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras, o modelo campanhista, outorgado pela Movimento Sanitário, deslocou ações para a área rural, iniciando um período de transformações sociais, que seria acelerado na primeira metade do século XX.

1.3.2 A Saúde brasileira e a Era Vargas (1930 – 1945): a criação do serviço nacional de tuberculose

Com o advento da década de 1930, o panorama político brasileiro se modificou, provocando certa instabilidade, principalmente na esfera federal, e com a ascensão de Getúlio Vargas na presidência do Brasil em 1930, novos momentos são desenhados: governo provisório (1930-1934), governo constitucional (1934-1937) e Estado Novo (1937-1945), tendo o novo presidente como protagonista, até 1945.

Com a crise da Bolsa de Nova York em 1929, surgiam novos atores, que iriam corroborar com as mudanças; destaca-se aí o trabalhador urbano, o operário, que trazia novas demandas sociais, como desafio ao Estado, dentre elas, a seguridade social, que foi inaugurada no período anterior, com a criação das CAPs. (RIETHER, 2014)

Vale ressaltar que até 1930, o Estado brasileiro tinha sua economia alicerçada na agricultura e na exportação cafeeira, o que levava a necessidade de

² Ramo da medicina responsável pelo estudo das causas, prevenção e tratamento da tuberculose.

Disponível em < <http://www.dicionarioinformal.com.br/significado/tisiologia>>

industrialização e modernização do Estado para garantir a fluidez dos seus produtos. (RIETHER, 2014)

E foi nesse cenário que Getúlio Vargas, entre 1930 a 1934, governou o país, nomeado como Chefe do Governo Provisório, enquanto se aguardava a promulgação de uma nova Constituição. (RIETHER, 2014)

Ribeiro, sobre o tema conclui que:

O fato é que, como se pode observar, os modelos assistenciais se tornaram cada vez mais complexos, concomitantemente à modernização do Estado do ponto de vista da natureza administrativa e burocrática. Com mão de ferro e de forma populista, Getúlio Vargas inaugurou uma nova era de modernização da produção nacional e da racionalização do funcionamento do Estado, aproximando-se cada vez mais das classes trabalhadoras urbanas, com seus discursos a favor dos direitos desta categoria. Em seu governo, muitos dos direitos ligados à seguridade social foram instituídos, ao passo que também se aprimoraram as ações do Estado, acerca da saúde pública (RIBEIRO, s/d, s/p).

Destaca-se na citação acima, que a melhoria da saúde pública, estava apoiada por políticas sociais, através da institucionalização dos serviços, e com um sistema centralizado de gestão, sendo, portanto um desafio nesse período.

A saúde pública foi institucionalizada, através de um conjunto de reformas, desde outubro de 1930, passando a área sanitária, a integrar o setor educacional. Com isto, foi formado um Ministério próprio, o Ministério da Educação e de Saúde Pública, que institucionalizava a saúde pública, junto com a Previdência Social e Saúde, o que mostrava o comprometimento do Estado, em preservar o bem estar sanitário, da população brasileira. (MARQUES, 2008)

Com a criação das CAPs, já citado no período anterior, que a princípio atendeu aos ferroviários e posteriormente os marítimos e estivadores, provocando essa expansão de associados, divergências entre os planos de benefícios; cada órgão, estabelecia seu regulamento, que dependia da capacidade da receita disponível através das contribuições dos trabalhadores. (FINKELMAN, 2002)

Dessa forma, as CAPs tornaram-se fragmentadas e fragilizadas, sendo substituída pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), em 1930, considerado o marco da medicina previdenciária no Brasil, os quais, diferentemente das antigas Caixas, são organizados por categorias profissionais, não mais por empresas, e a sua direção cabia a um representante do Estado, assessorado por um colegiado, sem

poder deliberativo, que era escolhido pelos sindicatos e reconhecido pelo governo. (SILVA,1996)

Eram as seguintes, as atribuições, dos IAPs, segundo Brasil:

- a) Aposentadoria;
- b) Pensão em caso de morte; para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do artigo 55;
- c) Assistência médica e hospitalar, com internação até 30 dias;
- d) Socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração (BRASIL, 2007, p.21)

Assim, a saúde pública brasileira, começou a receber mais atenção, que foi somado a proposta de um sistema de saúde descentralizado, enquanto política estatal. Esse processo foi iniciado em 1934, sob o comando de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública, que alterou o seu nome para Ministério de Educação e Saúde (MES), adequando-o à política social do Estado Novo, de acordo com as necessidades de cada região. (HIJJAR et al, 2007)

Ainda em 1934, o Estado brasileiro teve um importante marco legislativo, com a promulgação, de uma nova Constituição, pela Assembleia Nacional Constituinte, com vistas a organizar um regime democrático que garantisse ao país, a unidade, a liberdade, a justiça, e o bem estar social e econômico. E foi nesse contexto que Vargas, foi eleito presidente da República. (BRASIL,1934, s/p)

O texto constitucional de 1934 previa melhoria das condições de vida da maioria dos brasileiros, criando leis sobre educação, trabalho, saúde e cultura. Ampliando o direito de cidadania, possibilitando a grande fatia da população, que até então era marginalizada do processo político, a participar dele, gerando com isso perspectivas de mudanças. No entanto a Constituição de 1934, foi substituída em 1937 por outra Constituição, dando início ao Estado Novo. (RIBEIRO, s/d)

De qualquer forma, alguns benefícios foram garantidos aos trabalhadores, como por exemplo: a assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora, e a jornada de trabalho de oito horas por dia. Posteriormente, foi acrescido à carta, o direito ao benefício do salário mínimo, e em 1943, instaurou-se no país, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que garantiu aos trabalhadores,

pagamento de salário mínimo, tratamento médico, pagamento de horas extras, entre outros. (MARQUES, 2008)

Apesar desses arranjos políticos administrativos, a TB, foi tratada de forma tímida, embora continuasse a navegar pela academia. Para um melhor entendimento, sobre essa inserção científica faz-se necessário retomar os períodos da história. Em 1936, um fato revolucionou a luta contra a TB, causando repercussão mundial e chamando a atenção principalmente da comunidade científica: um médico de São Paulo, Manoel Abreu, finalizou suas pesquisas, iniciadas há 17 anos em Paris, sobre um novo método diagnóstico, e criou o exame radiográfico de tórax. O novo exame foi denominado inicialmente de fotofluorografia, depois de radiofotografia e posteriormente de abreugrafia, e buscava doentes entre os aparentemente sadios. (SANTOS, 1963)

Como medida pública, que visava o controle da TB, em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Tisiologia (SNT) que tinha por missão “estudar os problemas relativos à doença, e propor medidas profiláticas com ações assistenciais”. (RUFFINO, 2002, p.53)

Também houve esforços na expansão da rede de dispensários com o início da execução do plano de implantação de pelo menos um sanatório em cada estado do Brasil, bem como da inclusão das ações de controle da TB nos serviços assistenciais dos IAPs. (HIJJAR et al, 2007)

Com esse panorama, doenças infecciosas como a hanseníase e a TB, passaram a ser tratadas sob a tutela de instituições regionais, que foram idealizadas pelo Ministro Capanema, que no período de 1934 a 1945 foi responsável por medidas importantes na reformulação do sistema, como a criação dos Serviços Nacionais, em 1941, que verticalizaram as campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias. (CAMPOS, 2000)

Logo após, foram implantadas as Delegacias Federais de Saúde, que eram responsáveis em supervisionar as atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública; por fim o Ministro Capanema, instituiu as Conferências Nacionais de Saúde, formadas por delegações de todos os estados, e que através de reuniões periódicas, debelaram sobre temas de saúde pública. (CAMPOS, 2000)

Fato também relevante sob o comando do Ministro Capanema, aconteceu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) através de um

convênio assinado pelo presidente Vargas, com os Estados Unidos, e que garantia a esse serviço, as seguintes funções: a assistência domiciliar, a implantação de redes hierarquizadas com serviços preventivos e curativos, com internação hospitalar em suas Unidades Mistas. (CAMPOS, 2000)

Com essa organização do sistema de saúde, passou o MES a preocupar-se no combate às doenças infectocontagiosas, que foram eleitas como prioritárias, pois implicavam em riscos a comunidade, em especial, as de área rural, onde estavam implantados as Unidades Mistas do SESP, firmando o campo de atuação de saúde pública, com a combinação de ações verticalizadas, com as inovadoras propostas de ações médica sanitárias, ressaltando o papel da estatização da saúde pública. (HOCHMAN, 2005)

Assim, no governo Vargas, a ação do Estado no setor da saúde se dividiu em dois ramos: de um lado a saúde pública, de caráter preventivo, sob a responsabilidade de instituições setorializadas e regionalizadas, como foi o SESP, e do outro, a assistência médica, de caráter curativo, realizada através da ação da previdência social.

Sobre esses registros, Marques (2008) observa que apesar de uma nítida redução das mortes por doenças epidêmicas, como a febre amarela principalmente nos grandes centros urbanos do Sul e Sudeste do país, houve uma proliferação de doenças de massa, como as verminoses, a hanseníase, a TB, dentre outras, que atingiam milhares de pessoas, o que dava ao Brasil, o título à época, como um dos países, que tinha mais enfermo no continente.

Com esse cenário, o Brasil inaugurava uma nova fase, conhecida como a Segunda República, de 1945 a 1964, com características mais democráticas, na apropriação de políticas públicas de saúde; após esse período emerge uma fase na história brasileira, conhecida como o período da ditadura militar que vai de 1964 a 1985, Estas duas serão objetos de discussões, no próximo tópico, intituladas de períodos de instabilidade democrática, e que descreveu a saúde brasileira na segunda metade do século XX até os dias atuais.

1.4 A SAÚDE BRASILEIRA NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX AOS DIAS ATUAIS

Esse período que compreendeu a segunda metade do século XX (1945) aos dias atuais, foi marcado por sucessivas mudanças, e que continuam acontecendo, assim como nos períodos anteriores, já que a história da saúde pública brasileira, não pode ser separada dos movimentos sociais e políticos, que de forma sucessiva, emergem em benefício à população brasileira.

Para Martins (2006) após o término da 2ª Guerra Mundial, eclodiu um movimento no mundo, que questionava sobre qual homem e sociedade que se quer ter, favorecendo o desenvolvimento das ciências naturais, e dividindo o mundo em dois blocos: o Socialista (Rússia) e o Capitalista (Estados Unidos).

Nesse cenário, o Brasil recebeu investimentos estrangeiros, principalmente da Europa, tanto na injeção de capital, quanto de tecnologia o que aproximou o país, do modelo Capitalista. (MARTINS, 2006)

Porém a indústria farmacêutica e as grandes obras rodoviárias, eram financiadas com o dinheiro dos IAPs, passando a saúde a ser tratada como mercadoria, ideia essa sustentada, principalmente, pelo lucro gerado dos institutos. (MARTINS, 2006)

Como esse período retratou momentos diferentes, porém contínuos e articulados, este tópico será dividido em subtítulos, apresentando primeiro o período de 1945 a 1985, e em posterior o de 1985 aos dias atuais, conforme redação a seguir, na identificação cronológica de fatos relevantes da história da saúde pública brasileira.

1.4.1 A saúde brasileira e os períodos de instabilidade democrática (1945 – 1964) e a Ditadura Militar (1964 – 1985): emerge o movimento “Sanitarismo Desenvolvimentista”

O fim da era Vargas, deposto em 1945 por uma junta militar, inaugurou no país, uma fase de governos liberais, que precisavam aprender a lidar com novos problemas, na saúde como: acidentes de trabalho e doenças degenerativas, que eram resultados da migração da população rural para os centros urbanos, como também

da instalação de indústrias automobilísticas, e da entrada de recursos financeiros estrangeiros.

Entretanto doenças que timidamente eram enfrentadas nos governos anteriores, como a hanseníase, a febre amarela e a TB, continuavam a ser foco de atenção, mesmo que precariamente, neste período.

Para a TB, após a criação do SNT, que realizava a supervisão às instituições e aos órgãos de assistência médico-social, foi implantada em 1946, no governo de Gaspar Dutra, a Campanha Nacional contra a TB (CNCT), com os seguintes objetivos: coordenar todas as atividades de controle da doença, sugerir a descentralização dos serviços e efetuar cadastramento torácico em toda a população. (RUFFINO, 2002)

Esses objetivos foram alcançados, através da ampliação, uniformização, interiorização e normatização do atendimento, com um número maior de profissionais envolvidos na atenção ao doente da TB. (RUFFINO, 2002)

Comenta-se que a implantação do CNCT, não foi apenas uma resposta do governo, ao número elevado de casos de TB, mas também em função de ser o período pós Segunda Guerra Mundial, onde o Estado intervém com mais propostas, no âmbito social.

De acordo com Ruffino (2002), a implantação desses serviços foram impactantes no controle da doença, principalmente quando somado a outros fatores, como por exemplo, o início do tratamento da TB, com o uso de medicamentos específicos, na década de 1940, oportunizando aos doentes tratamento ambulatorial gratuito e de oferta exclusiva destes, através de órgãos governamentais.

A fim de modernizar a saúde, em 1949, no governo de Gaspar Dutra, foram inaugurados serviços que modificaram o cenário da assistência, como: a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu); que apresentou o atendimento médico domiciliar, inexistente no serviço público; o financiamento consorciado entre todos os IAP; e, principalmente, o atendimento universal, ainda que limitado aos casos de urgência. (BRASIL, 2005)

Foi na década de 1950, que o movimento de urbanização se intensificou, com o aumento da ocupação industrial, com a destruição do sistema colonato, transformando os colonos em trabalhadores volantes (boias frias), ficando marginalizado nas periferias das áreas urbanas. (BRASIL, 2005)

Percebe-se que apesar da tentativa em modernizar a saúde, a situação política e econômica do Brasil, na década de 1950, dificultava o acesso aos serviços, principalmente pela população menos favorecida; tendo sido esta situação, a que se destaca ao longo desse estudo.

Mesmo andando na contramão, nos anos de 1950, a saúde pública passou a ser foco de debates com maior amplitude, e em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que até então funcionava junto com o da Educação. (RIETHER, 2014)

Em 6 de março de 1956, foi promulgada a Lei nº 2743, que criava o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que tinha por funções: combater às principais endemias do país, entre elas malária, leishmaniose, doença de chagas, peste, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, hidatidose, bócio endêmico e tracoma. (FIGUEIREDO et al, 2010)

A importância dessa medida, à época, foi que o DNERu passou a integrar ações antes dispersas em diferentes órgãos que combatiam isoladamente doenças específicas, o que gerou ideia de uniformidade das ações em saúde, embora o modelo ainda se mantivesse vertical, orientado para enfermidades rurais e coordenado pelo governo federal. (LIMA, 2005)

Como a TB não foi incluída nesse plano, já que os registros da época apontavam que esta, era mais presente no grandes centros urbanos, e o plano como já dito, era destinado a endemias rurais, as ações no controle da doença estavam voltadas mais ao aprimoramento do tratamento.

Na década de 1960, o tratamento passou a ser primordialmente ambulatorial, sendo iniciado um processo crescente de desativação dos sanatórios e hospitais destinados à TB. Este fato foi resultante da comprovação da eficácia de quimioterápicos, usados em seu tratamento, como: estreptomicina, isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida. (FERNANDES et al, 1993)

No cenário político, o Brasil teve mudanças frequentes de presidentes, gerando medidas que não alteravam o panorama da saúde; dentre estas cita-se a realização de campanhas que eram insuficientes na erradicação de doenças, dificultando as medidas de prevenção, de higiene, tão necessárias para evitar novos casos. (POLIGNANO, s/d)

Os sanitaristas ainda na década de 1960, apontavam em seus discursos as relações entre saúde e desenvolvimento, já que nessa década, o Brasil era marcado pela baixa renda per capita, a alta concentração de riquezas, e pela

desigualdade social. Assim surgiu o Movimento Sanitarista Desenvolvimentistas, que tinha em Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Gentile de Melo, os seus principais idealizadores. (LIMA, 2005)

Este movimento tinha como principal bandeira a defesa na compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país. (LIMA, 2005)

Outro acontecimento importante que emergiu na década de 1960 e que foi aprovado pelo presidente do Brasil, Jânio Quadros, foi a elaboração da Política Nacional de Saúde em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do MS, na gestão do Ministro, Estácio Souto-Maior, e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social. (LIMA, 2005)

Este movimento liderado pelos sanitaristas acima, foi ponto de discussões da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), em 1963, no governo de João Goulart, que foi convocada pelo ministro Wilson Fadul, importante defensor da municipalização. (BRASIL, s/d, s/p)

A III CNS, tinha por objetivos principais: a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária, e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades, entre os níveis político-administrativos da Federação, visando sobretudo, a municipalização. Porém com o golpe militar de 1964, foi inviável a implementação dessas medidas. (BRASIL, s/d, s/p)

Em 1964, no governo militar de Castelo Branco o novo ministro da saúde, Raymundo de Brito, reiterou o propósito de incorporar a este, a assistência médica da Previdência Social, fixando um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III CNS, com as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária. (LIMA, 2005)

Também algumas mudanças foram sancionadas, na tentativa de modernizar a máquina administrativa, a saber: em 1966, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) se uniram ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), se concentrando nessa pasta, todas as contribuições previdenciárias. (EYGO, 2013, s/p)

Ao INPS cabia as funções de gerenciar as aposentadorias e a assistência médica dos trabalhadores formais, ficando excluídos desses benefícios, os

trabalhadores rurais e os que estavam na informalidade do emprego. (EYGO, 2013, s/p)

Ressalta-se que nos anos de 1970, como respostas do governo Emílio Garrastazu Médici, às demandas que surgiram na década 1960, quanto uma reforma na política de saúde pública brasileira, estas, se efetivaram de forma incipiente e resguardando os interesses do Estado autoritário. (RIETHER, 2014)

Cita-se como exemplo, a criação do fundo de apoio ao desenvolvimento social, em 1974, que distribuía recursos para o financiamento de programas e em 1975, a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), considerado primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo. (RIETHER, 2014)

Outros destaques do período, para a organização do sistema de saúde público brasileiro, na luta do movimento sanitário, ocorreu no governo de Ernesto Geisel, que foram: em 1976, criou o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, e no controle da TB, implantou a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS), com funções indefinidas, o que provocou diminuição de poderes e de autonomia da Divisão Nacional da Tuberculose. (RUFFINO, 2002). Em 1979, instituiu a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). (FIGUEIREDO et al, 2010)

A ABRASCO inaugurou no país, uma associação de programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, enfatizando a residência em medicina preventiva e social, para formar gestores sanitários para o Sistema Nacional de Saúde. (FIGUEIREDO et al, 2010)

Paralelo a esses acontecimentos, as ações de controle da TB, visavam dar continuidade a mecanismos já implementados no país, para tornar as políticas públicas, com ações mais efetivas.

Destaca-se entre essas atividades, as citadas por Ruffino (2002): 1970 – O SNT foi substituído pela Divisão Nacional da TB (DNT); 1973 - passou a vacina *BCG - ID*³ ser a escolha de uso como medida de prevenção da doença; 1975 - o II

³ A vacina BCG utilizada no Brasil contém bacilos Calmette Guérin vivos, atenuados e liofilizados da cepa Moureau-Rio de Janeiro. A Fundação Ataulpho de Paiva (RJ) produz a vacina BCG para uso intradérmico (ID). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572004000200004&script=sci_arttext>

Plano Nacional de Desenvolvimento (PND)⁴, incluiu o Programa de Controle da TB (PCT), agregando apoio financeiro, que tinha por gestores o MS/INAMPS/SES, visando integrar os diferentes níveis de governo, na redução da morbidade e mortalidade provocada pela doença.

Já em 1979, sendo Presidente do Brasil, João Figueiredo, o esquema de tratamento de curta duração (6 meses) foi implantado, diminuindo assim o tempo de uso das medicações, o que foi determinante na adesão ao tratamento. (RUFFINO, 2002)

Apoiada em Nascimento (2005), quanto a natureza dessas medidas, este enfatiza que a preocupação do governo em relação a TB, era de apresentar medidas, que abordassem o tratamento, a assistência aos doentes oferecendo medicações, alimentação aos mais necessitados, o cuidado com os domicílios e acompanhando às famílias, a fim de evitar a transmissão da doença.

Ressalta-se que essas ações públicas, esbarravam em dificuldades principalmente, quanto à defasagem de profissionais habilitados, para exercerem funções sanitaristas desenvolvimentistas, já que ainda prevalecia o modelo biomédico, centrado em modelos hospitalocêntrico.

No período seguinte a esses acontecimentos, ou seja, década de 1980, iniciou no Brasil, um clima de redemocratização, com a realização da 7ª CNS, de 24 a 28 de agosto de 1980, no governo de João Figueiredo. Esta foi considerada como primeiro passo, na reformulação da política de saúde e nos propósitos do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), e buscava dotar o país de uma rede de serviços com cuidados primários de proteção, promoção e recuperação, e tinha por meta, a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000. (FIGUEIREDO et al, 2010)

Esta Conferência tinha como pressupostos básicos: a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade; a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, seja na rede pública ou privada; e, a regionalização do atendimento por áreas de populações definidas. (FIGUEIREDO et al, 2010)

Ainda na década de 1980, devido a movimentos de contestação ao sistema de saúde, o governo formou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde

⁴ O I PND foi em 1971. Disponível em < <http://bibspi.planejamento.gov.br/handle/iditem/322>>

Previdenciário (CONAPS), e em 1981 foi incorporado como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, e que tinha como principal função, realizar avaliações na saúde, gerando relatórios. (FIGUEIREDO et al, 2010)

A partir da publicação dos relatórios de avaliação do CONASP, em 1981, foram apresentados os seguintes diagnósticos do sistema de saúde pública: inadequação de serviços à realidade; inclusão insuficiente de diversas prestadoras; recursos financeiros insuficientes; desvalorização dos serviços próprios; e, superprodução dos serviços contratados. (FIGUEIREDO et al, 2010)

Figueiredo et al (2010) apontam, que dessa avaliação foram elaboradas e sugeridas ao governo federal, a fim de restaurar o setor, a criação dos seguintes programas: o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), a Programação e Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA); também foi proposto um Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), onde o PAIS posteriormente denominado de Ações Integradas de Saúde (AIS) foi identificado como a principal saída, para a universalização e integração dos serviços públicos de saúde.

Destaca-se que, às ações para a saúde pública, no período de instabilidade democrática e na ditadura militar, incluindo as voltadas à TB, foram norteadas por ações estatais, privilegiando determinados segmentos da assistência, como por exemplo, a área hospitalar; esta, foi garantida a partir da criação dos IAPs, que tinham recursos próprios, com a construção de hospitais, inaugurando os serviços médicos particulares, dando lugar a medicina privada.

Porém é importante ressaltar que no período acima, como resposta da sociedade, frente a constantes mudanças políticas, os atores sociais, ainda de forma tímida, passaram a discutir o direito à saúde, atrelando-o à garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário.

Para a TB as ações ocorridas, foram importantes na sedimentação de novos paradigmas na abordagem da doença, pelo seu caráter multidimensional, como o que será observado no próximo subtítulo.

1.4.2 A Saúde brasileira e o Período de Transição Democrática (1985 -1988) aos dias Atuais: 8ª Conferência Nacional de Saúde

Neste período, observa-se a participação mais efetiva dos diferentes segmentos da sociedade civil, de forma organizada, na discussão e construção, de um novo modelo de assistência à saúde para todos, incluindo-se nesse cenário, novas medidas de controle para a TB.

A nova República, iniciada em 1985, retomou o plano AIS, sob o olhar da reformulação do sistema de saúde, visando uma rede unificada.

Líderes de movimentos sanitários, como Sérgio Arouca, no governo de José Sarney, ocuparam posições de destaque no cenário político institucional do país, coordenando as políticas e negociações, no setor de saúde e previdência. (BRAVO, 2000)

Como consequência em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em Brasília – Distrito Federal, presidida pelo mencionado Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, que tratou os seguintes temas: I - A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e III - Financiamento setorial. (BRAVO, s/d)

Este fórum de debates contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, evidenciando que as modificações do setor da saúde, ultrapassavam os limites de uma reforma administrativa e financeira; ou seja, estava claro, quanto à necessidade de uma reforma mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. (FIGUEIREDO, et al, 2010)

Nesse encontro, foi aprovada por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e do controle social efetivo, de acordo com as práticas de saúde estabelecidas, permanecendo as propostas de fortalecimento do setor público, garantindo um direito à saúde integral. (FIGUEIREDO, et al, 2010)

Esse era um momento importante, para a Reforma Sanitária brasileira, que teve por norte o seguinte princípio: “saúde como direito de todos e dever do Estado” no Brasil; também esse fórum, levou a discussões que propusessem a garantia da saúde como direito social irrevogável como também os direitos humanos e de cidadania. (BRASIL, 2010, p.9)

Contextualizada por Acurcio (s/d), a Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, aprovou a nova Constituição Brasileira, e que pela primeira vez, foi incluída uma seção sobre a Saúde que incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da 8ª CNS, como a da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Figueiredo et al (2010), nesta Conferência, também se discutiu a unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde, ficando a Previdência Social, responsável pelas ações próprias do seguro social, enquanto que a saúde, seria de responsabilidade de um órgão federal, com novas características. Com esses determinantes, foi aprovada a criação de um sistema com a separação total da saúde, em relação à previdência.

Para adequação das mudanças, e pela carência de entendimento sobre temas mais polêmicos, como exemplo, o financiamento e a operacionalização do novo sistema, em julho de 1987, no governo de José Sarney, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se apresentou como base na construção do SUS. (FIGUEIREDO et al, 2010)

A principal característica do SUDS, segundo Venâncio (2005), é que este contribuiu no avanço de uma política de descentralização da saúde, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades do setor e favoreceu a implementação das estratégias de hierarquização.

Em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a 8ª Constituição do Brasil, denominada Constituição Cidadã, que foi considerada um marco na redefinição das prioridades da política do Estado, na área da saúde pública. (VENÂNCIO, 2005)

A Constituição Cidadã garantiu a saúde, como o direito de todos e dever do Estado, assegurando aos usuários, acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde; às instituições privadas, cabia a participação dos serviços do SUS, através de ações complementares, sendo as atividades preventivas de maior enfoque. (COHN & ELIAS, 1996)

Em 1989, foi realizada eleição direta para presidente da República, e em janeiro de 1990, assumia o governo, Fernando Collor de Melo, que ao promulgar a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a 8080, aplicou um grande número de vetos a esta, fragilizando resultados de discussões importantes na implantação do novo modelo de assistência; e foi nesse panorama que iniciou, a construção do SUS. (Figueiredo, et al, 2010)

Com esses vetos, vários programas de saúde pública foram atingidos, resultando principalmente em ações desarticuladas. No caso da TB, foi desativada a Campanha Nacional de Combate à TB, conforme argumento utilizado de redução de custos e do processo de descentralização para os estados, o que levou a um processo de desorganização da gestão do programa e diminuição na transferência de recursos financeiros; esse panorama se fez presente no mesmo momento em que a aids avançava no país. (RUFFINO & SOUZA, 1999)

Esse novo quadro, provocou a desestrutura das ações e a não priorização do programa, o que enfraqueceu as coordenações regionais, levando ao surgimento de indicadores desfavoráveis ao controle da doença, como por exemplo: queda da cobertura, diminuição de busca de casos novos, piora dos resultados de tratamento e aumento de abandono. (RUFFINO, 2002)

E foi nesse cenário que o SUS, de forma gradual, se construiu sendo implantado nas estruturas administrativas do governo, com o surgimento de um sistema provisório de acesso aos serviços denominado de Sistema Único e Descentralizado de Saúde(SUDS), que permitia aos gestores, trabalhadores e sociedade civil conhecerem e adaptarem-se às mudanças; depois veio a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que determinou o arcabouço jurídico do SUS, promovendo a sua regulamentação no país, o que levaria a promulgação de novas leis, como se verá adiante. (COHN & ELIAS, 1996)

Figueiredo et al (2010) elencam que essas mudanças foram acompanhadas por debates acirrados, com resistências principalmente dos prestadores de serviços privados do setor saúde e da medicina, já que esses serviços iriam diluir-se nos arranjos burocráticos que davam sustentação ao modelo médico-assistencial privatista, consolidado nos anos 1970.

Faria (1997) sobre o tema infere que, apesar da conquista da regulamentação do SUS, em 1990, foram deixados de fora da publicação, temas relevantes, como por exemplo, o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras.

A fim de ressaltar quanto a importância, da regulamentação do SUS, destaca-se em particular, os seus princípios, que estão descritos nas Leis nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e são conhecidas

como Leis Orgânicas de Saúde (LOS). Essas são conhecidos atualmente, por princípios éticos – políticos do SUS, e apresentam a seguinte descrição:

1) A universalidade do acesso, compreendida como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; 2) A integralidade da atenção, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema; 3) A equidade que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e, na implementação de ações estratégicas voltadas para a sua superação; e 5) a participação social, que estabelece o direito da população em participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de controle social. Essa participação social significa a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil, na produção de saúde, ou seja, na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas de saúde. (BRASIL, 1990, p.3)

Verifica-se que, a legitimidade desses princípios, contribuíram na sedimentação do conceito ampliado de saúde, atrelado à qualidade de vida, e também como resultado de conquistas históricas, pela luta de padrões da dignidade da vida humana, como: moradia adequada, trabalho digno, acesso ao lazer, e às ações integrais de saúde e a uma educação de qualidade.

Com isso destaca-se o quanto foi amplo a implantação e consolidação do SUS, uma vez que demandava não apenas a assistência à saúde, mas também a articulação de ações com atividades Inter setoriais do Estado. (BRASIL, 2007)

Vários outros instrumentos públicos, foram surgindo a partir de 1990, para compor a estrutura e a organização do SUS, como o Pacto pela Vida, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) visando melhorar a qualidade da assistência dos serviços na Atenção Básica de Saúde (ABS), já que nessa nova fase, a discussão se fez em busca de cuidados de promoção da saúde e de prevenção das doenças. (BRASIL, 2010)

Para apoiar essa nova concepção de saúde, Minayo traz o seguinte comentário, sobre o tema:

A visão antropológica sugere a compreensão de categorias como saúde e doença dentro de uma perspectiva contextualizada e histórica de classe, de

gênero, de idade, de etnia, hoje consideradas as quatro categorias mais relevantes para diferenciações da questão social, além da especificidade histórica. (MINAYO, 2006, p.209)

A importância da visão antropológica sobre a saúde, remete a ideia de que saúde e doença são fenômenos que não podem ser explicados, apenas sob a ótica de processos biológicos; estes se relacionam, com outros fenômenos, em especial, o social, que pode determinar as mudanças do perfil biológico dos indivíduos.

A comprovação dessas relações, são apontadas por Riether (2014), ao inferir que o processo de saúde – doença, não deve ser analisado apenas sob o aspecto biológico e ou psicológico, já que há uma interjeição com fatores sociais, favorecendo assim uma constante troca e alterações entre esses fenômenos.

Vale ressaltar que novos paradigmas são somados, quanto a forma da abordagem da saúde, deixando esta de ser apenas curativa e reparadora, para adquirir postura de promoção da saúde e prevenção das doenças, através de políticas públicas, que levem a práticas e hábitos de vida, mais saudáveis. (RIETHER, 2014)

Com isso, o Brasil acompanhou recomendações internacionais, sobre Promoção da Saúde, que aconteceram, antes da criação do SUS, como o citado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – 1978 – a Carta de Ottawa – 1986, que propuseram a ampliação do conceito de Saúde, não apenas, como o completo bem estar físico, mental e social, mas, como, um estado de vida, agregado a determinantes sociais, culturais, comportamentais, entre outros. (RIETHER, 2014)

A comunidade científica, ao propor esse modelo de discussão ampliado sobre a saúde, remete às nações, reflexões sobre o tema, o que gerou principalmente um olhar diferenciado sobre a frequência da doença. O aumento de número de casos de TB, nesse período, fez com que a OMS, em 1993, declarasse ser esta doença, uma emergência mundial. (HIJJAR e PROCÓPIO, 2006)

Para ofertar serviços que oportunizavam ações com qualidade, os governantes voltaram-se o olhar, para o acesso aos serviços de saúde, de forma igualitária, com equidade, integralidade e descentralização das ações, e enxergando os diversos grupos sociais, de acordo com o que foi estabelecido pelo SUS, o que levava a amplas discussões, com a participação dos usuários, mediante a realização de Conferências de Saúde. (RIETHER, 2014)

Estas Conferências, totalizando quatorze, sendo a primeira em 1941, onde cabia ao Estado o controle Sanitário e Assistencial, e a última em 2011, que tinha por tema principal: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro, permitiam debates públicos, na participação dos movimentos organizados, das entidades ligadas à área da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde. (BRASIL, 2009)

Segundo Brasil (s/d), a Lei 8142 estabeleceu que cada esfera de governo, além de organizar e manter Conselhos de Saúde, teria que realizar Conferências, com periodicidade de quatro anos para suas reuniões, e seriam convocadas pelo poder Executivo, ou excepcionalmente pelo Conselho de Saúde, e tinha como objetivos principais:

- 1) Avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão; 2) orientar os governos na elaboração de planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional. (BRASIL, s/d)

As Conferências, vem apresentando um aumento importante na participação da sociedade civil, o que garante a definição de políticas de saúde, cada vez mais democráticas, e fortalece o SUS.

A construção das conferências, também vem produzindo um número crescente de resoluções, conforme o que é observado na publicação do relatório final desses encontros; na 1ª conferência, por exemplo, realizada em 1941, foram abordados quatro eixos temáticos e não houve encaminhamento de nenhuma resolução, já na 13ª, que aconteceu em 2007, e tratou de três temas, recomendando ao final do encontro, oitocentos e cinquenta e três resoluções, mostra o crescimento e a legitimidade desses fóruns de debates, na construção de um SUS, mais consistente. (BRASIL, 2009).

Para a TB, apesar da declaração pela OMS, em 1993 de ser esta uma emergência mundial, somente em 1996, que o Estado brasileiro, implantou o Plano Emergencial, onde propôs a transferência de recursos, escolhendo 230 municípios para compor essa amostragem nacional, baseado nos critérios de: densidade populacional, posição epidemiológica, taxa de abandono e associação com a aids. (RUFFINO,1999; RUFFINO,2001; SANTOS, 2007; HIJJAR et al, 2007)

Esses municípios deveriam elaborar um planejamento estratégico, com o objetivo de atender às metas estabelecidas e, assim, receber os recursos celebrados através de convênio com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (RUFFINO,1999; RUFFINO,2001; SANTOS, 2007; HIJJAR et al, 2007)

Destaca-se apoiada nos autores acima, que a região nordeste teve a inclusão do maior número de municípios (81) e a região norte representou a de menor inclusão (26), de acordo com os critérios pré-estabelecido pelo plano.

Apesar dessas medidas, a OMS declarou em 1998, que o Brasil era um dos dez países com maior número de casos, o que levou a criação do Plano Nacional de Combate à Tuberculose, que tinha por objetivo implantar Centros de Excelência, diagnosticar pelo menos 92%, tratar eficazmente ao menos 85% dos casos diagnosticados, reduzir a incidência em no mínimo 50% e a mortalidade em dois terços até o ano de 2007. (RUFFINO, 1999; RUFFINO, 2001; SANTOS, 2007; HIJJAR et al, 2007)

No fortalecimento das ações de controle da TB, em 2000, o MS propôs o Plano para Eliminação da Hanseníase e Controle da TB nos municípios prioritários, através da Atenção Básica em Saúde. (HIJJAR et al, 2007)

A fim de garantir a dimensão política gerencial, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2003, aprovou o decreto 4.726/2003, que reformulava o Ministério da Saúde, e criava a Secretária de Vigilância em Saúde, apoiando-se em preceitos já praticados pela Fundação Nacional de Saúde. Com isso a TB ocupou posição de destaque, agregando modelos de atenção que mudava o panorama da doença, onde os Municípios e os Estados foram chamados a pactuar com a esfera Federal, o controle da Tuberculose em suas regiões geográficas. (HIJJAR et al, 2007; SANTOS, 2007)

A saúde pública brasileira de forma geral, a partir de 1985, organizou-se em busca de políticas públicas que garantissem a aplicabilidade dos princípios do SUS em todos os municípios da Federação.

Nesse propósito, destaca-se a agenda pública de pactuação de compromisso pela Saúde 2006: Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, em fevereiro de 2006, que contou com a participação das três esferas do Governo, onde os gestores se comprometiam publicamente na construção de um processo de cooperação, de compromisso pela saúde, revisado anualmente, que tinha como base

os princípios do SUS, o que demandava na definição de prioridades articuladas e integradas. (BRASIL, 1990)

No desenvolvimento da história da saúde pública brasileira, a partir de 2006 até 2015 vários acontecimentos de relevância vem ocorrendo, como por exemplo, a autonomia financeira de alguns municípios, mediante a apresentação de agendas públicas, já se fizeram presentes na história das políticas públicas de saúde no Brasil, que em função dos objetivos desse estudo, não serão aqui detalhados.

Destaca-se ainda que temas de relevância sobre a TB, em especial, sobre o PCT, sua organização e a estrutura das ações nas ABS, serão apresentadas de forma mais detalhada, no capítulo II, onde a TB dialoga com as políticas públicas.

Aponta-se que em 2015, de 01 a 04 de dezembro, em Brasília, acontece a 15ª Conferência de Saúde, que tem como tema: Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas. Direito do Povo Brasileiro, onde após a abertura para o processo de inscrição, no dia 13 de novembro, no portal do MS, em cerca de 19 minutos, as 98 vagas disponíveis para os participantes livres da etapa nacional da conferência, foram preenchidas, o que representa o interesse dos diferentes segmentos da sociedade, em atuarem como agentes de transformações em fóruns de debates.

Após a análise dos períodos da saúde pública no Brasil, e para cumprir com os objetivos propostos, o estudo apresenta no próximo capítulo, recortes históricos das políticas públicas dialogando com a tuberculose, e também elenca a organização do serviço público no Distrito Federal (DF), com destaque da Atenção Básica em saúde.

Ressalta-se da importância dessa configuração do capítulo, em função de que a pesquisa de campo ocorreu em Centros de Saúde do DF, e ao identificar a realidade atual reconhece-se a sua história na compreensão dos fatos.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DIALOGANDO COM A TUBERCULOSE

É propósito deste capítulo, contextualizar as Políticas Públicas de Saúde do Estado brasileiro, dialogando com o comportamento da Tuberculose (TB), na compreensão de um agravo de elevada magnitude, com transcendência social e cultural, e com isso reconhecer, a importância das suas funções, no controle da TB, no território brasileiro.

O capítulo traz informes biológicos, epidemiológico e social, relacionados à TB, destacando também o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o acesso ao diagnóstico, nas Unidades Básicas de Saúde, e por último aborda a organização do sistema público de saúde no DF, a fim de categorizar o cenário da pesquisa de campo que será detalhado no capítulo III, no alcance dos objetivos do estudo.

2.1 A TUBERCULOSE COMO PROBLEMA BIOLÓGICO, EPIDEMIOLÓGICO E SOCIAL NO BRASIL

Este subitem ao descrever sobre a TB, como problema biológico, histórico, epidemiológico e social, apoia-se em autores, como Barroso, Ruffino, Maria Tereza Scatena Villas, Brasil, entre outros, a fim de apresentar os fatores determinantes desse agravo no Brasil.

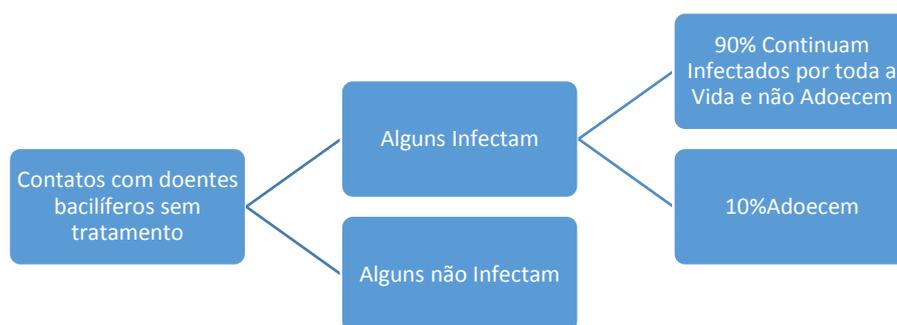
A TB é uma doença infecciosa, transmissível e curável, e tem por agente etiológico, um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito. Em patologia, é exemplo de infecção que necessariamente não evolui para doença; ou seja, apenas, 7 a 10% das pessoas, que entram em contato com o bacilo, é que desenvolverão a doença, em algum momento de sua vida. Há mais de três mil anos o agente etiológico, que causa a tuberculose, acomete de maneira crescente a população mundial. (BARROSO, 2002)

Devido à característica aerógena, ou seja, o agente que é um bacilo, e necessita de oxigênio para crescer e se multiplicar, faz dos pulmões, o alvo principal

de infecção e adoecimento, porém qualquer outro órgão pode ser infectado e vir a adoecer, como por exemplo: gânglios, rins, ossos, olhos e meninges, entre outros (BRASIL, 2002)

A figura abaixo esquematiza a transmissão e o adoecimento da TB:

Fig 1: Esquema gráfico da transmissão e adoecimento da Tuberculose



Fonte: Manual de Controle da Tuberculose, MS/Brasil 2001

Na forma pulmonar, é a tosse o sintoma mais precoce da tuberculose, e por ser um sintoma de pouca expressão clínica, não traduz aos pacientes, a necessidade de buscar o serviço, associando geralmente esse sintoma, com uma gripe. (SIQUEIRA, 2012)

De forma geral, o paciente só procura o serviço quando surgem outros sintomas (busca passiva) o que aumenta o tempo, entre o início da doença e o diagnóstico da mesma. (SIQUEIRA, 2012)

Através de evidências arqueológicas e históricas, os primeiros casos de TB no homem, datam mais de 5000 anos a.C., observadas em múmias egípcias, que apresentavam anormalidades, semelhantes a do comprometimento vertebral, por esse agravo. (RUFFINO, 2002)

Na América do Sul, os primeiros registros de casos de TB no homem, foi em uma múmia peruana que morreu em 1.100 anos a.C. onde fragmentos de tecidos, foram estudados, e localizado uma sequência compatível com o Ácido desoxirribonucleico (DNA), do *Micobacterium tuberculosis* (bacilo que causa TB). (RUFFINO, 2002)

A história aponta ainda, que a TB, adquiriu o comportamento endêmico no mundo, através de sucessivas infecções, e adoecimento na população indígena, fato

esse similar também no Brasil. Do período da colonização ao período do império, eram alto os índices de mortalidade por TB, apresentando -se em torno de 700 por 100 mil habitantes. (BARREIRA, 1997)

A TB tem sido ao longo da história da saúde mundial, uma das doenças infectocontagiosas, que mantém altos índices, em muitos países. É uma enfermidade antiga que persiste como problema sério de saúde pública, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. (BRASIL, 2004)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, determinou ser a TB uma emergência global, estimando a sua prevalência em 32%, sendo o principal fator de risco, para o surgimento de novos casos, em países desenvolvidos, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). (BRASIL, 2004)

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), propôs Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)⁵, que no Brasil são chamados de oito Jeitos de Mudar o Mundo, como resultado de análise de problemas graves que o acometem. A TB está contemplada no 6º objetivo intitulado: Combater a aids. (BRASIL, 2004)

Diante desse cenário em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS), totalizou 9 milhões de pessoas e 1,5 milhão de mortes por tuberculose, no mundo, e a maioria (95%) em países de baixa e média renda. (BRASIL, 2015)

Os casos estão distribuídos, em 22 diferentes países; a Índia e a China representam 40% dos casos notificados, e o Brasil ocupa, o 16º lugar, com cerca de 67.966 casos novos de tuberculose, concentrados principalmente, nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2015)

Os casos se concentram mais na população economicamente ativa, devido a uma maior exposição, e maior contato entre as pessoas, inclusive com os doentes de tuberculose, sem tratamento. Essa situação é intensificada para a população prisional, para a população em situação de rua, e para as pessoas mais pobres, com menores índices de escolaridade. (BRASIL, 2010)

Com esse comportamento epidemiológico e social, as organizações internacionais e nacionais, estabelecem mecanismos, que levem a um maior controle quanto à disseminação da doença entre as pessoas.

⁵ O Desenvolvimento do Milênio (ODM) constitui o conjunto de oito acordos estabelecidos pelos 191 países representados nas Nações Unidas em reunião da Cúpula do Milênio, realizada em Nova York em setembro de 2000. Disponível em < <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>>

No Brasil, a TB é considerada prioridade, pelo governo Federal, desde 2003, tornando a doença objeto de discussões, na elaboração de medidas, para o seu controle. Essas medidas estão presentes nas principais pactuações nacionais, como no Pacto pela Saúde, Mais Saúde, Programação das Ações de Vigilância em Saúde, e mais recentemente, na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). (BRASIL, 2012)

No plano internacional, como medida de controle da doença, O Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015 (*The Global Plan to Stop Tuberculosis 2011 - 2015*) proposto pela OMS, tem como visão livrar o mundo da TB. Seu objetivo é reduzir drasticamente a carga da doença até 2015, de acordo com o que foi pactuado nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. (BRASIL, 2012)

O plano está dividido em seis componentes:

[...] Expandir a estratégia *DOTS* (*Direct Observed Treatment Strategy, Short-Course* – Tratamento Diretamente Observado, em português) com qualidade; visar a coinfeção TB/HIV, tuberculose multidrogarresistente (TB MDR) e as necessidades de populações pobres e vulneráveis; fortalecer o sistema de saúde baseado na atenção primária; empoderar as pessoas com tuberculose e a sociedade civil organizada; envolver todos os prestadores de serviços de saúde; e possibilitar e promover pesquisas. (BRASIL, 2012)

Contempla ainda as metas: reduzir, pela metade a incidência e a mortalidade por TB até 2015, e a sua eliminação como problema de saúde pública até 2050. (BRASIL, 2012)

Como resultado dessas medidas, o Boletim Epidemiológico de 2015, do Ministério da Saúde, divulgou resultados significativos no controle da doença no Brasil:

Em 2014, foram diagnosticados 67.966 casos novos de tuberculose. Ao longo dos anos, observa-se redução do coeficiente de incidência, passando de 41,5/100 mil hab. em 2005 para 33,5 por 100 mil hab. em 2014, o que corresponde a uma redução média de 2,3% ao ano nesse período. (BRASIL, 2015, p. 3)

Quanto ao número de mortes, o Boletim apresentou os seguintes dados:

O coeficiente de mortalidade por tuberculose também apresentou redução no período de 2004 a 2013; Em 2013, os estados com maiores coeficientes foram Rio de Janeiro (5,0 óbitos/100 mil hab.), Pernambuco (3,8/100 mil hab.) e Acre (3,6/100 mil hab.) As capitais Recife- PE, Rio de Janeiro-RJ e Belém-PA apresentaram maior risco de morte por tuberculose. (BRASIL, 2015)

Verifica-se com essas informações que o controle da TB, em algumas regiões do Brasil, apresentou resultados diferentes, conforme mostram os números; onde o Programa se organizou, de acordo com os serviços descentralizados, como por exemplo, no DF, reduções significativas quanto à incidência (número de casos novos) e a mortalidade (número de mortes por TB), foram apontadas pelo Boletim Epidemiológico de 2014 do Ministério da Saúde⁶.

Tal comportamento pode estar atrelado, também a pouca divulgação, na mídia, sobre esse problema de saúde pública, que está presente, entre a população brasileira. Destaca-se que por ser a doença, um problema social, que tem relação direta com a miséria e com a exclusão social, e que afeta, principalmente, as periferias urbanas ou aglomerados urbanos, geralmente associados às más condições de moradia, e de alimentação, à falta de saneamento básico, ao abuso de álcool, tabaco e de outras drogas, favorece nesses segmentos, uma concentração de casos, cada vez mais uniforme e concentrado.

Com isso, os serviços, em especial a Atenção Básica, é carente de estratégias específicas no controle da TB, como o que será verificado, no próximo subitem, que aborda a estrutura organizacional do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), como estratégia de política pública, sob a ação do Estado, no controle da doença.

⁶ Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Volume 46 Nº 9 2015. Disponível em < <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf> >

2.2 O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT): a dimensão organizacional de uma política pública de saúde e novos desafios

Este subitem apresenta o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), como um instrumento de competência de regulação, enquanto política pública de saúde, e que deve ser conduzido de forma integrado e organizado, dentro de um modelo de gestão que propicie uma interação entre as três esferas de governo, no controle da doença.

Ressalta-se a importância deste, na organização da assistência aos usuários, que buscam o diagnóstico ou que estão tratando de TB, principalmente nos serviços de atenção básica de saúde.

No capítulo I, os fatos históricos da TB a apresentaram como problema de saúde pública e descreveram como o País se organizou para controlá-la, associado aos acontecimentos políticos do país; na compreensão dos fatos, resta reconhecer a aplicabilidade das políticas públicas, como por exemplo, como as ações do PNCT vêm sendo executadas no controle da TB no Brasil, destacando aquelas relacionadas ao acesso no diagnóstico da doença, em função dos objetivos do estudo, o que será abordado neste e no próximo subitem do estudo.

Tais políticas públicas são estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), com o PNCT. Na esfera estadual, são os Programas Estaduais de Controle da Tuberculose (os PCT) ligados à Diretoria de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Estaduais de Saúde, que fazem o cumprimento das normas e buscam o alcance das metas. Em âmbito municipal, compete a Atenção Básica em Saúde (ABS), sob a gestão das Secretarias de Saúde dos municípios, a implementação das ações de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e notificação. (BRASIL, 1999)

A inserção do PNCT na agenda de governo brasileiro, enquanto política pública vigente ocorreu em março de 2000, onde o Presidente Fernando Henrique Cardoso e o Ministro da Saúde Humberto Costa Lima, seguiram recomendações da Declaração de Amsterdã, durante a Conferência Ministerial sobre TB e Desenvolvimento Social, que teve como pauta principal, a busca de soluções para o controle desta doença, em países em desenvolvimento, definindo linhas de ação. (WHO, 1999)

A declaração considerou a participação popular, o uso de tecnologia eficaz e acessível no diagnóstico da doença e a atuação da ABS, na assistência aos usuários com suspeita ou confirmação, como medidas importantes a serem executadas, em seu controle. (WHO, 1999)

Como consequência, a partir de 2003 a TB passou a fazer parte da agenda de prioridades das políticas públicas no Brasil, onde o MS propôs um pacto com as demais esferas de gestão governamental. O fortalecimento da estratégia Tratamento Supervisionado ou Tratamento Diretamente Observado (TS/TDO), era instrumento importante no alcance de metas internacionais: detecção de 70% dos casos bacilíferos estimados, e de cura de 85% dos casos tratados, a ser executado pelas UBS. (RUFFINO, 2001)

A fim de alcançar esses objetivos, em 2004, sendo o Brasil governado por Luís Inácio da Silva e na pasta da Saúde, o Ministro Humberto Costa Lima, o PNCT, integrado ao SUS fundamentava-se na descentralização e na horizontalização, com as seguintes ações: vigilância epidemiológica, integração com a atenção básica, práticas educativas em saúde, comunicação, capacitação e treinamentos em serviços, avaliação, dentre outros, com atribuições definidas para as esferas federal, estadual e municipal. (SANTOS, 2007)

Para que o PNCT alcançasse resultados eficazes e eficientes, nas atividades da ABS, era necessário que os gestores, nas três esferas do governo priorizassem suas ações. Diante desse panorama, foram realizadas oficinas macrorregionais visando sensibilizar, dimensionar responsabilidades e informar sobre os meios e recursos para as atividades do programa, disponíveis no SUS. (SANTOS, 2007)

Das ações do PNCT, segundo Santos (2007), a vigilância epidemiológica foi considerada prioritária já que tinha por objetivo detectar precocemente os casos de TB. Para que as ações se concretize, faz-se necessário que:

[...] se estimule a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, seja na comunidade ou em unidades de saúde, incluindo ambulatórios, emergências e hospitais nos grandes centros urbanos e em grupos de maior risco, tais como indígenas, albergados, população de rua, sistema prisional e portadores do HIV/Aids. (SANTOS, 2007, p 91)

Verifica-se na citação, que apesar do PNCT, priorizar as ações de vigilância nos serviços de ABS, recomendava-se que estas fossem também realizadas nos locais onde se concentre população vulnerável ao risco de desenvolver TB, aumentando assim as oportunidades para o diagnóstico precoce da doença.

Apesar desses esforços coordenados pelo MS, sob o comando do Ministro José Saraiva, em 2005, após avaliação da OMS, os resultados indicavam que a taxa de cura no Brasil, que tinha por Presidente Luís Inácio da Silva, era a nona pior entre os 22 países que mais concentravam casos no mundo (81%); em relação ao Tratamento Supervisionado (TS), a taxa de cobertura era a segunda pior (68%); ou seja o Brasil não atingia as metas internacionais, previstas para o controle da TB. (BARREIRA e GRANGEIRO,2007)

Com esses resultados o MS investiu mais no fortalecimento de ações descentralizadas, com atendimento e acompanhamento na Atenção Básica, fazendo com que mais municípios assumissem seu papel no controle da doença o que resultou em indicadores mais favoráveis. Após esses esforços, em 2008, estando ainda como Presidente Luís Inácio Lula da Silva, e na pasta do MS o Ministro José Gomes Temporão, houve queda no índice de mortalidade, com 4.735 óbitos por TB, nesse ano, contra 4.823 em 2007; também foi observado uma redução na taxa de incidência de 38,1 para 37,4 por 100 mil habitantes. (BARREIRA e GRANGEIRO,2007)

Entretanto atividades como redução da taxa de abandono, a busca ativa de casos, não apresentaram resultados impactantes, apesar do aumento de recursos, em quatorze vezes, de 2002 a 2009, em ações de prevenção. Segundo Barreira (2010), a população ainda era desinformada em relação a magnitude do problema, sendo este, considerado um dos motivos, pelo alto índice de casos de TB no Brasil.

A fim de apoiar as organizações internacionais, a OMS através do plano global de controle da TB, propôs diminuir a carga global da doença (incidência, prevalência e mortalidade). Uma das metas prevista no plano, era a redução da prevalência e da mortalidade da TB em 50%, até o ano de 2015, em relação a 1990. (OMS, 2007)

Atualmente, o PNCT, compõe a pasta da Secretaria de Vigilância em Saúde, é desenvolvido e executado de forma unificado, em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Atua com assistência descentralizada, para toda a rede de serviços, com a recomendação da estratégia TS, distribuição gratuita de medicamentos, e de outros insumos necessários. As ações preventivas e do controle

do agravo, são incentivadas, favorecendo o acesso universal da população, a esse conjunto de medidas. (BRASIL, 2008)

Na esfera federal, o PNCT, se integra com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2006), e na municipal com a Atenção Básica, com a participação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), na garantia da ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2008)

O PNCT para dinamizar suas ações, desenvolve parcerias com organizações não governamentais (ONGs) e governamentais nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia); e também internacionais (Coalizão Global de TB - Stop TB; União Internacional contra a TB e Enfermidades Respiratórias – UICTER; Agencia Americana para o Desenvolvimento Internacional - USAID; Organização Mundial de Saúde -OMS; Organização Pan Americana de Saúde – OPAS entre outras. (BRASIL, 2008)

A parceria do PNCT da esfera federal com a estadual, ocorre através de diferentes instrumentos de pactuação como: o Pacto pela Vida, a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção Básica. (BRASIL, 2015)

Também o PNCT estabelece cooperação técnica e operacional, com outros setores da área da saúde, como: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Coordenação-Geral de Laboratórios (CGLAB) e Unidade Técnica do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (UT-Sinan), e secretarias estaduais e municipais. Essa organização, é fundamental no desenvolvimento de políticas públicas a nível local, como por exemplo o acesso ao diagnóstico da TB. (BRASIL, 2015)

Esses pactos já sinalizavam resultados favoráveis, onde segundo Brasil (2015), apesar do comportamento endêmico da TB nos municípios brasileiros ser heterogêneo, com taxas de cura abaixo do preconizado pela OMS, estas vem apresentando declínio contínuo por uma década e meia, com redução da taxa de incidência em 2,0% ao ano, desde 2002.

O MS para garantir indicadores epidemiológicos aceitáveis e satisfatórios no combate a TB, tem se empenhado nos últimos anos principalmente, na divulgação de dados de morbimortalidade, como a série Saúde Brasil e as Publicações das Experiências em Monitoramento e Avaliação da Tuberculose no Brasil, disponíveis *on-*

line, a fim de que essas informações possam influenciar os estados e municípios, na adoção de estratégias regionalizadas na luta contra TB, transformando a informação em ação. (BRASIL, 2015)

O Relatório Global de Tuberculose 2015 da OMS, declarou que o Brasil atingiu todas as metas internacionais, que eram: parar e reverter a tendência do coeficiente de incidência da tuberculose até 2015 (meta estabelecida nos Objetivos do Milênio); e reduzir em 50% a prevalência e a mortalidade por tuberculose em 2015, em comparação a 1990. (WORD, 2015)

No DF a atenção ao usuário suspeito ou confirmado de TB, nas ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), é feita através da sua rede de ABS descentralizada, regionalizada e hierarquizada, que responde por quase 70% da assistência; estas, contam com serviços de especialização, das unidades secundárias (os hospitais regionais), e um serviço de referência, que se desenvolve no Hospital Dia, da Secretaria de Saúde do DF, a fim de favorecer resolubilidade ao programa local. (KUSANO et al, 2001)

De acordo com estudos de Cárdenas (2010) no período de 2003 a 2007 no DF foram notificados 3215 casos de TB; destes 74,3% correspondiam a residentes do Goiás. O coeficiente de incidência variou de 19,0/100 mil habitantes em 2003 para 16,4/100 mil habitantes em 2006, o que representou uma taxa menor que da média nacional (45/100 mil) Ceilândia foi a região administrativa que concentrou o maior número de casos (15,1) seguida por Taguatinga (8,6), Brasília (7,9) e Planaltina (6,6).

Ainda de acordo com a mesma autora, a concentração de casos se deu no sexo masculino, sendo a média de idade de 37 anos, com maior proporção na faixa etária dos 35 ao 39 anos, seguida pelo grupo de pessoas entre 25 a 34 anos de idade.

Cárdenas (2010) apontou que as estratégias recomendadas pelo PNCT, ainda são timidamente aplicada no DF; no período estudado pela pesquisadora (2003 a 2010), a taxa de adesão ao TS era de 8,3%, contra 68,3 % para o tratamento auto administrado nos pacientes tratados e curados.

A autora destaca que o PCT-DF, enquanto estratégia de controle da TB está aquém do esperado, principalmente na avaliação de indicadores operacionais, como: realização de exames para diagnóstico (baciloscopia, cultura e testagem para o HIV), sendo determinante para resultados com baixa efetividade. (CÁRDENAS, 2010)

Estudos de Brasil (2009), demonstram que o percentual de cura no DF nesse ano era de 77,5%, e está abaixo da meta traçada pelo PNCT, de curar no mínimo 85% dos casos; quanto a frequência de abandono, essa foi de 4,5%, e está dentro da meta do PNCT, que estima que seja menor que 5%.

De acordo com o boletim do Panorama da TB no Brasil, o DF em 2013 notificou 386 casos da doença, sendo 337 de casos novos, com um coeficiente de incidência de 12,1 casos por 100.000 habitantes. Os números apresentados no Boletim Epidemiológico da SES/DF de março de 2015, demonstraram ser um dos menores coeficientes de incidência da doença no país. (GDF, 2015)

Atualmente o PCT do DF tem avançando mais na descentralização das ações, detecção de casos, aumento dos percentuais de cura e da redução de abandono do tratamento.

De acordo com o Boletim, 63 Unidades de Atenção Primária, seis Unidades Prisionais, cinco hospitais, um Centro de Referência para casos de Multidroga resistência, ambulatórios para moradores em situação de rua e uma unidade de internação no Hospital Regional do Gama, são responsáveis em realizar as ações descritas no programa no DF, com apoio dos laboratórios regionais sobre a supervisão do Laboratório Central, quanto a realização de exames na confirmação do diagnóstico. (GDF, 2015)

As ações do PNCT no DF, são executadas pelas Unidades de Saúde, incluindo a estratégia do PSF e do PACS, com o principal objetivo de prevenir o adoecimento por TB e realizar a busca ativa de casos, de forma rotineira. (GDF,2015)

O PCT/DF investe em capacitação de profissionais de saúde, para que haja ampla divulgação no reconhecimento das estratégias no combate a essa doença, e que estes instrumentalizados, possam executar as diretrizes do programa, garantindo assim o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo.

O Relatório Global de Tuberculose 2015 da OMS, divulgado em 28 de outubro de 2015, apontou que como a aids, a TB é uma das principais causas de morte no mundo, e calculou que em 2014, 9,6 milhões de pessoas no mundo, como já referido, tiveram essa doença e que 12% destas, eram de pacientes com HIV. (WHO, 2015)

Diante desses números o documento acima, destacou a necessidade de melhorar a detecção de casos e tratamento, acabar com a falta de recursos, e investir no desenvolvimento de novos diagnósticos, medicamentos e vacinas. Sob essa

perspectiva, o objetivo global no controle dessa doença, tem por meta a partir de 2016, a eliminação da epidemia com a Estratégia Fim da TB, adotada por todos os Estados membros da OMS; essa recomendação significa a redução da incidência em 80% e a mortalidade em 90%, o que até 2030, diminuiria os grandes custos nas unidades que tratam TB. (WORD, 2015)

Verifica-se, ao finalizar este subitem, que o PNCT participa da agenda do governo e que foi implantado nas esferas federal, estadual e municipal, cabendo a essa última executar as suas ações, através da ABS, o que favorece o cumprimento e a superação de metas, no controle da doença, já que esses serviços são geralmente de acesso facilitado ao usuário.

Entretanto algumas regiões brasileiras ainda encontram-se carentes de políticas públicas eficazes, já que quando comparado, por exemplo, o coeficiente de incidência entre as capitais brasileiras em 2014, este era de 7,9 a 99,3/100 mil habitantes, respectivamente Palmas-TO e Porto Alegre-RS. Brasília nesse mesmo ano, teve um coeficiente de 11%, sendo o menor da Região Centro-Oeste. (BRASIL, 2015)

Pontua-se que com essa heterogeneidade nos resultados, a TB merece especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade, por definir todos os critérios de priorização de um agravo de saúde pública, como magnitude, transcendência e vulnerabilidade da doença, o que é determinante na aplicação de políticas públicas de combinação entre governo e sociedade civil, primando as realidades locais e as diversidades, que é o conceito adotado pelo estudo, o que consolida a atuação do PNCT, reforçando principalmente as atividades de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação, na garantia do acesso aos serviços de atenção básica, que é assunto a ser abordado no próximo subitem, de forma descentralizada, em todos os municípios brasileiros.

2.3 Políticas Públicas no controle da Tuberculose (TB) na Unidade Básica de Saúde: Acesso ao Diagnóstico

Para realizar um estudo que aborde a temática da TB, torna-se imprescindível discutir, sobre como os serviços de saúde, em especial, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão organizadas, para o cumprimento, das metas de

controle da TB, no Brasil, já que para o PNCT estas, representam a porta de entrada do usuário, com essa doença, no sistema.

Diante disso, pretende-se apresentar a organização das UBS e suas características e funções, que favoreçam o acesso ao diagnóstico, como também a estratégia da educação em saúde, como uma das principais ferramentas responsável em imprimir mudanças a partir do conhecimento sobre o agravo. Esta abordagem é importante no estudo, devido à TB ser considerada um problema de saúde pública, uma doença transmissível, multifatorial, e quanto mais precoce for a descoberta de novos casos, menor será a transmissão da doença, diminuindo a carga bacilar, no meio ambiente.

Claro que, também não pode ser esquecido, da importância do tratamento, quando utiliza por exemplo, a estratégia da supervisão diária da tomada de medicações, como mais uma medida impactante, na eliminação do bacilo que causa a doença.

Ao pensar no alcance de metas, quanto à detecção de casos, o Brasil permaneceu dentro do esperado; no período de 2004 a 2006, o Estado descobriu 82% de casos de Tuberculose pulmonar bacilífero⁷; já em 2014 o índice de cura, foi de 85%, o que indica a superação da meta, proposta pela OMS e aprovada pelo MS. (BRASIL, 2015)

De acordo com Villa et al (2007), após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas mudanças na organização dos serviços, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), já aconteceram, com o objetivo de centralizar as ações na família e comunidade, e integrando-a aos outros níveis de atenção.

Para Campos (2006) a Atenção Básica de Saúde (ABS), que representa o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, é de competência das secretarias municipais de saúde, que a gerencia nas dimensões administrativa, técnica, financeira e operacional.

Para que essas ações alcancem resultados eficientes, além da sua implantação, faz-se necessário a presença de profissionais competentes, com gestores que tenham habilidades no manejo de instrumentos específicos de gestão,

⁷ Caso pulmonar bacilífero - disponível em ,
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>

como o planejamento, para avaliar as ações de saúde, supervisionar e treinar recursos humanos, que atuam na atenção básica. (VILLA et al., 2007)

Logo a ABS, deve ser compreendida como um dos níveis do sistema, com definição do campo de atuação, através de um conjunto de ações, individual ou coletiva, atuando no primeiro nível de atenção, visando a promoção da saúde e a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação e segundo as diretrizes do SUS, deve ter serviço de referência e contra-referência, com os níveis secundários e terciários. (BRASIL, 1999)

Autores, como Merhy et al. (1994), abordam a organização dos serviços, sob a ótica das ações da ABS. Dos estudos sobre o tema se destaca, o da autora Starfield (2002), que será objeto de detalhamento nos próximos parágrafos.

As ideias de Barbara Starfield (2002) estão sintetizadas no livro “Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias que é uma publicação institucional do MS em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), e que vem exercendo forte influência na reorganização do SUS, quanto a implantação de estratégias na atenção primária à saúde. (CUNHA, et al, s/d)

O livro apresenta o resultado de um estudo coordenado pela autora e publicado em 1994, onde comparava 12 países industrializados e ricos; assim a proposta na discussão feita pela Barbara Starfield, é que mesmo em situação de abundância, em países como os Estados Unidos, com baixa orientação para a ABS, estes, tem piores indicadores, se comparados a países mais pobres. (CUNHA et al, s/d)

Sob essa ótica, Starfield apontou os seguintes pressupostos em relação a ABS:

[...] é baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e família na comunidade [...] É parte integrante do sistema de saúde do país [...] É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham. (STARFIELD, 2002, p 101)

Estes recortes da ABS, reforçam o caráter do acesso ao diagnóstico da TB, em ter como porta de entrada as UBS, já que o usuário, precisa encontrar ações que

Ihe garantam, principalmente, a assistência integral, o que pode ser visualizado nesses serviços.

No tocante, às dimensões da ABS, Starfield (2002), as define com a seguinte composição:

- Acesso: É a localização da unidade de saúde, próxima da população que é atendida por ela; também se refere, aos dias e horários em que está aberta, o grau de tolerância para consultas não agendadas e qual a percepção da população sobre esses aspectos;

- Porta de Entrada: É a combinação do acesso com o uso do serviço, no surgimento de um novo problema;

- Vínculo: É a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Com isso a UBS, deve identificar a população adstrita, como também as pessoas que deveriam receber atendimento na unidade; essa dimensão pressupõe a criação de laços interpessoais, que gerem a cooperação mútua entre a comunidade e os profissionais de saúde;

- Elenco de Serviços: Significa a possibilidade da criação de arranjos, para que o paciente receba as ações; incluindo aí, os encaminhamentos para os outros níveis de assistência;

- Coordenação ou Integração dos Serviços: Caracteriza a continuidade, do mesmo atendimento, ou pela necessidade de reconhecimento da junção de problemas velhos com novos; ou seja, verificar, quanto da importância em avaliar o usuário em novas consultas, ou para encaminhamentos mais especializados.

Definido essas dimensões, verifica-se que o usuário do sistema nas UBS, precisam ser reconhecidos, como participantes de um processo, inseridos em um determinado ambiente, e reagindo frente a essa relações; e aos profissionais, no cumprimento, de suas funções e na aplicação das dimensões, citadas pela autora, devem interpretar e articular, todo o processo de cuidar, para uma assistência efetiva. Essa combinação, fala a favor do conceito escolhido pelo estudo sobre Políticas Públicas, apresentado no Capítulo I.

Já para Travassos e Martins (2004), o acesso pode estar associado à acessibilidade, já que identifica o grau de facilidade ou dificuldade em entrar no serviço e nele ficar, a fim de resolver a sua demanda.

Logo o acesso inadequado, pode estar relacionado ao usuário bem como à organização dos serviços; estes podem dificultar o atendimento aos usuários, o que

no caso da TB é agravante, em função das características multidimensional da doença. (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Apoiado nesses contextos e segundo Oliveira (2006) o acesso ao diagnóstico da TB, vem sendo estudado sobre esses dois paralelos: de um lado o usuário, com os seus anseios, e do outro, os serviços de saúde, representados pela organização, demandada pelo gestor e pela realização das atividades, efetivadas pelos profissionais de saúde.

Quando a demora do diagnóstico está relacionado ao despreparo do serviços das UBS, fragilizando assim as ações, o usuário, querendo resolver de imediato o seu problema, procura o hospital, o que pode diminuir o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença, já que os prontos – socorros são também considerados como porta de entrada do sistema. (OLIVEIRA, 2006)

Segundo Starfield (2002), os principais motivos para os usuários não ter acesso aos serviços são: a disponibilidade e a acessibilidade ao transporte, o custo do transporte, a localização inacessível das Unidades de Saúde, a prestação dos serviços em horários não coincidentes com suas necessidades e os baixos salários.

Pela cultura sanitária herdada na construção do SUS, a ABS deveria ser considerada uma das principais porta de entrada para o sistema de saúde, mas não a única, garantindo o acesso, e onde deveriam ser resolvidos, 80% dos problemas de saúde da população, sendo encaminhados para os outros níveis de atenção, de 3 a 5%. (WHO; 1978)

Em outros países a ABS, é denominada de Atenção Primária em Saúde (APS), resguardando os princípios que se assemelham, no conceito e nas características. Entretanto, mais importante do que uma terminologia, é a compreensão que a população tem sobre o tema; Testa (1989) referiu que no imaginário das pessoas, a ABS ainda remete a ideia de menor complexidade, por lidar com problemas simples, o que leva a desvalorização do profissional de saúde, sob o ponto de vista de *status* em especial o médico, e o descrédito dos indivíduos, quando acessam esses serviços.

Esta situação imaginária, de forma concreta aconteceu com a autora do estudo, quando enfermeira da SES/DF, e foi deslocada para atuar no PCT de Centros de Saúde da Regional de Taguatinga; em diversos momentos parecia surpresa aos colegas, quando sabiam do novo local de trabalho, já que perdurava o pensamento, de que era um serviço simples e elementar.

Estudo de Campos (2003), considerou algumas diretrizes e funções a serem conquistadas pela ABS, a fim de tornar-se mais resolutiva. Em função dos objetivos do estudo, serão abordadas apenas as que se aproximam destes, corroborando com o entendimento do tema:

- o Acolhimento à demanda e a busca ativa avaliando a vulnerabilidade, facilitando a entrada do usuário no momento em que procuram as unidades; Esta diretriz, torna a acessibilidade ao diagnóstico da TB com características de ações integrais e universais, conforme demanda o que foi apontado neste estudo, quanto a dimensão organizacional do PNCT;

- Clínica ampliada e Compartilhada, representando os ambulatórios de especialidades, importante na ABS, por que o contrário do que é pensado existem ações complexas nas UBS, já que um problema de saúde abordado de forma integral, não aponta somente alterações biológicas, mas também complicações sociais, comportamentais, culturais, o que leva a necessidade de intervir sobre a dimensão biológica e subjetiva;

- Saúde Coletiva, onde ações de prevenção e de promoção são consideradas prioritárias nas UBS, como a aplicação de vacinas, educação em saúde, vigilância epidemiológica, busca ativa de casos para diagnóstico precoce de TB, com tratamento imediato, dentre outros;

- Participação na gestão (cogestão): considerada uma das conquistas da Reforma Sanitária, e que aproximou dos serviços, a participação e o controle social; com isso a garantia espaços de fala e escuta, delimitando a gestão entre as necessidades e a existência de recursos disponíveis;

- Trabalho em Equipe Interdisciplinar: as ações desarticuladas e descontínuas, realizadas por profissionais de forma isolada, são responsáveis pela fragmentação da ABS, que tem demonstrado ser ineficaz e inadequado.

Como consequência de esforços sincronizados por experiências de movimentos sociais, dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores, nas três esferas do governo, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, sendo Presidente Luís Inácio da Silva e na pasta da saúde, o Ministro Agenor Álvares. Esta estabeleceu, que a ABS deveria ser desenvolvida de forma descentralizada e próxima das pessoas, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a principal porta de entrada do sistema. (BRASIL, 2006)

Na realização das ações da ABS, nos municípios e DF, de acordo com a PNAB, foi proposta a seguinte estrutura física e de recursos humanos: UBS, com ou sem Estratégia Saúde da Família (ESF); profissionais de saúde das diversas áreas, compondo o trabalho de equipe multiprofissional, com espaços físicos para consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem; equipamentos e materiais adequados, para garantir a sua resolutividade e o acompanhamento de fluxos de referência e contra referência aos serviços de maior complexidade para o apoio diagnóstico, ambulatorial e hospitalar. (BRASIL, 2006)

Em 2012, sendo MS o Sr. Alexandre Padilha, e presidente do Brasil, Dilma Rousseff, foi redesenhado a nova PNAB, que acrescentou a estrutura proposta inicialmente, com diversos formatos de equipes da Saúde da Família, inclusão de equipes de Atenção básica para a população de rua (Consultórios na Rua) e propôs condições na criação de UBS fluviais e ESF para populações ribeirinhas. (BRASIL,2015)

Além dessa nova configuração a ABS, ampliou ações inter setoriais com o Programa Saúde nas Escolas (PSE), o Melhor em Casa, aumentando a resolubilidade da atenção domiciliar, e com o Tele saúde, a fim de ampliar as informações no cuidado aos usuários. (BRASIL,2015)

Ao identificar a ABS como uma política pública que aproxima os usuários dos serviços, com assistência integral, e focando no acesso ao diagnóstico da TB, que é um dos pilares do estudo, retoma-se que o usuário ao procurar a UBS, vem cheio de dúvidas, de medos e de anseios; do outro lado, existem os gestores e profissionais de saúde, que entendem que na prática da rotina dos serviços, cumprem com o seu papel, no alcance de metas pré-estabelecidas, pelos governos, e pelo PNCT.

A TB apresenta alguns fatores, que podem dificultar o seu controle, desde o diagnóstico, até o tratamento; como por exemplo, a falta de conhecimento em relação à doença, e a discriminação aos doentes, podendo contribuir com a permanência do seu estigma; observa-se ainda que de forma geral, não faz parte da agenda de comunicação, nas diferentes esferas do governo; tal fato parece estar associado, a que o PNCT não obtém capacidade de vocalização, nas esferas de governo. (SANTOS FILHO, 2006)

Agregado a esses elementos dificultadores, estudos como o de Buchillet (2000), descrevem que a falta de diálogo, entre os profissionais de saúde e o usuário, dificultam a compreensão sobre o adoecimento, o que mais uma vez implica no

distanciamento da abordagem da TB, como um problema não apenas clínico, mas que está inserido em complexos processos comportamentais, sociais e culturais.

Assim, é importante que se compreenda que a TB, deve ser entendida nos aspectos de construção social, que interage com fatores biológicos, sócio econômicos, culturais e psicossociais, que molduram a história de vida das pessoas e exercem influência nas atitudes dos usuários, face ao processo de adoecimento e na compreensão deste.

Por ser a TB uma doença cujo o controle depende de diferentes saberes, e, do entendimento que os gestores, profissionais de saúde e usuários possuem sobre esse agravo, as práticas educativas em saúde, se apresentam como uma estratégia inovadora, que pode ser aplicada em diferentes cenários, em especial nas UBS.

Sob esse enfoque, para Mendonça são as seguintes as estratégias da ação educativa, nessa prática:

- 1) A participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação de indivíduos e grupos populacionais, para que possam assumir a responsabilidade sobre seus problemas de saúde; 2) o entendimento de que os sujeitos (técnicos e população) desse processo têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa; 3) e a participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde (MENDONÇA, 1982, p. 38)

Assim Alves (2005) aponta que apesar das conquistas advindas desde a implantação do SUS, no que se refere às práticas educativas em saúde, prevalece o distanciamento dos profissionais, no processo do cuidar, acarretando grandes diferenças entre o saber do usuário e o fazer dos trabalhadores e gestores, provocando áreas de tensão, chegando às vezes a diminuir o acesso dos usuários ao sistema, ou até a sua exclusão.

Visando minimizar o problema, várias estratégias foram implantadas no Estado, a saber: Estratégia Saúde da Família, Programa Nacional de Humanização, entre outros. Estas foram criadas na perspectiva de contribuir, principalmente, com a integralidade das ações, em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 2013)

Em 2013, no governo da Presidente Dilma Rousseff, foi institucionalizada a Política Nacional de Educação Popular no SUS (PNEP-SUS), que surgiu para fortalecer as ações educativas, onde gestores, profissionais de saúde e usuários

ocupam espaços com práticas cotidianas de informações, agregando o caráter de participação ativa dos diferentes segmentos da sociedade. (BRASIL, 2013)

Para o PNCT a ABS, que representa a porta de entrada do sistema, na abordagem dos problemas individuais e comunitários, se torna o local propício para desenvolver as práticas educativas em saúde, levando ao empoderamento dos usuários, já que promove o diálogo entre estes, e os profissionais de saúde, fazendo com que se tornem sujeitos ativos no processo de mudanças. (SOUZA, 2007)

Com esse enfoque para Fernandes e Backes (2010), a importância dessas práticas no PNCT, remete a ideia de que todo profissional de saúde é um educador em potencial, que pode através dos saberes científicos, fazer intercâmbio com os populares, com a inclusão do diálogo na construção de um saber em saúde, com mudanças de hábitos e comportamentos.

Porém essa ainda não é uma realidade única do país. Estudos de Siqueira et al (2008), identificam ações verticalizadas nas práticas educativas, fortalecendo o modelo biomédico, provocando nos usuários que procuram o programa da TB, por exemplo, sentimentos de medo e de exclusão social.

Assim, reflete-se que, a prática educativa em saúde, é formada por um lado, do cenário que representa o *lócus* de realização das ações educativas, e, por outro, pela participação ativa dos atores sociais (profissionais e usuários) que se articulam em prol da construção de mudanças.

No entendimento dessa articulação, o próximo subitem apresenta a construção das políticas públicas de saúde no Distrito Federal (DF), já que esta representa o panorama que respalda a realização de atividades, sob a ação do Estado, no controle da TB.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL (DF)

Ao descrever sobre as políticas públicas de Saúde no Distrito Federal (DF) se destaca fatos da história do governo de Juscelino Kubitschek (presidente do Brasil no período de 1956–1961), já que este colocou em prática, a ideia da interiorização da Capital; o seu governo ficou registrado, como o período de expressivo crescimento

da economia brasileira, caracterizado pelo lema "Cinquenta anos de progresso em cinco anos de governo".

No cumprimento desse objetivo, o governo federal elaborou o Plano de Metas, que previa um acelerado crescimento econômico, a partir da expansão do setor industrial, com investimentos em diferentes áreas, que impulsionaram à economia brasileira, a resultados favoráveis.

No tocante à saúde, tema desta pesquisa, esta área também estava contemplada no plano de metas, como se verá a seguir.

2.4.1 A Saúde Pública brasileira na proposta do Governo de JK: a superação das desigualdades regionais

Ao iniciar o recorte histórico sobre as propostas de JK, para saúde pública brasileira, retoma-se à história da criação de Brasília, enfatizando que a meta síntese do governo de Juscelino, segundo o Presidente, iria contribuir para a superação das desigualdades regionais, decorrentes sobretudo do isolamento em que jazia o interior, face ao resto do país.

Essa proposta, coaduna com o pensamento internacional, propagado na época, que divulgou ser as relações entre saúde e desenvolvimento, um dos principais temas, debatidos na década de 1950. Nestes, era apontado, que os países subdesenvolvidos, estariam condenados pela pobreza, fruto da ausência de educação, de saúde, moradia, de trabalho e de produção industrial. (SILVA, 2008)

Na divulgação do Plano de Metas do governo de JK, no que concerne à saúde do país, estava estabelecida a associação desta com o desenvolvimento. Ou seja, para ele, as doenças seriam em parte, responsáveis pela pobreza e atraso das nações subdesenvolvidas. Com isso o seu plano de governo, na área da saúde, era cheio de otimismo, na solução dos problemas médico-sanitário, acreditando no aperfeiçoamento e desenvolvimento do campo da medicina, depois da Segunda Guerra Mundial. (ARAÚJO, 2002)

As propostas do seu governo, foram postas em 18 metas construídas mediante a compreensão do médico e candidato, que considerava as doenças no país, como um dos principais problemas sanitários. (BENEVIDES, 1979)

O Plano de Metas para a saúde, foi escrito por Mário Pinotti, que dirigia o Serviço Nacional de Malária (SNM) desde 1942, e fora ministro da Saúde, por curto período no segundo governo Vargas; era do Partido Social Progressista (PSP), que fazia parte da coalizão parlamentar de apoio, a Kubitschek, e comandou o Ministério da Saúde, durante quase todo o seu mandato. (BENEVIDES, 1979)

O documento de 57 páginas, tinha por principal argumento, que os problemas de saúde da população brasileira, impediam investimentos importantes para o desenvolvimento nacional. (HOCHMAN, 2009)

Em seus discursos, JK reconhecia a necessidade, de mudanças nas condições de vida da população, posição essa que fazia eco junto a esta, por que Juscelino, ao falar sobre a saúde gostava de afirmar que sobre o assunto, não era o político que falava, mas sim, o médico, conhecedor das “dores de nosso povo” e, sobretudo, do que se passava no interior do Brasil, a partir da experiência de governador de Minas Gerais entre 1951 e 1955. (Kubitschek, 1955)

De modo geral, para alguns autores, como Escótes e Teixeira (2008), o Plano de Metas para a saúde, enfatizava a ideia do “sanitarismo desenvolvimentista”; ou seja, a saúde da população dependeria fundamentalmente do grau de desenvolvimento do país e, conseqüentemente, só teriam impacto as ações sanitárias que fossem integradas a um projeto nacional de desenvolvimento.

Para Juscelino, compreender os problemas de saúde era antes de tudo, interpretar os acontecimentos dessa área, dividindo as doenças, em três grupos: No primeiro grupo, estão às doenças pestilências que, para Juscelino, já haviam sido superadas, no passado, pelas ações pioneiras de Oswaldo Cruz e Emilio Ribas. As do segundo grupo ou as doenças de massa, como malária, tuberculose, lepra, verminose, entre outras, eram as principais doenças, que comprometeriam o desenvolvimento do país, e portanto carentes de maior subsídios, por parte do governo; O terceiro grupo de doenças, correspondia às patologias degenerativas, como o câncer e os males cardiovasculares, que teriam uma importância menor, quando comparadas às doenças do segundo grupo. (ARAÚJO, 2002)

Nessa perspectiva, a implantação de uma nova política de saúde, deveria ter como base o progresso do país por intermédio do desenvolvimento econômico. Porém esse desenvolvimento só seria possível com o aumento da produção nacional.

Benevides (2002), afirma que, o aumento dessa produção, dependia da melhoria sanitária da população rural. Esta precisava se beneficiar dos recursos materiais e humanos, que se encontravam nos grandes centros urbanos.

Com isso houve a compreensão, de que o interior deveria ser ocupado pelo poder público, e transformado pelo progresso científico, justificando assim, a construção da nova capital do país, Brasília, a fim de fazer cumprir o seu Plano de Metas para a saúde. (BENEVIDES, 2002)

Juscelino acreditava que investir no combate das doenças do segundo grupo, com ações mais concretas, levaria o país, em especial, o interior a desenvolver-se, e, tornar-se competitivo, com as outras nações.

Entre as medidas de combate às doenças, e por tratar o estudo de Políticas Públicas no acesso ao diagnóstico da Tuberculose, cita-se aqui o entendimento de Juscelino, quanto a esse agravo. Para ele a TB não era uma doença considerada tipicamente rural, apresentando altos índices de casos na população dos centros urbanos e do interior do país.

A frequência de casos estava fortemente presente na classe trabalhadora, como um sério e antigo problema sanitário, ocasionado pela miséria. Segundo o Plano de Metas de governo, para manter a redução de casos, que vinha acontecendo nos últimos dez anos em todo o país, precisaria investir na intensificação do tratamento domiciliar e ambulatorial, próximo à residência do doente. Havia intenção também de promover a divulgação de informações sobre a doença. (BENEVIDES, 2002)

Sintetizando as outras propostas, do Plano de Metas para a saúde pública brasileira, o quadro abaixo traz um retrato de como seriam as conduções, dos principais agravos:

Quadro I

Metas de Kubitschek para a saúde pública em 1955

Enfermidade-alvo	Objetivo principal	Instrumentos da saúde pública
Tracoma	Erradicação	Sulfas e antibióticos
Bouba	Erradicação	Penicilina
Malária	Erradicação	DDT e antimaláricos
Esquistossomose	Controle	Eliminação dos focos dos caramujos, saneamento e medicamentos
Bócio endêmico e doenças carenciais	Eliminação	Implementação da lei que obriga a iodetação do sal de cozinha (1953), programas públicos de alimentação
Doença de Chagas	Erradicação	Inseticidas de ação residual
Leishmaniose	Extinção	Inseticidas de ação residual e terapêutica
Verminoses	Controle	Saneamento básico
Lepra	Controle	Sulfonas e TB I
Câncer	Assistência	Instalação de centros de estudo, tratamento e diagnóstico
Doenças mentais	Assistência	Extensão e descentralização da assistência psiquiátrica, aumento do n. de leitos e de profissionais
Tuberculose	Combate/assistência	BCG, busca ativa de doentes, tratamento domiciliar ou em dispensários e ambulatórios
Poliomielite	Combate/assistência	Vacinação e produção da vacina Salk

Fonte: Kubitschek, 1955a, p.53-57.

Apesar da saúde, não ser a pasta de maior relevância no governo, Juscelino procurou desenvolver ações impactantes, que levassem melhorias na qualidade de vida das pessoas, já que havia interesses econômicos, em aumentar a produção principalmente, do interior do país, como já citado anteriormente.

Dessa forma a saúde no DF foi construída, a mercê de necessidades dos pioneiros, que eram carentes de assistência pública, como o que se observa no próximo subitem.

2.4.2 A saúde no Distrito Federal (DF): a organização do sistema de saúde

No cumprimento dos objetivos do estudo, destaca-se aqui, a trajetória das políticas públicas em saúde no Distrito Federal (DF), identificando a implantação de estratégias públicas, e a influência sofrida por estas, em um determinado cenário.

Na década de 1960, quando da inauguração de Brasília, a saúde brasileira, buscava novas tecnologias médicas, associada à crescente especialização, com uma visível separação entre a assistência individual e a coletiva.

Brasília surgiu com propostas inovadoras, se comparadas ao restante do país, buscando agregar ao setor de saúde, uma assistência integral, universal, com serviços equitativos. (GDF, 2005)

Entretanto, observa-se que na inauguração de Brasília, os trabalhadores pioneiros da construção da cidade, tinham assistência local e em parceria com o governo de Goiás.

Conta a história, que Edson Porto, foi o primeiro médico a chegar em Brasília, antes da sua inauguração, vindo do Hospital Rassi de Goiânia, em 1956, e trabalhava em uma pequena construção de madeira; era responsável pelo atendimento inicial aos operários, realizando o exame clínico para liberar ou não a carteira de saúde, que permitia que estes, se cadastrassem na Companhia Urbanizadora da Nova Capital (NOVACAP), para serem contratados por qualquer construtora. (VIEIRA, 2009)

Quando a assistência não podia ser realizada no consultório, por exemplo, no caso de acidentes graves, o governador Mauro Borges de Goiás, disponibilizava um avião para levar o paciente até o hospital em Goiânia, ficando a responsabilidade da assistência, ao médico Edson Porto, que deveria acompanhar o acidentado até o hospital. Essa assistência, três meses depois da inauguração de Brasília, foi substituída pelo Departamento de Saúde da NOVACAP, que além de assumir a organização da assistência ampliou os serviços, oferecendo aos trabalhadores vacinação contra varíola, paratifo e febre amarela, e se necessário exames, nos Serviço de Tuberculose e Hanseníase. (SILVA, 1997)

Esse departamento tinha contato com o DNERu, quando da ocorrência de doenças infecciosas, a fim de diminuir a transmissão, e também desenvolvia ações preventivas, através de palestras, e de educação sanitária. (VIEIRA, 2009)

De acordo com Hildebrand (2008), aos poucos essa estrutura não respondia mais às necessidades da população que chegava em Brasília, o que levou a implantação de parcerias com o MS, para atender aos acidentes da construção civil, as endemias rurais e as doenças infecto contagiosas, como hanseníase, TB e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Com isso em 12 de setembro de 1960, foi inaugurado um Hospital de emergência, que se chamava Hospital Distrital de Brasília e hoje é o Hospital de Base.

Com essa estrutura, a saúde na década de 1960 em Brasília, priorizava a assistência Hospitalar.

Com o aumento da população e a presença de agravos, como doenças transmissíveis e acidentes de trabalho, o DF organizou-se através de Planos de Saúde, como: o de Bandeira de Mello de 1960 e o de Jofran Frejat de 1979. O primeiro propôs a criação de uma instituição, denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à SES-DF e integrada por estruturas hospitalares de diferentes níveis de complexidade e uma rede de serviços básicos em todo o território, capaz de oferecer assistência a uma população de 500 mil habitantes. (HILDEBRAND, 2008)

O Plano Bandeira de Melo, previa a construção de um hospital de alta complexidade, 11 hospitais gerais e seis hospitais rurais, próximos às Unidades Satélites. Essa estrutura, atenderia as diversas especialidades clínicas, estimulando a rotatividade de pacientes e reduzindo a permanência hospitalar. (HILDEBRAND, 2008)

Ao final da década de 1970, ainda com o Plano Bandeira de Melo, a rede física da saúde era composta por 06 hospitais, 05 postos de saúde e uma Unidade Integrada de Saúde, que ficava sob a responsabilidade da Universidade de Brasília (UnB). Entretanto, esta estrutura era insuficiente, para atender a população, devido ao acelerado crescimento demográfico, o que levou a reclamações e insatisfações com o atendimento, com a limitação na qualificação de profissionais, e com a demora no acesso aos serviços. (HILDEBRAND, 2008)

Com esses resultados negativos frente ao Plano Bandeira de Melo, surgiu a tentativa de solução com o Plano proposto por Jofran Frejat, em 1979, inspirado no ideário de Alma Ata e importado do modelo inglês. O novo modelo aplicava a estratégia do cuidado primário prestado em postos rurais e nos centros de saúde, ofertando assistência em ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia para

cada 30 mil habitantes. A rede de assistência era também composta por hospitais regionais, 01 em cada cidade satélite e um hospital de base, que já existia, passando a ser referência, para a alta complexidade. (GOTEMS *et al*, 2008)

Dessa forma, o Plano Frejat, previa a hierarquia na assistência, a referência e a contra referência, além da regionalização dos serviços. Para que as ações fossem colocadas em prática, o governador Aimé Alcebíades Lamais, através de concurso público, ampliou os recursos humanos com a contratação de novos profissionais de saúde, a partir de 1979, o que favoreceu o acesso de usuários e a oferta de serviços em atenção básica, melhorando indicadores, como por exemplo, a redução da mortalidade infantil e materna. (GOTEMS *et al*, 2008)

Para Hildebrand (2008) o Plano Frejat previa a assistência no DF em três níveis: o primário, com serviços de generalistas, o secundário, onde as ações seriam direcionadas aos especialistas, e o terciário, com os serviços de alta complexidade, onde o sistema de referência e contra referência deveria unir os hospitais aos centros de saúde.

Observa-se que a Atenção Básica proposta pelo Plano Frejat, seguia recomendações pela definição proposta pela Conferência de Alma-Ata, em 1978, representando o primeiro nível de contato do indivíduo, família e da comunidade, aproximando os serviços da realidade em que as pessoas viviam ou trabalhavam.

Com a divulgação do Plano em âmbito federal, este passou a ter apoio dessa esfera de governo, inclusive financeiro, o que facilitou a construção dos primeiros 33 Centros de Saúde entre dezembro de 1980 a dezembro de 1981. Tal conduta foi tomada, já que existiam projetos nacionais voltados para a extensão de cobertura da Atenção Básica à saúde da população, com baixos custos. (HILDEBRAND, 2008)

Ressalta-se que a estrutura física, da FHDF, na consolidação do Plano Frejat foi acrescida, com a construção de 41 unidades de atendimento, entre postos e centros de saúde, o que iria contribuir com a descentralização dos hospitais e a ampliação do acesso da população aos serviços. (HILDEBRAND, 2008)

Gottems, *et al*. (2008),destacam dois pontos nesse modelo: primeiro a alocação de recursos médicos especializados em serviços de ponta, gerando descontentamento a essa categoria; segundo, a implementação de serviços de pronto atendimento, nos Centros de Saúde, com a ideia de promover mudanças culturais na população, e para reduzir filas e desafogar as emergências hospitalares, já que a

demanda deste último, prevalecia por causas simples, não justificando, a ida a esses serviços, de média ou alta complexidade.

Outro fator, que dificultou a operacionalização desse modelo, foi a obtenção de recursos financeiros, para a implantação de toda a rede, já que era um problema nacional, o repasse de verbas na priorização da assistência pública em saúde, o que provocou ações desarticuladas e o Plano não teve como continuar com as suas propostas inovadoras. (GOTTEMS *et al.*,2008)

Assim em 1993, o DF passou pelo terceiro momento de reorganização da saúde. Este foi impulsionado pela aprovação da Lei Orgânica do DF, onde foram incluídas aspectos relativos aos direitos do cidadão, as determinações sociais do processo saúde – doença, ao acesso, a organização da rede de serviços, dentre outros. Também essa Lei, enfatizou a importância de uma assistência regionalizada e hierarquizada, com atividades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde da população. Sendo o SUS/DF o responsável pelo controle das ações de forma integral, universal, com a participação popular, e dos serviços privados, de forma a complementar a rede; o SUS/DF seria financiado com recursos do DF e da União. Porém a Atenção Primária, não foi priorizada. (HILDEBRAND, 2008)

Como o financiamento da saúde era um problema nacional, em 1996, foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB - 96), com a criação do Piso de Assistência Básica (PAB); o piso de assistência, refere-se a recursos financeiros, calculados mediante renda nacional per capita, e repassado fundo a fundo, para o município automaticamente, garantindo parte dos recursos. (BRASIL, 2007)

Coube ao governador Cristovam Buarque, inaugurar o modelo de gestão participativa, com a implantação do Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal (REMA), com o objetivo de implantar os princípios do SUS no DF, fortalecendo a atenção primária, reestruturando-a, como a porta de entrada do sistema. (HILDEBRAND, 2008)

Em função de resultados pouco expressivos, após implantação do REMA, o governo do DF, realizou discussões, principalmente com os técnicos, e ampliou programas de abrangência domiciliar, o então Programa Saúde em Casa (PSC), que seguia paradigmas do programa Saúde da família do Ministério da Saúde (MS).

Cabia ao PSC, ser a porta de entrada do sistema, mudando o fluxo da atenção básica, onde as equipe do PSC, encaminhavam as situações mais complexas

para os Centros de Saúde, e desse, para um hospital, se necessário. (HILDEBRAND, 2008)

Com isso a rede de serviço de saúde se ampliou, entre o período de 1996 a 1998, que passou a contar com 13 hospitais regionais, 56 centros de saúde, 29 postos de saúde, 278 equipes de PSC, 127 equipes de saúde bucal, e 2 hospitais conveniados (Hospital Universitário de Brasília e Hospital das Forças Armadas), aumentando a oferta dos serviços, com 70% de cobertura da população, por equipe do PSC, o que valorizava a Assistência Básica em Saúde. (GOTTEMS *et al.*,2008)

Apesar de mudanças significativas, principalmente quanto ao acesso a Assistência básica, em 1999, esse modelo foi extinto e implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), seguindo diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), inaugurando um novo plano, que entre outras metas, estabelecia que: “deve esse plano, prestar na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade, de boa qualidade, adequadas às necessidades de saúde da população.” (BRASIL, 1997, p. 15)

Visando a nova estrutura dos serviços de saúde do GDF, em prol de cumprir com metas nacionais cita-se acontecimentos de relevância: a FHDF foi extinta pelo Decreto 21.478/2000, editado pelo governador, Joaquim Roriz; em 2001 foi criada a Escola Superior de Ciências em Saúde; implantação do Plano de Conversão da Atenção Primária à Saúde no DF para o período 2005 – 2008, que sugeriu a adoção dos princípios da Estratégia Saúde da Família para os Centros de Saúde tradicionais, prevendo-se a implementação paralela, de equipes específicas para este fim. (GOTTEMS *et al.*,2008)

De acordo com o Plano Distrital de Saúde 2012-2015, aprovado pelo Conselho de Saúde do DF (CSDF) segundo a Resolução Nº 395, de 14 de agosto de 2012, que apresenta uma rede hierarquizada, com alguns serviços descentralizados, como é o caso das ações do controle da TB, e administrados pela SES/DF, esta, ainda é carente de discussões públicas, principalmente na aplicabilidade de estratégias inovadoras. (GDF, 2012)

Em 2012 a rede era composta por unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico, que juntos realizavam atividades tanto em atenção básica, até as de maior complexidade (serviços especializados de média e alta complexidade. (GDF, 2012)

Assim a rede pública se configurava em 2012, da seguinte maneira: Unidades básicas de saúde: 68 centros de saúde; 03 unidades mistas; 39 postos de saúde urbanos e rurais, além de 39 equipes do Programa Saúde da Família e 17 equipes de Saúde Bucal; Centros de Atenção Psicossocial – 12 no total, estando 6 credenciados pelo Ministério da Saúde; Unidades hospitalares: 12 hospitais regionais (HMIB, HRAN, HRGu, HRT, HRC, HRBz, HRSam, HRS, HRPI, HRPa, HRG, HRSM); 01 hospital terciário, (HBDF); 04 hospitais especializados (HCB, HSVP, ISM, HAB); Unidades de Pronto Atendimento: 01 UPA Samambaia; Unidades de apoio: 01 central de radiologia; 02 laboratórios regionais; 01 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica; 01 Hemocentro; 01 Laboratório Central (LACEN); 19 núcleos de inspeção de saúde; 01 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantenedora de duas instituições de ensino, a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e a ETESB, bem como da Coordenação de Desenvolvimento dos profissionais de saúde (CODEP); 01 Diretoria de Saúde Ocupacional (DISOC) e 01 Centro de Testagem e Aconselhamento. (GDF, 2012)

Com essa organização técnica administrativa, a SES/DF, apresentava dificuldades importantes, na capacidade operativa do sistema, quando for considerado apenas a capacidade de oferta de serviços do setor público, no atendimento a uma população de 2.570.160 habitantes, conforme o Censo de 2010. (GDF, 2012)

Ao concluir o subitem, sobre a trajetória da organização do sistema de saúde do DF, que não tinha a pretensão de esgotar o assunto, e sim apresentar acontecimentos que serviram de pilares na estrutura deste, alguns destaques são importantes:

Após a criação de Brasília, foram investidos elevados recursos financeiros, principalmente na construção de hospitais, o que encaminhou a assistência, para priorizar ações curativas; que mesmo na vigência dos Planos de Bandeira de Melo e de Frejat, nas décadas de 1960 e 1970, a Atenção Básica à Saúde não se fortaleceu, sendo executadas com ações desarticuladas e descontínuas, provocadas principalmente pela pouca ou inexistente capacitação de profissionais de saúde, para atuarem nessa área.

Que apesar das necessidades em saúde de uma população, sejam influenciadas por fatores sociais, econômicos, culturais, geográficos e epidemiológicos, ainda não foi possível traduzir tais necessidades, em parâmetros assistenciais específicos, para os residentes no DF, já que parte da população do

entorno, formada pelos 22 municípios que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e DF (RIDE/DF), mantém relação de alta dependência com o DF, no que se refere à saúde, provocando nos serviços, uma demanda que não expressa a sua população, engessando o sistema, principalmente com ações distanciadas das realidade local dos usuários.

Ao finalizar o capítulo II, que teceu considerações sobre a tuberculose e a sua transcendência, que ultrapassa os limites biológicos e se insere no campo social, e que também descreveu acontecimentos da história da saúde pública do DF, aproximando os objetivos do estudo com o referencial teórico, onde apontou-se que o conceito firmado por este trabalho sobre políticas públicas, refere-se a combinação entre governo e sociedade, primando a realidade local, em busca da promoção e proteção dos direitos humanos, não foi identificado nesse recorte histórico, o que sem dúvida torna essa políticas carentes de medidas inovadoras, pelo gestor dessas ações, ou seja, o Estado.

No capítulo III, que apresenta o percurso metodológico aplicado pelo estudo, na apresentação e análise dos resultados da pesquisa de campo, será observado se o conceito firmado no estudo realiza-se na prática de gestores, profissionais de saúde e usuários que trataram ou estão em tratamento da TB, nas Unidades Básicas de Saúde da Regional de Taguatinga da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA E PESQUISA

Este capítulo apresenta o percurso metodológico, que conduziu e orientou o processo de investigação do objeto do estudo, a partir da coleta dos dados até sua análise, evidenciando, assim os principais componentes deste processo: o tipo de estudo; o cenário e os sujeitos; os procedimentos e instrumentos de coleta de dados; o plano de análise e tratamento dos dados, e os aspectos éticos desta pesquisa, envolvendo seres humanos.

3.1 Tipo de Estudo

Nos trabalhos das áreas sociais e humanas, a escolha da abordagem metodológica, deve reconhecer os significados, as crenças, os sentimentos, as atitudes, dentre outros atributos, pertencente ao comportamento humano.

Com esse entendimento, o estudo é uma pesquisa de campo exploratória, na combinação da abordagem quali - quantitativa, e mediatizada pela pesquisa – ação, que visa descrever a política pública de acesso ao diagnóstico da TB, na percepção de gestores, profissionais de saúde e doentes de Taguatinga/DF.

De acordo com Marconi e Lakatos (1996, p. 15): “Pesquisar não é apenas procurar a verdade; é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos”. O que, nesse estudo, é evidenciado, através da combinação de métodos, que favorece o seu desdobramento em etapas, a serem cumpridas.

A primeira etapa compreendeu a pesquisa exploratória, que permite maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, ou a perseguir a hipótese levantada.

A segunda etapa, foi a pesquisa de campo, realizada do dia 22 de abril a 09 de junho de 2015, com a aplicação de questionários, mediante entrevistas semiestruturadas; em seguida emergiu a terceira etapa, onde o estudo apresentou os resultados, apoiado primeiramente, na apresentação do perfil sócio demográfico dos pesquisados, e, na análise de fenômenos e fatos, resultantes de impressões e gravações das entrevistas. Esta etapa, segundo Triviños (2011), determina ao

pesquisador, o levantamento de dados e de informações, codificando e apresentando os seus resultados, corroborando, portanto com os propósitos do estudo.

O estudo, se apoia na pesquisa – ação, que Fonseca (2002, p 35), assim o descreve:

A pesquisa-ação pressupõe uma participação planejada do pesquisador, na situação problemática a ser investigada. O processo de pesquisa recorre a uma metodologia sistemática, no sentido de transformar as realidades observadas, a partir da sua compreensão, conhecimento e compromisso para a ação dos elementos, envolvidos na pesquisa. O objeto da pesquisa-ação é uma situação social, situada em conjunto, e não um conjunto de variáveis isoladas, que se poderiam analisar independentemente do resto. Os dados recolhidos no decurso do trabalho, não têm valor significativo em si, interessando, enquanto elementos de um processo de mudança social. O investigador abandona o papel de observador, em proveito de uma atitude participativa, e de uma relação sujeito a sujeito, com os outros parceiros. O pesquisador quando participa na ação, traz consigo uma série de conhecimentos, que serão o substrato para a realização da sua análise reflexiva, sobre a realidade e os elementos que a integram. A reflexão sobre a prática implica em modificações, no conhecimento do pesquisador.

Verifica-se com a citação acima, que o método da pesquisa – ação ocorre através de um processo, que envolve o pesquisador e os pesquisados, no mesmo trabalho, já que a ambos, interessa o surgimento de respostas imediatas, para certas necessidades.

Salienta-se ainda, que uma das perspectivas da escolha deste método é de permitir ao pesquisador, o reconhecimento da situação atual, identificada na pesquisa de campo, delinear possíveis soluções aos problemas percebidos, onde as condutas convencionais, de um modo geral, pouco contribuem, o que será objeto de discussão, na apresentação dos resultados.

A fim de facilitar a apresentação dos resultados, o estudo, empregou a abordagem quali – quantitativa, onde segundo Minayo e Sanches (1993) a quantitativa tem como campo de práticas e objetivos, apresentar dados, indicadores e tendências observáveis, geralmente como um trabalho de fácil quantificação; enquanto que na qualitativa, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Ressalta-se que os resultados emergiram das impressões colhidas durante as visitas aos Centros de Saúde, aos locais de trabalho dos pesquisados e também, em seus domicílios nas entrevistas analisadas através dos questionários e na escuta ativa dos depoimentos.

3.2 Cenário e os Sujeitos da Pesquisa

A fim de categorizar o cenário e os sujeitos da pesquisa, a seguir são apresentados, os dados sócio demográficos do local, onde ocorreu o estudo.

O Distrito Federal (DF) através da Lei nº 4545 de 10 de dezembro de 1964, que dispõe entre outras, sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal, que foi dividido em regiões administrativas (RA's), com a criação de administrações regionais, que tem por competência, representar o Governo do Distrito Federal, coordenar e executar atividades e serviços de interesse público, em sua jurisdição.⁸

Em 1964, o DF tinha 08 RA's, e hoje é formado por 31, com a criação em 2012 da RA XXXI, do Fercal, região de Sobradinho; todas são compostas em cada região, da população urbana e rural. (GDF, 2015)

As RA's são nominadas por uma sequência numérica, (I, II, III, e assim sucessivamente) de acordo com a data da sua criação. O estudo aponta para o detalhamento, de característica demográfica e política, da RA III – que se refere à Taguatinga, local onde ocorreu, a escolha dos centros de saúde, para a realização da pesquisa de campo.

A RA III, foi fundada em 5 de junho de 1958 em terras do município de Luziânia – Goiás, na Fazenda Taguatinga. Hoje ocupa um território de 121,34 km².e segundo o censo de 2010, do IBGE tinha uma população de 361.063 moradores. (GDF, 2013)

Taguatinga faz divisa, ao norte com as Regiões Administrativas de Brasília, ao sul com a de Riacho Fundo, a leste com as do Guará e Núcleo Bandeirante e a

⁸ Disponível em <<http://www.df.gov.br/noticias/item/17877-cobertura-de-69-da-popula%C3%A7%C3%A3o-do-df.html>>

oeste com as de Ceilândia, Samambaia e Brazlândia, e está localizada a 19 km de Brasília. (GDF, 2013)

Passou a ser reconhecida como cidade em 1970; primeiro, teve o nome de Vila Sarah Kubitschek, depois Santa Cruz de Taguatinga e por último, como Taguatinga. A sua criação derivou de demanda do super povoamento da Cidade Livre (Núcleo Bandeirante), e foi projetada no Plano Urbanístico de Brasília, para ser uma cidade dormitório; porém desde o seu início, teve estrutura de cidade desenvolvida; os fatos apresentam que apenas seis meses, depois da instalação dos primeiros moradores, por lá já funcionavam escolas, hospitais e estabelecimentos comerciais, e haviam casas para professores. (GDF, 2013)

Devido ao acelerado crescimento populacional no DF, surgiram novas RA's, provocando desmembramento da RA III, iniciando por Ceilândia e Samambaia, que faziam parte desta, até 1989. Em 2003, foi desvinculada de Taguatinga a RA de Águas Claras, RA XX e, em 2009, a RA XXX – Vicente Pires. Essas alterações foram determinantes, para o advento de novas características urbanísticas e rurais que levaram Taguatinga, a conviver com uma série de indefinições territoriais. Hoje ela se divide em Setor de Chácaras, Setor de Mansões de Taguatinga, Taguatinga Centro, Norte e Sul e o Setor M Norte. (GDF, 2013)

O último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 declarou que Brasília, ficou em quarto lugar, como cidade mais populosa, atrás apenas de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador, com uma população adstrita em todo o DF, de 2,6 milhões de pessoas, o que representou um crescimento de 2000 para 2010, de 29,6%, maior que a média nacional. (GDF, 2013)

Taguatinga, tem 12 mil empresas, 100 mil trabalhadores e um comércio que abastece a população local; com isso, a cidade desenvolveu atividades diversificadas e tornou-se autônoma em quase tudo; oferece oportunidades de trabalho em lojas, atacados, fábricas, hotéis, faculdades e hipermercados. De acordo com dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), em 2011, de 41,7% da população que exercia uma atividade remunerada, 28,7% a desenvolvia, no comércio da cidade. (GDF, 2013)

Quanto ao perfil demográfico, apresenta uma população envelhecida, que corresponde a 21% da população geral, comparado com os 17% que representa o grupo de zero a 14 anos. No que concerne a educação, a maior participação, concentra-se na categoria dos que têm o ensino fundamental incompleto e médio

completo. No aspecto habitacional, a casa de alvenaria é predominante na região, sendo que mais de 2/3 são próprias, com serviços de abastecimento de água e energia elétrica já universalizados, esgotamento sanitário por rede geral e serviço de limpeza urbana, bem próximo ao atendimento da totalidade. (GDF, 2013)

A população urbana, domiciliada em Taguatinga, tem por atividade remunerada às voltadas para o comércio, com carteira de trabalho assinada, também de funcionários públicos do GDF e Governo Federal e, serviço gerais. No tocante a renda domiciliar, esta, concentra-se entre 2 a 5 salários mínimos mensais, e cerca de 6% recebem acima de 20 salários mínimos. (GDF, 2013)

Os resultados, da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), de 2013, comparados com os de 2011, evidenciaram que em Taguatinga, ocorreram ganhos na área social, com pequeno aumento do percentual da população com nível superior e queda no analfabetismo. Foram observados também, aumento da posse de bens e serviços como: TV por assinatura, automóvel, entre outros. Com relação à condição econômica, a renda domiciliar convertida em salários mínimos, apresentaram situação similar entre 2011 e 2013. O Coeficiente de Gini⁹, por sua vez, apresenta na RA III, uma distribuição irregular, denotando a existência de desigualdade de renda, igual à verificada em 2011. (GDF, 2013)

A estrutura de serviços públicos de Taguatinga é composta de 65 instituições educacionais públicas; uma biblioteca pública; uma biblioteca Braille; quatro praças; sete parques ecológicos; um Batalhão de Incêndio (2º BGM/Taguatinga, CBMDF); um Batalhão da Polícia Militar (2º BPM); três Delegacias de Polícia: 12ª, 17ª e 21ª. (GDF, 2013)

Quanto à organização dos serviços público de saúde há 01 Hospital Regional com assistência secundária, 01 Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico,

⁹ É um cálculo usado para medir a desigualdade social, desenvolvido pelo estatístico italiano Corrado Gini, em 1912. Apresentam dados entre o número **0** e o número **1**, onde **zero** corresponde a uma **completa igualdade** na renda (onde todos detêm a mesma renda per capita) e **um** que corresponde a uma **completa desigualdade** entre as rendas (onde um indivíduo, ou uma pequena parcela de uma população, detêm toda a renda e os demais nada têm). Disponível em < <http://desigualdade-social.info/indice-de-gini.html>>

01 unidade mista, 01 central de radiologia, 01 núcleo de inspeção de Taguatinga norte, 01 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II) de Taguatinga Sul, e um CAPS Álcool e Drogas (AD) III; já a assistência básica de saúde, é composta de: 08 centros de saúde, 01 posto de saúde urbano, e 01 clínica da família. (GDF, 2013)

No tocante a Estratégia de Saúde de Família (ESF), nem todos os centros de saúde de Taguatinga, possuem equipes, já que no DF, em 2014, tinha 242 equipes, com uma cobertura de 25,5%, e atuam nas nove Clínicas da Família localizadas em Samambaia (4), Recanto das Emas (2), Areal (1) e Sobradinho (2); ou seja, a implantação dessas equipes, prioriza as áreas mais carentes, como por exemplo: Recanto das Emas, Samambaia, Riacho Fundo II, dentre outras; ficando assim Taguatinga, com cobertura mínima, abaixo da média do DF.¹⁰

Em pesquisa do PDAD, sobre a utilização de hospital público/Unidade de Pronto Atendimento - UPA, 66,14% da população, declararam fazer uso desse serviço. Do total que o utiliza, 89,62% o fazem em Taguatinga, 5,09% em Brasília, e, 4,09% as demais Regiões, que são pouco representativas. (GDF, 2013).

Quanto à aquisição de Plano de Saúde, na mesma pesquisa, foi observado que 56,66% da população da RA III não contratam esse serviço. Dos que os têm 31,89% são planos empresariais e, 11,27%, são individuais. (GDF, 2013)

No que se refere à procura pelos serviços de Atenção Básica, em especial os Centros de Saúde, o estudo do PDAD, apontou que 27,31% declararam não utilizar esse serviço; os que usavam, cerca, de 97,11% procuravam o serviço de saúde de Taguatinga, evitando assim um maior deslocamento. (GDF, 2013)

No cumprimento dos objetivos do estudo, a pesquisa foi desenvolvida em Centros de Saúde, já que, estes, na Regional de Saúde de Taguatinga têm o serviço de controle da Tuberculose descentralizado e regionalizado, o que facilita o levantamento, a organização e a análise dos dados.

São critérios de escolha dessa Regional de Saúde, para compor o cenário do estudo: 100% das atividades do programa de tuberculose nos Centros de Saúde, descentralizadas, (caracterizando aumento na oferta de serviços primários), localização geográfica das unidades (facilita o acesso) e a vivência profissional da

¹⁰ Disponível em <<http://df.gov.br/noticias/item/751-gdf-entrega-centro-de-sa%C3%BAde-em-taguatinga.html>>

pesquisadora nessa regional (superior a 10 anos como enfermeira de unidade básica de saúde).

Já a realização da pesquisa, em 02 Centros de Saúde, foi em decorrência da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), em abril de 2015, dos oito centros de saúde da Regional de Taguatinga, apenas 02 tinham gerentes de unidade indicados pelo secretário de saúde, e, portanto, poderiam participar da pesquisa; esta definição foi encaminhada, pela gerência de Atenção Básica em Saúde de Taguatinga, quando a pesquisadora fez contato com esta, em fevereiro de 2015.

A amostra é composta por 20 pessoas, sendo que de cada Centro de Saúde, foram entrevistados: 02 gestores, 04 profissionais de saúde, sendo 01 médico, 01 enfermeiro e 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem e 04 usuários que tenham tratado ou estejam em tratamento de TB.

A escolha desse quantitativo de pessoas, para compor a amostra, se justifica em função de que a organização do serviço de TB, envolve os gerentes da unidade e da enfermagem, a quem compete às atividades de planejamento, execução e avaliação dos programas desenvolvidos em sua área de atuação; e também define quanto a necessidade de uma equipe, na realização das atividades do programa de TB, com a seguinte composição: médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem, propiciando assim um atendimento multiprofissional, o que favorece aumento da assistência ao usuário.

No cumprimento dos objetivos da pesquisa, os critérios de inclusão são: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que tenham concordado em participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), com as seguintes especificidades:

Gestores: Diretor da Unidade de Saúde e/ou Gerente da Unidade de Saúde; Gerente de Enfermagem.

Profissionais de Saúde: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem, que atendam usuários que trataram ou estejam em tratamento de TB.

Usuário: pessoa que tenha tratado ou esteja em seguimento clínico de TB, na unidade básica de saúde independente do tempo de conclusão do tratamento, da fase do tratamento, ou do tipo da tuberculose.

São critérios de exclusão: pessoas com idade inferior a 18 anos, mulheres grávidas, e as que não tenham concordado em participar da pesquisa; também seguindo as especificidades do grupo a ser investigado, deverão ser excluídos da amostra da pesquisa: Gestores que não sejam diretor ou gerente da unidade de saúde ou não responda pela gerência de enfermagem; profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem que não atuem no programa da TB da unidade básica de saúde; outras categorias profissionais, que não médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem do serviço de atenção básica; o usuário da unidade básica de saúde, que não tenha tratado ou não esteja em tratamento atual de TB e os usuários que trataram ou estejam em tratamento, e que são moradores do entorno.

3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionário, que investigou, os dados sócios demográficos, dos sujeitos da pesquisa, e as características da rede de assistência, explorando as seguintes variáveis: organização do serviço, nas atividades do Programa de controle da TB, e o acesso ao diagnóstico, elaborado nas versões para o gestor, profissional de saúde e usuário (APÊNDICE A, B e C).

Esta etapa foi iniciada em 24 de abril de 2015, após a autorização, liberada pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) da Plataforma Brasil com o número: 43094115.1.00005553, e pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS, sob o número: 1.020.136 de 15, e, também, com o conhecimento sobre a mesma, pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Regional de Saúde de Taguatinga.

A coleta de dados se desenvolveu mediante visitas aos centros de saúde, com agendamento destas, prevalecendo, a disponibilidade de horário dos pesquisados; 100% das entrevistas com os gestores e profissionais de saúde, nos dois centros de saúde, foram realizadas no local do trabalho e, desenvolveu-se prioritariamente, no final do turno de trabalho; apenas uma entrevista, de um profissional, ocorreu no início do turno vespertino, por sua solicitação.

No que se refere ao período gasto na realização das visitas, e, nas entrevistas, com os profissionais de saúde, nos dois centros de saúde, estas foram realizadas, de 2ª às 6ª feiras, no turno matutino ou vespertino, concomitantes e intercaladas, respeitando-se assim, a dinâmica dos serviços, e com a realização de 100% da meta prevista, para essa amostra.

Quanto ao agendamento das entrevistas aos usuários, a pesquisadora teve acesso nas unidades de saúde, aos registros com informações, dos que trataram ou estavam em tratamento. Como o quantitativo de usuários catalogados em livros de controle da TB, estava aquém do tamanho da amostra, e com dados incompletos, faltando, por exemplo, o número de telefone, ou outros eram do entorno, e outros ainda eram do Albergue de Taguatinga Sul, portanto não teria como localizá-los, buscou-se essas informações, na coordenação regional do programa de TB, de Taguatinga, que tem os dados informatizados. Através da ficha de notificação do caso, pode-se encontrar as informações necessárias para realizar os contatos.

Ressalta-se que na pesquisa documental, nos dois Centros de Saúde que participaram da pesquisa, tinha apenas 01 usuário em tratamento de TB.

Após esta etapa, onde de acordo com os critérios de inclusão do estudo, selecionou-se um total de 16 usuários, para os dois Centros de Saúde, houve contato, com cada um individualmente, explicando sobre a pesquisa e solicitando a sua participação. Nos contatos por telefone, conseguiu-se localizar 10 usuários, os outros 06, o telefone não era mais desse contato. E dos que foi possível falar, dois não aceitaram participar da pesquisa, alegando não ter tempo disponível, ficando a amostra com 08 usuários, sendo de 07 que já trataram, e de 01, em tratamento atual.

De um modo geral, os usuários foram solícitos, agradáveis e com fácil aceitação em participar da pesquisa. Teve-se o cuidado em esclarecer quanto os objetivos e a importância do estudo, o que significava a sua participação, e quanto ao sigilo das informações.

Alguns fatos curiosos ocorreram no desenvolvimento das entrevistas: dos 08 usuários entrevistados, 01 me atendeu em seu local de trabalho, e permitiu que fizesse a gravação, procurando falar em tom baixo, toda vez que alguém entrava na sala (o local da entrevista foi em um escritório, em uma obra, em Águas Claras); outro usuário, fez a entrevista em sua casa, na hora que estava sendo atendida por uma manicure, foi muito tranquila ao falar sobre a doença, por que afirmava o tempo todo, que apesar de ter feito o tratamento, ela não teve TB.

A exceção da entrevista realizada no local de trabalho, as outras foram feitas na residência das pessoas, com horário agendado, com uma duração de aproximadamente 01 hora, e aconteceram mais no período da tarde, sendo que o paciente em tratamento atual, agendou a sua entrevista a noite, já que durante o dia estava no trabalho, local onde as pessoas não sabiam do seu tratamento.

3.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde da FEPECS do Distrito Federal, através do número 1.020.136 de 15. Com a liberação da pesquisa, e após a concordância dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram realizadas as entrevistas, gravadas, com preenchimento dos questionários, e com a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados. Na sequência ocorreu a etapa de análise dos resultados, que foram apresentados em primeira pessoa, de modo que eu, pesquisadora, assumi a posição de narradora da realidade identificada.

3.5 Análise dos Resultados da Pesquisa

No cumprimento dos objetivos do estudo, os resultados da pesquisa, foram apresentados e discutidos, através de quadros e tabelas e, também, com análise descritiva mediante narrativa da pesquisadora, apoiados nos autores apresentados no referencial teórico.

Os questionários¹¹, instrumentos usados nas entrevistas, nas versões para gestores, profissionais de saúde e usuários que trataram ou estão em tratamento de TB, apresentam a seguinte composição: item A: informação sócio demográfica; item B: características do serviço; item C: porta de entrada e item D: acesso ao diagnóstico.

Essa configuração visa o cumprimento dos objetivos traçados para o estudo, validando assim o seu propósito de trabalho científico.

¹¹ Encontram-se em anexo

Ao iniciar a apresentação dos resultados, o faço mediante a descrição das características dos serviços, a fim de apresentar o espaço físico, enquanto cenário das atividades do programa de controle da TB.

Como já citado anteriormente, a pesquisa desenvolveu-se em dois centros de saúde, que passam a ser denominados unidade A e B.

A unidade A, localizada em Taguatinga Norte, foi inaugurada em 03 de dezembro de 1980, e passou por uma reforma em sua estrutura física em 2012, para adequação do espaço no atendimento diário, de cerca de 250 pessoas; oferece consultas nas áreas de clínica geral, ginecologia, obstetrícia e pediatria, e, funciona de 2ª às 6ª feiras, de 7:00 h às 18:00 h. Além disso, a unidade realiza atendimentos nas áreas de enfermagem, imunização, nebulização, serviço social, nutrição e odontologia. A unidade também oferece à população práticas alternativas como automassagem e shantala – massagem de origem indiana, aplicada pelas mães em crianças a partir de um mês de idade.

Tem por população adstrita, um total de 80 mil habitantes, assim distribuídos: todas as quadras da QNJ, e as QNL de 01 a 11, e de 02 a 28; o total da população foi questionado pelo gestor da unidade, que relatou ter 200 mil consultas ao ano, o que de longe, é demonstrativo de que a população estimada, não corresponde com a realidade de oferta de serviços.

De acordo com o gestor da unidade, é o seguinte o quadro de recursos humanos:

Quadro I
Recursos Humanos por Categoria Profissional na Unidade A

Recursos humanos por categoria profissional	Número de servidores
Médicos	08
Odontólogos	02
Técnica de higiene dental (THD)	02
Nutricionista	01
Assistente social	01
Farmacêutica	01
Enfermeiros	06
Técnico administrativo	07
Técnico de políticas públicas e gestão Governamental	01
Analista de políticas públicas e gestão Governamental	01
Agente comunitário de saúde (ACS)	04
Agentes de saúde pública (ASP)	03
Agente de portaria	01
Padioleiro	01
Auxiliar de serviços gerais (AOSD)	03
Auxiliar de serviços complementares	01
Auxiliar de patologia clínica	02
Auxiliar operacional de serviços de enfermagem	03
Técnicos e auxiliares de enfermagem	21
Apoio administrativo	01
Total geral de servidores	70

Fonte: A autora do estudo

Ressalto no quadro de pessoal acima, algumas peculiaridades: a presença do padioleiro, função que é desenvolvida, em ambiente hospitalar, e que nessa unidade de saúde, o servidor está respondendo pela chefia do Núcleo de Apoio Operacional (NAO), função administrativa, o que diferencia completamente das funções realizadas por padioleiros¹²; chamo atenção, também, quanto à categoria dos agentes de portaria, onde de acordo com o gerente da unidade, 01 desenvolve

¹² Atuar com a organização das macas hospitalares, auxílio para retirar pacientes de ambulâncias, Disponível em <<http://sindsaude.org.br/portal/noticias-hbdf/padioleiros-fazem-falta-no-base.html>>

funções de técnico administrativo, devido à carência de pessoal, dessa área; também nessa unidade de saúde, de acordo com o gerente, encontra-se 01 Analista de Políticas Públicas e Gestão Governamental, desenvolvendo as funções de secretaria, e 01 servidor de nível técnico, e 01 auxiliar operacional de serviços gerais, cedidos pelo governo do DF e pelo governo federal, respectivamente.

Aponto ainda que nessa unidade, existe, uma equipe de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), composta por 01 enfermeiro, e 04 ACS, conforme listado no quadro acima, ampliando assim a oferta de serviços em domicílios da área adstrita da unidade, de acordo com o gestor entrevistado.

Porém este, afirma que, os serviços domiciliares estão aquém das necessidades da área, nas ações de prevenção, promoção e reabilitação, necessitando essas atividades serem complementadas pelos ASP, ficando mesmo assim algumas áreas, sem cobertura nessas atividades.

Quanto à equipe de referência no atendimento ao programa da TB, o gestor apontou ser formado por 02 clínicos gerais, 01 enfermeiro, e não sabia quantos técnicos ou auxiliares de enfermagem estavam na equipe, já que a distribuição desses profissionais, é de competência, da gerente de enfermagem.

A gerente de enfermagem, ao participar da pesquisa, sobre esse item informou que havia uma técnica de enfermagem de 40 horas, com treinamento e disponível para atendimento no programa da TB; esclareceu ainda que, todos os profissionais de enfermagem, recebem orientações sobre o programa, e na falta da técnica de referência, esta pode ser substituída, por quem estiver na escala do dia, sem provocar dicotomia das ações de controle à TB, nessa unidade de saúde.

Quanto o número de doentes de TB, que trataram em 2014, o gerente da unidade informou, após a busca do dado no livro de registro, na hora da entrevista, ter sido de 01, sendo que nenhum havia concluído o tratamento nesse mesmo ano, na unidade. A gerente de enfermagem, em relação a essa informação, respondeu que não sabia quantos usuários trataram em 2014, já que o programa tinha um enfermeiro, cabendo a esse profissional, a responsabilidade, por todas as atividades do mesmo, inclusive gerar relatórios, e dados estatísticos.

A unidade B situa-se em Taguatinga Sul, foi inaugurada em 03 de dezembro de 1980, e oferece consultas de ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia, com horário de funcionamento, de segunda a sexta das 7h às 18h; no ano de 2011, passou por uma reforma em sua estrutura física, com destaque na

criação de uma rampa de acesso para servidores e usuários, com deficiência física; e mudanças, nos setores de laboratório, farmácia, sala de imunização, serviço social e odontologia. De acordo com a gerente da unidade, esta, tem uma população adstrita de 127. 500 habitantes, sendo considerado o maior centro de saúde, em população de todo o DF. Atende as seguintes áreas: QSD, QSE, QSF, CSD, CSE, CSF, CSG, Areal (Quadras 01 a 11), Setor de Arniqueiras, da Colônia Agrícola Vereda da Cruz e Setor de Oficinas Sul (ADE); a unidade, assiste a população de um Centro de Convivência (Albergue), localizado no Areal/Agua Claras, o que caracteriza, atendimentos irregulares e descontínuos.

Além das clínicas básicas, os usuários contam com atendimento em odontologia, homeopatia, serviço social, nutrição e enfermagem e com atividades de automassagem e capoterapia, shantala, dança sênior, atividades de pintura e de recreação. Segue o quantitativo de recursos humanos:

Quadro 2
Recursos Humanos por Categoria Profissional da Unidade B

Recursos Humanos por categoria profissional	Número de Servidores
Médicos	09
Odontólogos	04
Técnica de higiene dental (THD)	02
Nutricionista	01
Assistente social	01
Farmacêutica	01
Enfermeiros	07
Técnico administrativo	10
Técnica de nutrição	01
Técnicos de enfermagem	25
Agente comunitário de saúde (ACS)	04
Telefonista	01
Agente de portaria	01
Auxiliar de serviços gerais padoleiro	01
Auxiliar de serviços gerais laboratório	03
Total geral de servidores	71

Fonte: Autora do estudo

Alguns comentários sobre o quadro acima, são pertinentes: a existência de homeopata, o que normalmente, acontece apenas, em serviços de referência; também chamo a atenção, quanto a existência de profissionais, como o padoleiro,

que, responde por um cargo de chefia do Núcleo de Registro e Controle do Arquivo (NRCA) e também, uma técnica de enfermagem, que responde pela chefia do NAO, caracterizando assim, atividades administrativas, desenvolvidas por profissionais de funções auxiliares e técnicas.

Também nessa unidade, existe uma equipe do PACS, composta por 01 enfermeira e 04 ACS, e que de acordo com os objetivos do programa, desenvolvem atividades externas, nas áreas de abrangência, mais carente, do centro de saúde, a citar, o Areal / Águas Claras.

Quanto aos recursos humanos disponíveis para o atendimento no controle da TB, a gerente informou que a equipe é formada por 01 enfermeira, com carga horária semanal de 40 h; pelo clínico geral do turno, que atende de acordo com a disponibilidade da escala médica; ou seja, após a classificação de risco, feita pela sala do acolhimento, se necessário, o enfermeiro solicita a presença do médico, já que pela rotina do Programa, o enfermeiro pode solicitar exames, e realizar os primeiros procedimentos para confirmação do diagnóstico da doença, segundo a gerente da unidade. Quanto à participação dos técnicos de enfermagem, estes atuam de acordo com a escala de serviço, já que atualmente, não existe nenhum profissional, dessa categoria específico para o Programa.

Quanto a enfermagem, a gerente enfatizou que a maior participação no Programa é do enfermeiro, no acolhimento dos usuários com suspeita ou em tratamento de TB, em função da carga horária deste, ser de 40 horas semanais, o que favorece, sua permanência no setor.

No tocante ao número de doentes, que trataram de TB, em 2014, a gerente da unidade, informou que 02 iniciaram e concluíram o tratamento, acompanhados pela equipe, conforme já citado acima.

A gerente de enfermagem, não soube responder quantos pacientes trataram de TB em 2014, sugerindo procurar o enfermeiro do Programa para confirmação dos dados. Esclareceu ainda, que é de competência desse profissional produzir relatórios e realizar os procedimentos cabíveis, na geração de dados estatísticos.

Após a apresentação das características dos serviços, como já dito, para identificar os cenários da pesquisa de campo, segue a análise dos resultados, de acordo com os dados contidos nos questionários.

Como os questionários tinham versões para gestores, profissionais de saúde e usuários, os dados abaixo se referem a esses atores sociais apresentando o perfil sócio demográfico através de tabelas, seguido de suas percepções, quanto à porta de entrada do sistema, e o acesso ao diagnóstico da TB cumprindo assim com os objetivos propostos para o estudo.

TABELA 1

Características sócio demográficas dos gestores das unidades A e B, em frequência e porcentagem.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	%
Idade (anos)	18 – 28 a	-	-
	29 – 39 a	-	-
	40 – 50 a	02	50
	51 – 61 a	02	50
	>62 a	-	-
Gênero	Masculino	01	25
	Feminino	03	75
Estado civil	Solteiro	-	-
	Casado	04	100
	Divorciado	-	-
	Viúvo	-	-
Local de Moradia	Cidade Satélite	04	100
	Plano Piloto	-	-
Profissão	Médico	02	50
	Enfermeiro	02	50
	Outra	-	-
Tempo de Gerência	< De 1 ano	-	-
	1 – 5 a	02	50
	6 – 11 a	-	-
	12 – 17 a	01	25
	18 – 23 a	-	-
	>24 a	01	25
TOTAL		04	100%

Fonte: A autora do estudo

Na tabela 1, 50% dos participantes da pesquisa situavam-se a partir da 4ª década de vida e os outros (50%) na 5ª década, o que caracteriza maior tempo de trabalho com melhor adaptação, já que as experiências adquiridas ao longo do tempo, desenvolvem uma visão mais objetiva na realização de suas atividades.

Quanto ao gênero a pesquisa identificou que 75% dos gestores eram do sexo feminino, contra 25% do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 100% dos pesquisados eram casados.

Em relação ao local de moradia, o estudo apontou que 100% dos entrevistados moravam em RA's, sendo que tanto na unidade A quanto na B, 50% dos gestores residem em RA diferente da localização da Unidade de Saúde.

Já a profissão, os resultados apontaram que 50% são médicos e 50% são enfermeiros, o que está de acordo com a política atual de gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde da SES/DF, como também em consonância com o Código de Ética dos profissionais de enfermagem, que estabelece ser de competência do enfermeiro, a liderança de sua equipe agem.

Quanto ao tempo em que o servidor está na gerência, tanto na unidade A quanto na B, praticamente todos os gestores, exercem essa função na mesma UBS, onde já atendiam como profissional de saúde, o que pode propiciar ao gestor, diferentes condições de familiaridade, com os serviços, com a comunidade e com os servidores.

Nas visitas realizadas nas unidades, pude verificar que os gestores estavam bem próximos dos servidores, e dos usuários; encontrei, por diversos momentos, principalmente na unidade B, pessoas da comunidade, na sala da gerência, com expressões tranquilas e, muito à vontade.

Essa realidade, não foi observada na sala de gerência da enfermagem da unidade A, já que a gestora atual foi removida de outra UBS.

No tocante às funções dos gestores, em especial no controle da TB, chamo a atenção quanto a participação destes no Programa de Controle da Tuberculose (PCT); como já referido, na descrição das características do serviço, tanto na unidade A quanto na B, os gestores não sabiam informar sobre os dados estatísticos do programa, como por exemplo, quanto ao número dos pacientes atendidos em 2014, alegando que o conhecimento sobre esses dados eram de competência do enfermeiro.

Caso essa prática não ocorra, pode haver comprometimento na articulação do gestor com a equipe de saúde, gerando ações descontínuas e fragmentadas, o que pode comprometer a qualidade da assistência, no controle da TB. (OMS, 2003).

Ressalto que tanto na unidade A quanto na B, as atividades administrativas e técnicas do PCT, são de responsabilidade do enfermeiro, que por delegação da gerente de enfermagem, assume o papel de gestor local do referido programa.

Essa conduta, leva a um distanciamento destes, nas ações de controle da TB, o que foi verificado também na aplicação dos questionários aos profissionais de saúde, conforme o que será apresentado na análise da tabela 2

TABELA 2

Características sócio demográficas dos profissionais de saúde, das unidades A e B, em frequência e porcentagem.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	%
Idade (anos)	18 – 28 a	-	-
	29 – 39 a	01	12,5
	40 – 50 a	05	62,5
	51 – 61 a	02	25
	>62 a	-	-
Gênero	Masculino	03	37,5
	Feminino	05	62,5
Estado civil	Solteiro	02	25
	Casado	04	50
	Divorciado	02	25
	Viúvo	-	-
Local de Moradia	Cidade Satélite	08	100
	Plano Piloto	-	-
Profissão	Clínico Geral	02	25
	Enfermeiro	02	25
	Técnico de enfermagem	04	50
Tempo de Atendimento em TB	Zero	03	37,5
	0 – 1 a	01	12,5
	1 – 5 a	02	25
	6 – 11 a	02	25
	12 – 17 a	-	-
	>17 a	-	-
TOTAL		08	100%

Fonte: A autora do estudo

A variável idade na tabela 2, apontou que 62,5% são de profissionais que estão na quarta década de vida, o que demonstra o mesmo comportamento já referido pela tabela 1.

Quanto às variáveis gênero e local de moradia, também ocorre similaridade com o já exposto na análise dos resultados, se comparados à tabela 1.

É o que se verifica por exemplo na variável gênero: dos profissionais que participaram da pesquisa, 62,5% são do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino.

Já na variável local de moradia, 100% dos entrevistados moravam em RA's, sendo que os da unidade A, 12,5% residem em RA diferente do local da UBS onde trabalham e na unidade B 37,5%, residem fora da RA do seu trabalho.

Em relação a categoria profissional, observo que tanto na unidade A quanto na B, compete a enfermagem e ao clínico geral, a execução das atividades no controle da TB, o que está de acordo com o manual do Ministério da Saúde do referido programa.

Entretanto pude observar nas entrevistas com os clínicos, que 100% destes, atribuíam uma maior responsabilidade das ações de controle da TB, à equipe de enfermagem, mais especificamente ao enfermeiro, principalmente, no que se refere ao acompanhamento dos usuários, na busca do sintomático respiratório, durante o tratamento, na avaliação dos contatos, e, na alta.

Chamo atenção também na tabela 2, quanto ao tempo de atendimento no Programa; apesar dos gerentes terem declarado, a existência de uma equipe multiprofissional na atenção aos usuários com TB, durante as entrevistas com os profissionais, em especial, os técnicos de enfermagem informaram que não realizam atividades no PCT, o que descaracteriza a existência de uma equipe como o que é preconizado pelo programa.

Outro dado do questionário, é sobre a educação continuada (treinamento em serviço); este não está na tabela acima, mas fazia parte do instrumento da pesquisa, por se tratar de um tema que complementa a inserção dos profissionais de saúde, no controle da TB.

Foi observado tanto na unidade A como na B, que dos 08 profissionais entrevistados, apenas 02 tinham realizado treinamento em serviço, o que representou 25% da amostra; sendo que na unidade A, a capacitação foi há 10 anos e na B, aconteceu há 08 anos.

TABELA 3

Características sócio demográficas dos usuários, que trataram ou estão em tratamento de TB das unidades A e B, em frequência e porcentagem.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	%
Idade (anos)	0 – 4 a	-	-
	05 - 14 a	-	-
	15 – 39 a	01	12,5
	40 – 59 a	04	50
	>60 a	03	37,5
Gênero	Masculino	03	37,5
	Feminino	05	62,5
Estado civil	Solteiro	01	12,5
	Casado	06	75
	Divorciado	01	12,5
	Viúvo	-	-
Local de Moradia	Cidade Satélite	08	100
	Plano Piloto	-	-
Profissão	Professor	03	37,5
	Assistente social	01	12,5
	Engenheiro civil	01	12,5
	Mecânico	01	12,5
	Motorista	01	12,5
	Protético	01	12,5
TOTAL		08	100%

Fonte: A autora do estudo

Na tabela 3, a variável idade, apresenta uma maior porcentagem na faixa etária compreendida entre os 40 a 59 anos (50%), seguida pela taxa de 37,5%, em maiores de 60 anos. Quanto ao gênero, a maior incidência de casos de TB é para o sexo feminino (62,5%), seguido de 37,5% para o sexo masculino.

Esses dados se comparados a indicadores epidemiológicos da TB no DF, entre os anos de 2012 e 2013, divulgados pelo Ministério da Saúde sobre o Panorama da Tuberculose no Brasil, apresentam-se discordantes, conforme o quadro a seguir:

Quadro 3

Indicadores Epidemiológicos da Tuberculose. Distrito Federal, 2012-2013

Carga da tuberculose, 2012	Número	Coefficiente (/100 mil hab.)
Incidência de todas as formas	358	13,5
Incidência de Baar+	146	5,5
Incidência por sexo		
Masculino	225	17,8
Feminino	133	9,6
Incidência por faixa etária		
0 a 4 anos	08	4,1
5 a 14 anos	09	2,1
15 a 39 anos	177	14,3
40 a 59 anos	120	20,7
60 anos	44	21,6

Fonte: Sinan/MS-SVS e Site-TB.

Apesar dos resultados apontarem para diferenças nas variáveis idade e gênero, entre a tabela 3 e o quadro 3, justifico que em função dos objetivos da pesquisa, os fatores desencadeantes dessa realidade não foram investigados, apresentando-se como desafio para novos estudos.

Quanto às variáveis estado civil e profissão destaco que na primeira os casados representaram cerca de 75% da amostra, seguidos pelos solteiros e divorciados com a mesma porcentagem de 12,5%. Já na segunda, 100% dos entrevistados moravam em RA's, sendo que destes 62,5% na RA III, região da UBS, foco da pesquisa, e onde os usuários foram acompanhados durante o tratamento da TB.

Enfatizo que o local de moradia próximo ao serviço de saúde, como o que foi verificado no estudo em maior número, é para os usuários, um indicativo de fácil acesso aos serviços de atenção primária.

Entretanto, de acordo com Travassos e Martins (2004), o conceito de acessibilidade é complexo e utilizado de forma imprecisa, com significados variáveis entre autores; para Starfield (2002), acessibilidade deve ser entendida com

características de oferta, sendo o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

Logo os resultados do local de moradia, como foram encontrados no estudo, apenas retratam a relação de proximidade geográfica entre os usuários da pesquisa e os serviços.

No tocante às profissões, listadas na tabela 3, estas, foram as citadas pelos sujeitos da pesquisa; a categoria de professor foi a que apresentou maior número com uma porcentagem de 37,5%, seguida por uma diversidade de profissões, com igual número de casos.

Apesar do resultado da pesquisa listar a categoria dos professores, como a primeira de todas, não há informações suficientes no estudo, para categorizar a incidência da TB entre esses usuários, como doença profissional.

Ressalto entretanto, que as profissões descritas na tabela 3, tem em comum o exercício profissional em ambiente de pouca ventilação (salas de aulas, oficinas mecânicas, clínicas dentárias, entre outros), como também a permanência nesses ambientes por um tempo contínuo, no cumprimento da jornada diária de trabalho; também destaco o contato frequente destes com população flutuante e migratória, o que favorece a transmissão da bacilo, no ambiente de trabalho, mais do que andando nas ruas.

Após a análise das características sócio demográficas dos respondentes, apresento a seguir os cenários apontados por estes, sobre as variáveis “porta de entrada” e “acesso ao diagnóstico”.

Quando foram perguntados sobre qual o serviço que o usuário busca quando tem algum tipo de problema (porta de entrada) e qual o atendimento que o suspeito de TB procura (acesso ao diagnóstico), na opinião dos gestores e profissionais de saúde, das Unidades A e B, foram os seguintes os resultados:

Tabela 4
Características da Porta de Entrada e Acesso ao Diagnóstico segundo
Gestores e Profissionais de Saúde nas Unidades A e B

População	Variável	Cenário	Nº	%
Gestores	Porta de Entrada	Prontos Socorros Públicos	2	50
		Unidade Básica de Saúde (Centros de Saúde)	2	50
	Acesso ao Diagnóstico de TB	Prontos Socorros Públicos	2	50
		Unidade Mista de Saúde de Taguatinga	1	25
		Unidade Básica de Saúde (Centros de Saúde)	1	25
Profissionais de Saúde	Porta de Entrada	Prontos Socorros Públicos	4	50
		Unidade Básica de Saúde (Centros de Saúde)	4	50
	Acesso ao Diagnóstico	Prontos Socorros Públicos	5	62,5
		Unidade Básica de Saúde (Centros de Saúde)	3	37,5

Fonte: A Autora do estudo

Na Unidade A, foi verificado divergência de opinião, quanto a porta de entrada e o acesso ao diagnóstico, entre o gestor geral e o gerente da enfermagem; para o primeiro, o serviço procurado pelos usuários, é a UBS, e para o segundo, estes procuram o serviço de pronto socorro público mais próximo de sua casa. Também nessa Unidade, foi referido a Unidade Mista de Taguatinga, que é um serviço terciário, como o local que mais realiza diagnóstico de TB, na Regional de Saúde de Taguatinga.

Já para os gestores da Unidade B, estes apontaram que a porta de entrada do sistema e o acesso ao diagnóstico, são as UBS; a gerente geral, acrescentou que a procura por alguns usuários pelo serviço de pronto socorro público, é em decorrência do excesso de atendimentos das UBS, o que dificulta a entrada destes no serviço.

Para os profissionais de saúde a porta de entrada é percebida por estes, de forma semelhante tanto para os prontos socorros quanto para as UBS (50% cada);

já o acesso ao diagnóstico coube aos prontos socorros, a porcentagem de 62,5% contra 37,5% para as UBS.

Para os usuários, em relação a essas variáveis são os seguintes os resultados da pesquisa:

Tabela 5
Características da Porta de Entrada e Acesso ao Diagnóstico segundo
Usuários nas Unidades A e B

População	Variável	Cenário	Nº	%
Usuários	Porta de Entrada	Prontos Socorros Públicos	1	12,5
		Unidade Básica de Saúde (Centros de Saúde)	3	37,5
		Clínicas Privadas	4	50
	Acesso ao Diagnóstico de TB	Prontos Socorros Públicos	2	25
		Unidade Básica de Saúde (Centros de Saúde)	2	25
		Clínicas Privadas	4	50

Fonte: a autora do estudo

Esses resultados apontam que a maior porcentagem coube aos serviços de clínicas privadas (50%), tanto para a porta de entrada como para o acesso ao diagnóstico,

Para os usuários, a porta de entrada e o acesso ao diagnóstico nos serviços de UBS, ainda estão carregados de barreiras, de acordo com as suas falas nas entrevistas, apesar da Regional de Saúde de Taguatinga ter os serviços de atenção à TB descentralizados, fato este que não era do conhecimento dos usuários respondentes.

Em sequência à análise dos resultados e de acordo com as questões do questionário, visando uma melhor compreensão e o alcance dos objetivos propostos para o estudo, estes, serão agrupados em categorias, a fim de destacar os aspectos de maior relevância, originários das entrevistas através das questões subjetivas.

São as seguintes as categorias agrupadas para análise:

Categoria 1 - Organização do Programa de Controle da Tuberculose na Unidade Básica de Saúde como estratégia de fortalecimento das ações;

Categoria 2 – O acesso ao diagnóstico da TB e os elementos que compõem o princípio da Universalidade do SUS;

Categoria 3 – A equipe de saúde e as inferências no acesso ao diagnóstico da TB.

Enfatizo que na apresentação das categorias, o estudo apresentou primeiro as falas dos respondentes, apoiada em autores referidos no corpo teórico de forma geral; somente ao término de cada uma foi realizado, o diálogo entre os resultados da pesquisa com as conclusões do capítulo I e II, referendando o conceito de Política Pública firmado no trabalho, e as recomendações do MS no cumprimento de metas e na organização do PNCT, tendo como principal porta de entrada, as UBS Entendo que essa configuração linear, favorece a compreensão das categorias, e as questões que não forem elucidadas neste, poderão servir de incentivo para a realização de novas pesquisas sobre o tema.

CATEGORIA 1 – Organização do Programa de Controle da Tuberculose na Unidade Básica de Saúde como estratégia de fortalecimento das ações

Esta categoria contempla as seguintes perguntas do questionário: Tipo de serviço que diagnostica maior número de casos; Divulgação do PCT na UBS; A frequência da busca ativa de casos; Articulação do PCT com os serviços da UBS e os da comunidade.

Sobre a organização dos serviços no controle da TB, os gestores assim opinaram, conforme trechos das entrevistas listados abaixo:

[...] A porta de entrada no sistema aqui na área é o centro de saúde [...]
Respondente 1

[...] Para o programa há espaço físico destinado ao atendimento do usuário; há pessoal treinado: 02 enfermeiros, 3 ou 4 auxiliares de enfermagem e 02 médicos clínicos; e também conta com apoio dos serviços de laboratório e da radiologia; o paciente é atendido no mesmo dia, salvo pela falta de profissional treinado no horário, por conta da escala; mas quando isso acontece, ele é agendado para o dia mais próximo possível; e ele volta [...]
Respondente 1

[...] Depende do local onde o paciente suspeito de TB procura; se nas emergências, nem sempre o médico clínico pensa neste problema; se na

UBS ele é atendido pelo clínico que sempre encaminha para o enfermeiro investigar [...] Respondente 2

[...] Quando é feita busca ativa em corredor, salas de esperas, se coloca cartazes, etc aumenta o número de pessoas que querem pesquisar a tosse por mais de três semanas; pena que não tem pessoal suficiente para fazer isso; e aí conta com a ajuda de alunos. [...] Respondente 3

[...] O paciente é acolhido pela sala de acolhimento; a agenda é aberta para a clínica médica, o que garante atendimento no mesmo dia ao suspeito de TB, mesmo que o enfermeiro esteja de folga, ele recebe os primeiros cuidados, e é agendado para uma data mais próxima possível [...] Respondente 4

[...] Quanto a divulgação interna sobre o PCT não lembra de alguma atividade na UBS; mas todos sabem que lá atendem esses pacientes, e estes são atendidos sempre que procuram a sala de acolhimento. [...] Respondente 4

Verifico que para os gestores, as UBS estão preparadas para acolher aos usuários com suspeita de TB, desde a sua capacidade instalada até a oferta de serviços, de acordo com o seu horário de funcionamento.

Também enfatizaram que a falta ou a pouca divulgação das ações do programa, principalmente na busca ativa de casos, tanto na UBS quanto na comunidade, não atrapalha a eficiência deste, já que os usuários buscam espontaneamente os serviços, e são acolhidos pela sala de acolhimento; setor este que sempre tem profissionais de enfermagem, que encaminham os usuários, para a consulta médica ou para consulta de enfermagem, garantindo assim o diagnóstico precoce da doença.

Estes resultados demonstraram uma prática contrária, ao o que é preconizado pelo PNCT, onde estudos de Brasil (2002) apontam que identificar os sintomáticos respiratórios através de busca ativa de casos deve ser realizada de forma rotineira, e é uma atividade de saúde pública, para encontrar os usuários que transmitem a TB (doentes bacilíferos), sendo considerada a medida mais eficaz, na redução da transmissão da doença na comunidade (BRASIL, 2002).

Para os profissionais de saúde, foram os seguintes os principais trechos das entrevistas destacados, para esta categoria:

[...] A escala diária é para atender a demanda espontânea encaminhada pela sala de acolhimento; junto pode estar um paciente suspeito de TB; e aí a preocupação é que a maioria dos pacientes atendidos por dia, são idosos,

que já tem imunidade baixa e todos ficam juntos no mesmo espaço físico. [...] Respondente 1 e 2

[...] Faço 20 horas, com frequência o paciente é agendado para outra data, de acordo com a minha escala; a minha escala é para demanda livre; atendo outros programas, não só o PCT; caso o paciente chegue, ele precisa esperar, ou é orientado para voltar outro dia; nem sempre volta; não há busca ativa de casos.
[...] Respondente 7

[...] Não existe articulação do programa com as organizações da comunidade, como: igrejas, escolas, associação de moradores, etc; o paciente vem pra cá ou por que não consegue uma consulta na emergência, ou por que aqui é mais fácil de ser atendido; a sala de acolhimento ajuda eles muito. [...] Respondentes 4, 5, 6

[...] Acredita que na UBS todos sabem do programa; mas fora da unidade a divulgação é fraca por falta de materiais. A busca ativa só é feita quando tem alunos; não tem como os profissionais assumirem mais essa atividade. Também não acredita que precise de mais divulgação; todos sabem sobre o programa. [...] Respondente 3 e 8

A fala dos profissionais de saúde retrata uma realidade já apontada pelos gestores durante a pesquisa; ou seja, a organização do serviço no controle da TB nessas UBS, está condicionada a um protocolo geral de assistência, que segue uma rotina diária de atividades, atrelada a sala de acolhimento.

Também que as ações do PCT são descontinuas, já que o usuário suspeito de TB nem sempre é absorvido pelo serviço de forma a garantir agilidade no diagnóstico, ação essa fundamental na quebra da cadeia de transmissão da doença.

Resultados similares também foram apontados por estudos de Scatena *et al* (2009) no município de São José do Rio Preto, onde os usuários suspeitos de TB precisaram recorrer mais de três vezes ao serviço para saber se tinham TB; esta situação também foi evidenciada no Rio de Janeiro, conforme o mesmo estudo.

Observo ainda que apesar da pouca procura de sintomático respiratório, conclusão essa relatada pelos gestores e profissionais de saúde durante as entrevistas, não existe por parte desses segmentos, uma preocupação quanto a mudanças de rotinas, que incluam a busca ativa de casos tanto na UBS quanto na comunidade.

No controle da infecção tuberculosa na Atenção Básica, o manual de recomendações para o controle da TB no Brasil, assim se manifesta:

O fundamental trabalho do agente comunitário de saúde na identificação do SR no domicílio diminui ainda mais a possibilidade de o bacilífero circular pela unidade sem sua prévia identificação. Atendimento em horários diferenciados e o oferecimento de máscara cirúrgica após identificação do SR ou do paciente com TB pulmonar são medidas administrativas que diminuirão ainda mais o risco de contaminação na unidade de saúde. (Brasil, 2011, p 118)

Essa citação enfatiza a necessidade dos profissionais de saúde atuarem de forma articulada, não só dentro da unidade básica, mas entre os diferentes níveis de atuação, garantindo assim ações contínuas e eficazes no controle da TB; tais mudanças favorecem principalmente o diagnóstico precoce da doença, como já dito, medida que provoca a redução de casos na comunidade.

Na catalogação das falas dos usuários, aponto os seguintes trechos das entrevistas, sobre a organização dos serviços no controle da TB:

[...] Estava há 06 meses doente, procurando saber o que tinha no serviço privado, e fui apenas uma vez no serviço público, no posto e descobri que estava com TB; tenho medo de ter essa doença de novo, por que pelo atraso no diagnóstico, perdi um pulmão [...] Respondente 1

[...] A consulta foi rápida; o que demorou foram os resultados de exames, quase um mês de espera. [...] Respondente 2

[...] O serviço público me acolheu muito bem; nem imaginava que era assim; não costumo ir nos postos; o que se sabe é que não funcionam direito; que não é culpa dos funcionários, mas da falta de materiais. [...] Respondente 3 e 4

[...] Achei a equipe despreparada; nunca tive acesso aos resultados de exames; apenas com o resultado do Rx me mandaram tomar remédio; fiquei assustada sem entender muita coisa; fiz o que eles falavam; as consultas eram marcadas de acordo com o horário deles. [...] Respondente 5

[...] Achava que o serviço tinha atendimento preferencial por conta da doença; as pessoas me tratavam bem, não me sentia excluído; parecia que sempre estavam esperando pra me atender; fiquei satisfeito. [...] Respondente 6 e 7

[...] Fiquei sabendo que tinha TB através do serviço privado; só fui pro posto pra pegar medicação. Mas gostava do atendimento, as pessoas eram bem atenciosas. [...] Respondente 7 e 8

Observo que os trechos destacados das entrevistas dos usuários, sobre a organização do PCT na UBS, refletem insegurança por parte destes, como também surpresa e reconhecimentos, quanto a realização de atividades que são desconhecidas, pelo menos por esse grupo que participou da pesquisa.

Na análise desses resultados apoiada em estudo de Gottems *et al* (2008) sublinho que na organização do sistema de saúde do DF, no período de 1969 a 1983, dentre as principais ações que foram propostas, a TB foi contemplada como uma das prioridades na atenção primária a saúde, como se vê abaixo:

[..]Controle da raiva, da hanseníase, da tuberculose, da doença de Chagas, da esquistossomose e de doenças transmissíveis agudas; construção de mais de quarenta unidades básicas de saúde em áreas urbanas e rurais de cidades satélites e Plano Piloto.

A inferência dessa citação com os resultados apresentados, é que para os entrevistados apesar de todo esse período transcorrido, entre a implantação das ações da TB nas UBS, ainda demonstraram através desse estudo, que esse, é um serviço desconhecido pela população, o que prejudica o acesso ao diagnóstico e limita aos usuários, condutas que não favorecem o seu completo bem estar, como o que foi observado, principalmente na fala do respondente 1.

Partindo da ideia de que a organização do PCT é importante no fortalecimento das ações no controle da doença, e de acordo com o conceito de Políticas Públicas firmado no capítulo I, e contextualizado pelos estudos de Bucci (2006), Saraiva (2006), Gomez (2011), percebo que há uma desconexão entre este, e os resultado apontados nesta categoria, já que não se observa nos trechos de falas dos entrevistados, a combinação de ações entre governo e a sociedade civil, na efetivação do Programa, prevalecendo a realização de medidas que seguem um protocolo nacional, o que pode descaracterizar o conhecimento da realidade local, que é importante no sucesso de uma Política Pública.

Também na sustentação dos resultados dessa categoria, retomo o citado por Acúrcio (s/d), quanto à conquista do povo brasileiro, na garantia de direito ao cidadão, com a inclusão em 1988, na Seção II da Constituição Federativa do Brasil, sobre a saúde, adotando propostas de um Sistema Único de Saúde (SUS), com o princípio da Universalidade, entre outros.

Observo que as falas dos usuários, não representavam essa vitória, já que as ações de controle da TB, na organização do serviço, nessas unidades, foram apresentadas como divergentes entre os participantes da pesquisa, o que distancia o conhecimento destes, na preservação dos seus direitos.

Em função dessa falta de conhecimento, sobrando prerrogativas de descontinuidade das ações e como resultado da pesquisa ação, durante as entrevistas com usuários, duas ações foram executadas por esta pesquisadora, na busca de soluções de problemas identificados na pesquisa.

A primeira referiu-se a encontrar os resultados de exames da respondente 5, e entregar os mesmos ao usuário, explicando-os e tirando dúvidas.

A segunda ação foi realizada no respondente 2, usuário em tratamento atual de TB, e na entrevista foi verificado que os familiares não tinham realizado exames de contatos, como é de rotina do programa. Feito contato com a UBS, e os familiares foram encaminhados para os exames de investigação de contatos.

Ao concluir a análise dessa categoria, saliento que os resultados listados nesta, corroboraram com estudos de Scatena *et al* (2009), Brasil (2011) e Gottems *et al* (2008) que ao escreverem sobre a organização dos serviços de atenção primária no controle da TB, destacam quanto da importância em prover aos usuários, espaço geográfico com estrutura física adequada, e recursos humanos capacitados no acolhimento destes; quando não há priorização desse conjunto de medidas, o programa pode apresentar falhas que são verificadas principalmente, no acesso do usuário aos serviços, e como já referido anteriormente, tem como principal consequência, o atraso no diagnóstico da TB.

Categoria 2 - O acesso ao diagnóstico da TB e os elementos que compõem o princípio da Universalidade do SUS

A categoria 2 foi catalogada com os seguintes itens do questionário: número de vezes que o usuário foi atendido; tempo entre início dos sintomas e o diagnóstico da TB e a localização da UBS.

Ao participar da pesquisa os gestores, assim se posicionaram em relação a essa categoria:

[...] Quem confirma o diagnóstico de TB na minha unidade é o médico; Se o sintomático respiratório é atendido na consulta médica, este, encaminha para a enfermeira; se é atendido primeiro na consulta de enfermagem, esta encaminha para o médico; por conta disso o paciente precisa de no mínimo vir ao serviço três vezes, até a confirmação do diagnóstico. O centro de saúde fica próximo a parada de ônibus, o que ajuda em muito o acesso. [...]
Respondente 1

[...] Se o paciente procura primeiro o centro de saúde ele é acolhido pela sala de acolhimento, onde informa que está com os sintomas, que em média é de mais de 40 dias; lá ou ele é atendido pelo médico ou pelo enfermeiro, e aí vem três vezes para saber se tá doente; Mas a maioria dos pacientes já vem com o diagnóstico do pronto socorro; o centro de saúde, fica próximo a parada de ônibus e com isso muitos pacientes vem para cá. [...] Respondente 2

[...] O paciente procura primeiro o serviço de pronto socorro; quando chega na UBS, para tratar de TB. O tempo entre o diagnóstico da TB e o início dos sintomas é de 30 a 40 dias; o paciente precisa vir ao serviço três vezes para confirmar o diagnóstico; mas ele é sempre orientado. [...] Respondente 3

[...] O atendimento é sempre no mesmo dia, na sala de acolhimento, mesmo que o enfermeiro do programa de TB não se encontre; outro profissional assume a assistência e dá as primeiras orientações; em média ele vem três a quatro vezes no serviço para confirmar se tem TB; agora ele está doente há pelo menos 30 dias, e como não melhorou procurou o serviço. [...] Respondente 4

Na análise desses resultados, retomo o que foi citado por Starfield (2002), quanto as diferenças entre acesso e acessibilidade: o primeiro refere-se a oferta e a segunda é a forma como os usuários percebem os serviços; na pesquisa realizada com os gestores, os resultados se referem ao acesso, e não abordaram a acessibilidade.

Com isso, essa análise em cumprimento aos objetivos do estudo, descreve características inerente ao acesso, apoiado em autores já contextualizados no referencial teórico.

Estudos de Brasil (2004), mostram que a medida impactante no enfrentamento da TB, foi a implantação de ações descentralizadas, responsabilizando os municípios pela organização da assistência no controle dessa doença, cabendo a responsabilidade de executar essas atividades, as UBS, e que estas sejam de fácil acesso a comunidade, tanto na oferta de serviços quanto a localização.

Na regional de saúde de Taguatinga da SES/DF, onde ocorreu a pesquisa de campo, o PCT é 100% descentralizado, oportunizando melhor oferta de serviços à população no diagnóstico da doença, como também as UBS que participaram da pesquisa, são localizados em áreas que favorecem o deslocamento das pessoas; porém verifico através dos fragmentos discursivos supracitado, que para os gestores, apesar dessas facilidades que podem contribuir positivamente com o controle da TB, o acesso ao programa, ocorre principalmente pelas salas de acolhimento, que orientam os usuários, e se necessário são encaminhados, a profissionais capacitados em atendê-los.

Essa conduta, entre outras consequências, pode desencadear retornos dos usuários ao serviço, contribuindo com atraso no diagnóstico, e com a permanência do bacilo no meio ambiente.

Quanto ao período em que o usuário está doente, e a busca aos serviços, os resultados assemelham-se com outras pesquisas; apesar de não haver consenso na Academia, quanto ao tempo aceitável para a busca do diagnóstico, Scatena *et al* (2009) afirmam que rotineiramente as UBS devem realizar a busca ativa de casos nas idas dos usuários a esses serviços, como salas de acolhimento, curativos, vacinas, grupos de reuniões, agendamento de consultas, entre outros. Situação não identificada nesta pesquisa como já descrito na categoria 1.

Na sequência da análise dos resultados dessa categoria, listo trechos das entrevistas dos profissionais de saúde:

[...] O tempo que já estava doente é variável, por que o paciente não valoriza os sintomas; a média é de 30 a 60 dias; o atendimento é sempre no mesmo dia com enfermeiro treinado ou não; em média para concluir o diagnóstico o paciente, vem três vezes ao serviço. [...] Respondente 1, 2 e 3

[...] Quando o paciente vem no centro de saúde, é por que não melhorou com paliativos; no mínimo estava doente há duas semanas; aqui é fácil chegar, tem várias linhas de ônibus que passam em frente; e como os pacientes tem que voltar para fazer exames e ter a consulta com o médico, eles preferem vir onde é mais fácil chegar. [...] Respondente 3 e 4

[...] Os pacientes são atendidos mesmo que não morem na área, inclusive recebem tratamento; quando os exames estão funcionando leva no máximo 15 dias para ele receber o diagnóstico; mas como o enfermeiro do programa é muito ágil, esse tempo diminui para uma semana. [...] Respondente 5 e 6

[...] O paciente é atendido quando procura a sala de acolhimento; o agendamento só acontece quando o paciente não pode esperar, tá com medo do resultado dos exames, tá com vergonha de ficar em frente a sala do programa; em geral tá doente há mais de trinta dias. Como no centro de saúde a agenda é aberta, os primeiros que chegam são atendidos; os outros dependem da triagem da sala de acolhimento. [...] Respondente 7

[...] Quando o paciente procura a sala de acolhimento e diz que tá com tosse, emagrecendo, com febre vespertina, aí ele é atendido no mesmo dia, pelo enfermeiro ou pelo médico, pra evitar a transmissão, já que ele tá doente há pelo menos um mês; aqui todos são atendidos, por isso que é sempre cheio. [...] Respondente 8

Seguindo a mesma linha de raciocínio que foi aplicada na discussão dos resultados das entrevistas dos gestores sobre essa categoria, observo nos trechos destacados, algumas similaridades com o que já foi discutido anteriormente; por

exemplo, o tempo em que o usuário já estava com os sintomas e o número de vezes que procurou o serviço, até a confirmação do diagnóstico.

Segundo os respondentes as UBS ao acolher os usuários, estão cumprindo com o princípio da universalidade do acesso, já que estes ao procurarem o serviço são atendidos, mesmo que precisem voltar outras vezes, para confirmar o diagnóstico da doença.

O que dificulta a realização completa das atividades, ainda segundo esse segmento da pesquisa, é que os usuários ao procurarem os serviços, trazem consigo alguns sentimentos e condutas que podem dificultar o acesso ao diagnóstico da TB, como por exemplo: vergonha por estar na sala e medo do resultado dos exames.

Estes resultados se comparados com estudos de Travassos e Martins (2004) mostram-se discordantes, já que para esses autores, a necessidade dos usuários retornarem ao serviço, na resolução do mesmo problema de saúde, pode contribuir com o aumento de fluxo de pessoas, tornando os serviços mais lentos, já que ocorre uma sobrecarga de atividades, caracterizando no caso da TB, um retardo no diagnóstico da doença.

Assim apoiada em Travassos e Martins (2004), os resultados da pesquisa na percepção dos profissionais de saúde nesta categoria, não refletem as principais características do acesso ao diagnóstico, já que:

O uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores, como: fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado, que juntos influenciam o uso e a efetividade do cuidado. (Travassos e Martins, 2004).

Os autores ao abordarem a efetividade do cuidado na citação acima, chamam a atenção para a importância das inferências, entre os diferentes fatores que podem contribuir ou não, no sucesso da qualidade da prestação de assistência; por não ser objeto do estudo, esses fatores não foram analisados, apesar da sua importância, na Política de acesso ao diagnóstico da TB.

Já para os usuários, os resultados da pesquisa na categoria 2 apresentam os seguintes trechos em destaque:

[...] Fiquei surpresa ao saber que estava com TB; o único sintoma que apresentava era uma tosse há mais de cinco meses; o diagnóstico foi feito na

rede privada e aí fui encaminhada para o posto; não tive nenhuma dificuldade no atendimento; as pessoas eram atenciosas e sempre deixavam as consultas marcadas; não precisava ir pra fila; parecia tudo muito organizado. [...] Respondente 1 e 3

[...] Fiquei assustado quando escarrei com sangue; estava gripado há duas semanas; quando cheguei no posto já me mandaram para o hospital e lá confirmei que estava com TB; todo mês ia no posto pra pegar medicação e todas as consultas mesmo marcada, tinha que chegar cedo, se não, demorava muito; o posto é sempre muito cheio. [...] Respondente 2

[...] Estava há seis meses doente e só ia no serviço privado; por conta disso perdi um pulmão; foi o posto que deu o diagnóstico que estava com a doença; hoje tenho, restrições nos fazeres do dia a dia. Durante o tratamento, foi tudo tranquilo; gostava do atendimento do posto. [...] Respondente 4

[...] Estou tratando de TB; é a primeira vez que uso esses remédios; fiquei doente por um mês e perdi dez quilos, nesse período; o atendimento é sempre rápido; pego medicação, me pesam e marcam a próxima consulta; gosto assim, sem muita conversa, pra não demorar. [...] Respondente 5

[...] A primeira suspeita que estava com TB foi feita na rede privada; aí fui pra rede pública, fiz Rx e já mandaram tomar medicação; nunca soube dos resultados dos exames do escarro, e sempre cobrava; não fiquei satisfeita com o atendimento; parece que os funcionários só estavam ali para cumprir com o horário; terminei o tratamento sem saber se realmente precisava tratar. [...] Respondente 6

[...] Estava com uma gripe que não passava há dois meses, e aí procurei a emergência, por que no posto não conseguir ser atendido; e no mesmo dia soube que estava com TB; fui encaminhado para o posto, que me dava os remédios, perguntava como eu estava e marcava nova consulta, tudo marcado no cartão pra eu não esquecer; eu chegava cedo nos dias das consultas e dava tudo certo; acho que foi bom o atendimento. [...] Respondente 7

[...] Nem sei por que tratei dessa doença; só aceitei os remédios por que foi um médico do serviço particular que me convenceu; ele disse que eu não tinha TB; era uma prevenção para eu não ficar doente; depois fui encaminhada pro posto, por que só lá tem os remédios; até me surpreendi com os atendimentos; sempre era a mesma pessoa que me entregava a medicação; parecia até que estava me esperando; não pensei que o serviço dos postos funcionasse tão bem. [...] Respondente 8

Os usuários que participaram da pesquisa, como demonstrado nos fragmentos dos discursos supracitados, apoderaram-se de diferentes vivências quando do acesso ao diagnóstico da TB, tanto no serviço público quanto privado; em função do propósito desta categoria, a discussão tem por arcabouço a universalidade do acesso, ficando os outros elementos que compõem os trechos das entrevistas acima, para subsidiar novos estudos sobre o tema, em função da riqueza das informações catalogadas.

Para uma melhor compreensão da análise e discussões dessa categoria na percepção dos usuários, é importante discorrer sobre a influência que os fenômenos biológicos, emocionais, sociais e culturais, fazem quando se dá o enfrentamento das pessoas com o processo de adoecimento.

Este é um tema amplamente debatido; diferentes estudos de Scatena *et al* (2009), apoiado em Starfield (2002), Rufino Netto *et al* (2006) onde apontam que:

A doença traz sofrimento físico e mental, gera impactos negativos na vida dos usuários, afastando-os do trabalho, fonte de sustento e representação de independência, o que dificulta a superação da situação de exclusão. Gera culpa, medo de sofrer preconceito, contaminar os outros, não querer viver e pode ser causa de separação da família. A presença da TB parece se associar fortemente ao enfraquecimento da autoestima do usuário.

A citação acima, retrata fatores coadjuvantes, que permeiam as diferentes situações vivenciadas por atores sociais, quando do diagnóstico da TB.

Na pesquisa os usuários destacaram alguns fatores, que favorecem ou dificultam o apoderamento de suas vivências, quando da busca pelo diagnóstico; como fatores positivos, os usuários apontaram: o reconhecimento da organização do serviço no agendamento de consultas, na entrega das medicações, na solicitação de exames e na agilidade da confirmação do diagnóstico, apesar destes, terem pouco conhecimento da organização do PCT, como destacado na categoria 1.

Já como pontos negativos, os usuários foram elencaram: o medo do diagnóstico pelas características estigmatizantes da doença, a negação do diagnóstico, a confirmação da ineficácia do serviço público no controle da TB.

Resultados similares a esta pesquisa, já foram encontrados em estudos feitos em Shanghai, Espanha, Brasil como citado por Ruffino *et al* (2011), que destacaram os fatores que dificultam o acesso ao diagnóstico, como: os que estão relacionados ao tipo de serviço de saúde procurado pelo usuário, tipo de serviço que realiza o diagnóstico e meios diagnósticos empregados pelo serviço de saúde.

De uma forma mais abrangente e com o olhar voltado para construção das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, afirmo que a categoria 2, apresentou resultados que demonstraram o engessamento da assistência nessas unidades de saúde, referido principalmente pelos gestores e profissionais de saúde, quanto o acesso ao serviço de TB; já para os usuários permaneceu de forma imaginária, uma realidade que é desconhecida por estes, e portanto distante de uma análise concreta.

Apoiada em estudos de Bucci (2002) descrito no Capítulo I sobre a construção de Políticas Públicas, onde afirmou, que o envolvimento da sociedade deve acontecer com participação real e participação formal, o que não foi observado na pesquisa, já que os respondentes identificaram apenas, rotina de serviço, protocolada por uma vontade de gestão, sem a participação de todos.

Assim essa categoria, na percepção dos gestores, profissionais de saúde, e usuários, representantes de segmentos da sociedade civil, traz trechos desarticulados, burocratizados quanto a Política de acesso ao diagnóstico da TB, falando contrário ao o que é preconizado pelo MS sobre essa política; e como exemplo da desburocratização do acesso, destaco a estratégia Fim para TB, que será implantada em 2016, como resultado de propostas elaboradas pelo Relatório Global da Tuberculose da OMS, na redução de indicadores epidemiológicos da doença.(BRASIL, 2015)

Por fim, os resultados desta pesquisa nesta categoria, mostram o quanto as percepções dos três segmentos que atuam no controle da TB em uma UBS, são divergentes, e por vezes até contraditórias, quando se analisa trechos das entrevistas dos profissionais de saúde, por exemplo, se comparados com os do usuários.

Para os primeiros, a pesquisa mostrou que o acesso ao diagnóstico é garantido mediante o acolhimento dos usuários, independente, do número de vezes que estes venham à unidade; já para os usuários, prevalece a ideia de que o acesso representa um conjunto de fatores que vai desde o entendimento sobre a doença até o acompanhamento destes, na cura da doença.

Categoria 3 - A equipe de saúde e as inferências no acesso ao diagnóstico da TB.

Esta categoria resume as seguintes perguntas do questionário: funções dos gestores e profissionais de saúde no PCT, as práticas educativas no enfrentamento da doença e o conhecimento adquirido pelos usuários após tratamento da doença.

Para os gestores, são os seguintes trechos das entrevistas que contemplam esta categoria:

[...] A minha participação junto ao programa é de apoio; me lembro que só uma vez durante esses quinze anos de gerência, que precisei ajudar com assuntos administrativos; não participa de reuniões de avaliação do

programa; acha que nem estão acontecendo; não sabe informar sobre práticas educativas, mas acha que tem pouca divulgação sobre TB; talvez isso leve às pessoas a não lembrarem desse problema. [...] Respondente 1

[...] Todos aqui sabem do programa da TB, até o vigilante, encaminha pacientes com sintomas da tosse para a enfermeira investigar; a minha participação é administrativa, coletei dados e encaminhei estatística mensal; nem sempre participo de reuniões; o enfermeiro só vai nos encontros no seu horário de trabalho; sinto que os funcionários precisavam se envolver mais; não vejo essa coisa de ações educativas no dia a dia do posto; só em campanhas. [...] Respondente 2

[...] Não tenho treinamento em TB; quem faz tudo é o enfermeiro da sala de acolhimento; a minha participação é de assessoria, de apoio; nesta unidade os alunos é que assumem as práticas educativas coletivas, e as palestras são feitas uma vez por mês; tem dificuldade em realizar atividades de busca ativa no albergue; não tem bons resultados. [...] Respondente 3

[...] Minha participação junto ao programa é de incentivo e de liberação do funcionário para reuniões; eu só fui em uma reunião, acredita que deveria criar estratégias junto a comunidade para maior divulgação da TB, mas a área é grande e tem poucos servidores; internamente o grupo de trabalho se envolve através de atividades recreativas e integrativas.

[...] Respondente 4

Os resultados da pesquisa nesta categoria apontados pelos gestores, mostram que o envolvimento destes no programa, resume-se com medidas de apoio e ações administrativas.

Estudos de Ruffino *et al* (2011) apontam que com a descentralização do PCT, para as UBS a gerência dessas unidades com os seus componentes gerenciais, são fatores primordiais para o desenvolvimento do controle da TB.

O mesmo estudo apoiado em Ermel e Fracoli, (2003), mostram que:

A descentralização das ações em saúde desencadeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos remete a refletir o processo de municipalização da saúde, sendo esta, parte do movimento da reforma administrativa do Estado brasileiro. Para os municípios, essas inovações são a possibilidade, a partir da área da saúde, de reorganizar e reestruturar a gestão local tendo como eixo norteador uma gestão democrática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente. (Ermel e Fracoli, p 93, 2003)

As citações das autoras acima abordam um tema que serve de arcabouço nos diferentes fóruns de debates, sobre a participação ativa dos gerentes das UBS, enquanto representante de uma comunidade, e, portanto conhecedor das suas realidades, e principalmente do seu perfil epidemiológico.

Nas entrevistas com os gestores, esse cenário não foi identificado; os trechos discursivos destes se atentaram a descrever uma posição administrativa com vínculo mais de apoio, como já citado, e sem viés, de gestão administrativa participativa.

Estes resultados em consonância com os estudos de Ruffino *et al* (2010), apresentam-se divergentes e contraditórios; os autores listam que as ações adequadas no controle da TB, são desenvolvidas por uma equipe de trabalho, onde a gerência deve ser conhecedora da realidade local, das necessidades de saúde da população, e que também o gerente aplique os pressupostos de uma gerência participativa nas tomadas de decisões.

Os resultados das entrevistas com os gestores, apontaram ainda a pouca frequência e até mesmo a inexistência das práticas educativas nas UBS, que participaram da pesquisa, caracterizando ações descontínuas, de uma estratégia fundamental, na divulgação das atividades no controle da TB.

Diante disso ressalto que a realização frequente de práticas educativas na atenção ao usuário, garante a difusão de conhecimentos, entre o educador e o educando que tenham sentidos comuns.

Analisando esses resultados, aponto ainda que, por ser a TB uma doença de cunho social, esta depende das práticas educativas de forma contínua e permanente, como o que foi abordado no capítulo 2, a fim de empoderar os usuários doentes, para que além do tratamento, estes, possam reivindicar melhoria na sua qualidade de vida.

Após a análise dos resultados identificados pelos gestores, na categoria 3, e em cumprimento aos objetivos do estudo, apresento os trechos das entrevistas dos profissionais de saúde:

[...] As minhas funções são de atendimento geral; não faço busca ativa de casos e também não vejo ninguém fazer; quando estou na escala, a minha participação é pouco efetiva na prevenção da TB; atendo a demanda geral; procuro orientar os pacientes. Mas quando tô na escala, os pacientes suspeitos de TB, são encaminhados para minha agenda [...] Respondente 1

[...] A minha escala não é para atender só o paciente de TB; quando atendo o sintomático respiratório, faço a rotina do programa, peço exames de laboratório de Rx e orientações; se os exames derem positivo mando o paciente para a regional de Taguatinga (hospital) para tratar; mas primeiro mando pro enfermeiro, que é o responsável do programa aqui; aí perco o contato com o paciente. [...] Respondente 2 e 4

[...] aqui as palestras só são feitas por alunos; nós não damos conta de fazer, por conta do número de funcionários, que está aquém da demanda de serviços; alguns fazem orientações; procuro fazer o melhor, no atendimento dos pacientes; não tenho escala específica para atender no programa de controle da TB; quem é bom no atendimento desses pacientes é o enfermeiro, [...] Respondente 3 e 5

[...] a educação em saúde aqui é feita principalmente com distribuição de panfletos, que ficam disponível em uma mesa na porta do posto; quem precisa pega; já na sala de acolhimento são feitas as orientações com cada paciente que é atendido; não atendo paciente de TB, apenas preencho a ficha de notificação, junto com o enfermeiro. [...] Respondente 6

[...] já trabalhei com a TB, quando havia escala específica para o programa; os pacientes eram agendados e sabiam o horário que seriam atendidos; hoje não, o paciente entra pela sala de acolhimento, se houver vaga; fico preocupada quando preciso atender este tipo de paciente (isso só acontece, quando a enfermeira não está na escala), por que as rotinas mudam muito e não sei mais como fazer. [...] Respondente 7 e 8

Estes trechos acima, denotam uma série de conflitos que envolvem o exercício profissional, e que podem acarretar em resultados negativos tanto para a qualidade da assistência, quanto para a qualidade de vida dos profissionais de saúde, que podem em seu horário de trabalho, conviver com situações estressantes e de pouca resolubilidade.

Como a categoria 3 surgiu de inferências ligada ao exercício profissional, as práticas educativas e ao conhecimento adquirido, a análise e discussão desta, é apoiada em pesquisas que abordem esses temas.

Os estudos de Sá *et al* (2013), sobre as práticas educativas, no controle da TB, enfatizam que:

Todo profissional de saúde é um educador em potencial e pode contribuir para o diálogo e para o intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares. Desse modo, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber em saúde, que promova mudanças de hábitos e de comportamentos, utilizando-se de técnicas educativas que promovam a reflexão e a crítica.

Corroborando com os autores, e fazendo um recorte com os resultados encontrados na pesquisa, na percepção dos profissionais de saúde, identifico relações distanciadas e fragilizadas, principalmente na construção de novos conhecimentos, fato este que poderia modificar a assistência ao usuário, do programa da TB.

Também chamo a atenção, que na pesquisa, ficou evidenciado que as ações do PCT das unidades básicas, são de responsabilidade do enfermeiro; os outros profissionais, atuam quando este não está presente, ou como no caso do médico, quando absorvidos pela agenda do dia, principalmente para confirmação de diagnóstico; porém ainda de acordo com os trechos das entrevistas, mesmo com a responsabilidade técnica de executar as ações de controle da TB, este profissional realiza outras funções, já que sua escala é para atender a demanda geral, o que pode desencadear ações descontínuas ou mesmo atraso no diagnóstico da TB.

Outro problema, que pode ser gerado, ficando a responsabilidade das ações para um único profissional, é que este, não consegue sozinho articular as ações pertinentes ao programa, principalmente por conta de sua escala, e pela sobrecarga de atividades; na categoria 2, os resultados mostraram que para os usuários respondentes 5 e 6, o cuidado estava fragmentado, e que entendiam isto, pelo excesso de pessoas que tinha no serviço.

Para Sá *et al* (2013) o trabalho em equipe, na produção do cuidado ao usuário, pode se organizar de duas formas: a equipe agrupamento, caracterizada pela fragmentação das ações, e a equipe integração que é balizada pela articulação dos saberes.

As autoras reforçam ainda que enquanto na equipe agrupamento ocorre justaposição das ações, que podem decompor em partes o ser humano, na integração, a equipe busca estabelecer conexões, entre as diferentes intervenções executadas.

Nos resultados deste estudo, ficou caracterizado a existência da equipe agrupamento, em função dos relatos dos profissionais, quando elencaram os fatores representados nos cenários identificados por estes, no controle da TB.

Para concluir esta categoria, apresento a seguir trechos discursivos dos usuários, como parte do estudo, no cumprimento dos objetivos; destaco que neste item, de acordo com o instrumento, aqui é abordado aspectos mais relacionados ao conhecimento sobre a doença e o que aprendeu após a doença; justifico tal análise, em função de que se o usuário aprendeu durante as idas aos serviço, é por que neste, existiam as práticas educativas em saúde, o conhecimento compartilhado e a equipe integração. Vejamos os trechos listados:

[...] Antes de ficar doente, achava que era uma doença do passado e já erradicada; as orientações, sempre passadas por uma pessoa da enfermagem, que esclarecei sobre os remédios, também que não tinha como saber de quem peguei a doença e que a vacina que se toma quando criança, só protege a TB no pulmão; acho que precisa ter mais propaganda.

[...] Respondente 1

[...] Não sabia nada antes de ficar doente, já aprendi que essa doença passa de uma pessoa pra outra; tô no começo do tratamento, e tenho receio que minha mulher, filhos e netos também fiquem doente; procuro ficar distante deles, mesmo o enfermeiro do posto dizendo que não tem problema ficar junto; não falei no meu serviço que tenho TB. [...] Respondente 2

[...] Não sabia que a TB mata; foi a primeira coisa que aprendi com o enfermeiro; e aí não deixava de usar a medicação, mesmo me sentindo melhor; o pessoal do posto foi até minha casa, e aí achei muito bom esse cuidado; a doença não é muito falada por que as pessoas tem preconceito [...] Respondente 3 e 6

[...] Não tinha interesse em conhecer sobre a doença, por que eu achava que só as pessoas muito desregradadas poderiam ficar doente; quando o médico falou que ia usar remédio para essa doença, fiquei preocupada e seguir direitinho o que o rapaz da enfermagem falava pra eu fazer e deu tudo certo; não fui atrás de mais informações por que o médico particular me tranquilizava muito. [...] Respondente 4

[...] Sabia que era uma doença que as pessoas tinham que ficar isolada; fiz isso boa parte do tratamento; ficava mais no meu quarto; só minha mãe tinha contato comigo; depois do tratamento parei de fumar, por que quando acendia o cigarro, sentia dor nas costas; tenho medo de escarrar de novo com sangue; aprendi a me cuidar melhor. [...] Respondente 5

[...] Sabia pouco da doença; há trinta anos um irmão teve essa doença; percebi muito preconceito, e aprendi no posto que se pode ter a doença de novo; por isso usei o remédio completo, e não faltava as consultas para pegar mais; o enfermeiro disse que a cura da doença, só acontece se tomar remédio por seis meses. [...] Respondente 7 e 8

Os trechos discursivos acima, retratam situações vivenciadas pelos usuários, quando do diagnóstico da TB, principalmente destacando suas percepções sobre o mesmo, e o que foi adquirido após o diagnóstico, com perspectivas de mudanças, no que se refere ao cuidado à sua saúde.

Percebo que estes resultados, listados nos fragmentos dos discursos trazem situações já esperadas nesta pesquisa, a partir da análise e discussão das outras categorias.

Os usuários que participaram da pesquisa, tinham alguma informação sobre a doença, a exceção do respondente 2, de acordo com o que foi listado nos trechos acima; após o diagnóstico, com os frequentes atendimentos na UBS estes, somaram informações, que de um modo geral, reconhecem a TB, como problema de saúde pública.

Entretanto na percepção desta pesquisadora, os conhecimentos adquiridos por parte destes usuários sobre a TB, não avançou na identificação da magnitude do problema, já que durante as entrevistas, com os oito usuários, em vários momentos, estes tinham dúvidas quanto a: frequência de casos, transmissão, como a pessoa passa de infectado para doente, importância do tratamento, dentre outros.

Mesmo não sendo objetivo do estudo, em função da metodologia do mesmo, esta pesquisadora fez orientações, que poderiam ser transformadas em conhecimentos, e que provocassem mudanças quanto a percepção dos usuários, na política pública de acesso ao diagnóstico da TB.

Essas dúvidas retratam que para os usuários, o conhecimento adquirido, nos atendimentos, foram incompletos e sem consistência. A inconsistência dos conhecimentos, podem ser retratadas de acordo com os diferentes fatores já elencados neste estudo, nas categorias 1 e 2.

As mudanças na percepção sobre determinado fenômeno, são formadas e sedimentadas, através da criação de vínculos entre os serviços e os usuários; segundo Starfield (2002), o vínculo só será construído, com fonte regular de atenção, com o seu uso ao longo do tempo, com laços interpessoais de cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde; este é um dos principais pilares na atenção e controle da TB, uma vez que permeia a responsabilidade, a integralidade, a humanização, entre outros.

Em consonância com a autora, e no cumprimento aos objetivos do estudo destaco que o vínculo, fortalece o acesso ao diagnóstico de TB, e garante a utilização dos serviços da UBS, capacitando os usuários a entrar no sistema e favorecendo a resolubilidade dos cuidados recebidos. Daí a sua importância em como destaque, nesta categoria.

Na análise da categoria 3, observo que esta apresentou similaridade entre os seus resultados, estando mais presente nos discursos dos três atores da pesquisa, o fenômeno do conhecimento, provocando um maior ou menor grau de percepção destes, sobre o acesso ao diagnóstico.

Em relação a contextualização teórica do estudo, destaco que as considerações apontadas sobre o conceito de Políticas Públicas, no capítulo I mais uma vez não foram identificadas nesta categoria, o que leva a conclusão de que há um distanciamento entre os propósitos firmados pela área de gestão do programa, com a realidade apresentada neste, quanto a política de acesso ao diagnóstico da TB.

Ressalvo também que as informações sobre a TB, são realizadas de forma engessadas, seguindo o padrão tradicional de práticas educativas, o que fala contrário às diretrizes da Política Nacional de Educação Popular no SUS (PNEP-SUS), que segundo Brasil (2013) surgiu para fortalecer as ações educativas, onde gestores, profissionais de saúde e usuários ocupam espaços com práticas cotidianas de informações, agregando o caráter de participação ativa.

Também aponto na análise dessa categoria, que para ser considerada uma Política Pública de acesso ao diagnóstico da TB, reforçando o caráter de fortalecimento do SUS, faz-se necessário que haja a combinação entre os diferentes segmentos da sociedade, na prática do fazer e em busca de soluções que resolvam os problemas de saúde do indivíduo e da comunidade, conforme o conceito firmado neste estudo.

Como já identificado nas categorias anteriores, a pesquisa não identificou essa parceria, apresentando trechos discursivos, com percepções às vezes, descontínuas e desarticuladas, que respondem de forma similar com às hipóteses listadas no trabalho, quanto a percepção dos gestores, profissionais de saúde e usuários sobre a política pública de acesso ao diagnóstico da TB.

Por fim aponto que as categorias que foram catalogadas neste estudo, representam como já dito, as perguntas abertas do questionário, e que representam o fenômeno da percepção de segmentos, que atuam no diagnóstico da TB.

Apesar de que em alguns momentos, foram destacados elementos que não contemplavam os objetivos elencados neste estudo, justifico o fato, para agregar informações na compreensão do percurso metodológico, na construção de realidades adquiridas, após a realização de uma pesquisa de campo.

Esta aproximou-se dos sujeitos da pesquisa de forma dinâmica, e com o compromisso de percorrer os objetivos, e agregar para a pesquisadora resultados que levassem à compreensão dos elementos listados na mesma.

E de acordo com a hipótese elencada para o estudo, quanto a porta de entrada e o acesso ao diagnóstico, a pesquisadora conclui que os resultados encontrados estão em consonância com a mesma, e que a pesquisa apontou além da percepção, os elementos que facilitam ou dificultam a aplicação da política pública de acesso ao diagnóstico, que pode ser tema para novos estudos.

CONCLUSÃO

Neste estudo intitulado Política Pública de Acesso ao Diagnóstico da Tuberculose: a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários de Taguatinga/Distrito Federal, foi analisado o acesso ao diagnóstico dessa doença, na visão desses atores sociais, através da metodologia pesquisa ação, corroborando com a organização dos serviços, e a porta de entrada.

Ressalta-se que pela primeira vez este tema foi abordado, apresentando o PCT de Taguatinga do Distrito Federal, que tem o programa 100% descentralizado em suas Unidades Básicas de Saúde, com a participação dos principais segmentos, que realizam as ações propostas pelo programa.

Os resultados retrataram que a aplicação de Políticas Públicas no controle da TB quanto o acesso ao diagnóstico, nas unidades que participaram da pesquisa, seguem uma rotina preestabelecida e formalizada pela SES/DF, que se mostrou burocratizada e descontínua, com ações fragmentadas e fragilizadas.

Entretanto em função do quantitativo das Unidades de Saúde que participaram da pesquisa, este estudo não pode ser considerado uma realidade única da Regional de Saúde de Taguatinga; este pode ser utilizado, como um instrumento de avaliação e reflexão, afim de propor medidas que garantam a continuidade da assistência no PCT local, de acordo com os princípios do SUS.

O estudo ao identificar os discursos dos gestores, profissionais de saúde e usuários que trataram ou estão em tratamento da tuberculose, em Taguatinga – DF, sobre a política pública de acesso ao diagnóstico, apresentou os seguintes resultados:

1) fatores relacionados ao gestores: os resultados apontaram que a organização dos serviços, não favorece o acesso aos usuários no diagnóstico precoce da doença, apesar de considerar este, um tema transversal;

2) fatores relacionados aos profissionais de saúde: as suas práticas são incipientes e pouco expressivas, já que executam ações desarticuladas e priorizam a responsabilidade na continuidade destas, ao enfermeiro, o que descaracteriza a importância no ambiente do trabalho, de uma equipe integradora, ou seja, a que articula os saberes;

3) já para os usuários, os fatores, representaram um conjunto de elementos, que vai desde a estrutura operacional dos serviços (pouco eficaz), até o vínculo destes, com a equipe de saúde, principalmente quanto a compreensão das informações recebidas, tanto por dificuldade destes, quanto a maneira como essas informações, estão sendo transmitidas ou não.

Em função da diversidade dos discursos, destaca-se aspectos de relevância, de cada segmento entrevistado, proporcionando maior consistência e precisão nos resultados acima.

Os discursos dos gestores, apontaram que a organização das ações de TB, apesar de acolher o usuário, não investe em busca ativa de casos, o que fala contrário aos princípios da vigilância em saúde, e valoriza assistência alicerçada em queixa – conduta.

Essa maneira de organizar o serviço, provoca fragmentação das ações entre os setores. Com isso o processo de descentralização, não aconteceu de forma satisfatória, prevalecendo o diagnóstico da doença, em serviços especializados.

Quanto aos profissionais de saúde, estes, não assumiram o papel de facilitadores do processo educativo, que levem à autonomia dos usuários, para lidar com o processo saúde – doença – cuidado. Este resultado, foi em decorrência da hegemonia do modelo biomédico de atenção, nas relações de assistência com a comunidade.

Destaca-se que a atenção voltada ao usuário, com ações educativas setorizadas e realizada por alguns profissionais de saúde, demanda oportunidades perdidas, na descoberta de novos casos de TB, ou em divulgar os principais sinais de alerta da doença.

Já para os usuários, os resultados da pesquisa, demonstraram que os serviços de saúde avaliados, respondem parcialmente às expectativas destes, sendo o agendamento de consultas, a espera pelo resultado dos exames, a demanda excessiva, a baixa resolubilidade da assistência e o pouco vínculo com os profissionais de saúde, como os principais elementos que caracterizaram barreiras, no acesso ao diagnóstico da tuberculose.

Assim o estudo aponta que as hipóteses elencadas neste, foram confirmadas, quanto a percepção dos gestores e profissionais de saúde da política pública de acesso ao diagnóstico da TB; entretanto na visão dos usuários a hipótese

não foi corroborada, já que a pesquisa apontou que a porta de entrada para o acesso do diagnóstico da TB, na percepção destes, são as clínicas privadas.

Destaca-se ainda que na apresentação dos trechos discursivos dos respondentes, elencado nas três categorias: a organização dos serviços, o acesso ao diagnóstico e as funções da equipe, identificou uma riqueza de informações, que levam a reflexões para mudanças, quanto a tornar a política pública de acesso ao diagnóstico da TB nas UBS, como uma ferramenta exequível para os gestores, de nítida compreensão entre os profissionais de saúde e de participação ativa dos usuários, garantindo assim o alcance de metas preconizadas pelo PNCT, para cada região.

Recomenda-se com este trabalho, que os gestores se apoderem da exploração da sua área adstrita, em suas características sócio demográficas e epidemiológicas, sob a lógica da vigilância em saúde, direcionando as atividades da UBS, para a busca ativa de casos, com descentralização interna das ações, visando ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Espera-se também que propicie ferramentas para os gestores e profissionais de saúde que prestam assistência aos usuários que procuram o serviço para diagnóstico da TB, a fim de aproximá-los dos meios disponíveis nestes como partícipes de um processo que deve ser construído não só pela UBS mas também pela comunidade.

Com essas propostas almeja-se a descontinuidade das ações, garantindo a motivação de equipes integradoras estruturadas.

Também é importante destacar no alcance dessas metas, a interação entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal, para disponibilizar os recursos técnicos-normativos e financeiros no controle da doença no Brasil.

Com esse olhar, a resolução de problemas de saúde deve ser transversal, já que a abordagem da TB, precisa considerar os problemas sociais, culturais, comportamentais, acrescidos do problema biológico, na garantia do processo saúde – doença – cuidado.

Acredita-se ter alcançado os objetivos propostos, embora não tenha esgotado o tema; entretanto, nota-se que esse trabalho, compõe uma pequena parte do fenômeno em estudo, e que os resultados obtidos, podem constituir uma base para o desenvolvimento de outros estudos de investigação, como mais uma estratégia cognitiva importante, no controle da doença.

Reflete-se ainda que a minha experiência como enfermeira no PCT de Taguatinga/DF, quando comparado com os resultados encontrados na pesquisa, me aproximaram de uma realidade que sempre busquei, quando da atuação no referido programa: a sensibilização dos profissionais de saúde que atuam nas UBS, e o fortalecimento do vínculo entre profissionais da saúde, familiares e comunidade, de forma a melhorar as ações de controle da doença.

E reconhecendo as dificuldades de intervenções vivenciados pelos diferentes segmentos que atuam no programa, sugiro que:

- Aproximem e reconheçam que as informações prestadas ao usuário, ultrapassem as terapêuticas, e vá ao encontro das suas reais necessidades;
- Que se desenvolvam esforços para melhorar a articulação entre os profissionais de saúde;
- Que se aproveitem os resultados de vários estudos sobre essa temática, e que integrem estes com as propostas do PCT, a fim de uma resposta mais eficiente e adequada;
- Que os gestores intervenham na qualificação dos profissionais, como investimentos em educação permanente, levando-os a entender que o problema da TB está além do comportamento do doente e dos serviços de saúde, é um problema social.

Assim pela importância dessas recomendações, espera-se que sejam discutidas e pactuadas entre os segmentos que atuam com diferentes tecnologias, diferentes saberes, no desdobramento de ações horizontais e participativas no controle da TB, que é uma doença que tem cura e possibilidade de controle.

Logo é importante o comprometimento dos gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil, a fim de melhorar os indicadores epidemiológicos da doença na regional de saúde de Taguatinga do DF.

Para que esse propósito seja alcançado a ABS enquanto política pública, deve primar pela combinação de saberes e fazeres, onde os gestores, profissionais de saúde e usuários possam articular-se e propor medidas que favoreçam o controle da TB.

Essa configuração representa o que foi pactuado no estudo, quanto ao conceito de políticas públicas, ou seja, firmando o propósito que estas, resultam da combinação de ações entre governo e sociedade civil, primando as realidades locais e as diversidades, na busca da promoção e proteção dos direitos humanos, e que

neste estudo não foi alcançado, como elo de transformações na assistência ao usuário que busca o acesso ao diagnóstico da TB.

Ao finalizar o capítulo, remete-se a ideia de uma organização de serviços que possa priorizar a ação, já que como enfatizado em todo o estudo, o diagnóstico precoce é uma das ferramentas importantes no controle de novos casos da doença em uma determinada comunidade.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil**. Disponível em < <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>> Acesso em 22 de setembro de 2013.

ALVES G. **O cotidiano dos trabalhadores de saúde em uma unidade sanitária**. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1993.

ANDRADE, SM; SOARES, DA; CORDONI, JL. **Dados e informação em saúde: para que servem?** In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L. (org.) Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL, Abrasco, 2001 p.161-183.

ARAÚJO, Fernando. **Juscelino Kubitschek, o médico**. Belo Horizonte: Editora e Gráfica RC. 2002.

ARAÚJO, MC. **O Brasil que Vargas deixou**. Texto disponível no site www.cpdoc.fgv.br, escrito para homenagear os 100 anos de nascimento de JK, 2002.

BARREIRA, IA. **A enfermeira Anna Nery no país do futuro**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. 363 p.

BARREIRA, Draurio e GRANGEIRO, Alexandre. **Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 4-8. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2> Acesso em 21 de outubro de 2015

BARROSO GT, VIEIRA NF, VARELA ZMV. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito; 2003.

BARROSO, WJ. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Vol. 9, Nº 2 – jul/dez – 2001. Disponível em < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/bps_vol09nr2.pdf> Acesso em 10 de setembro de 2014.

BENEVIDES, MV. **O governo Kubitschek: desenvolvimento econômico e estabilidade política, 1956-1961**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1979.

BENEVIDES, MV. **O governo Kubitschek: a esperança como fator de desenvolvimento**. In: **O Brasil de JK**. Org. Ângela de Castro Gomes. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2ª ed., 2002, p. 21-38. Disponível em < http://www.cedec.org.br/files_pdf/OgovernoKubitschek.pdf> Acesso em 22 de maio de 2014.

BERTOLLI FILHO, C. **A sombria mancha da Peste branca**, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.** (16 de julho de 1934). Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em 04 de março de 2015.

BRASIL. **Presidência da República. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de março de 1986.** Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em 14 de agosto de 2013

BRASIL, **Lei 8080, 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.** Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 25 de outubro de 2013

BRASIL, **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 25 de outubro de 2013.

BRASIL. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 10.10.2013

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose.** Ministério da Saúde. Brasília. 1999 Disponível em < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0106pnct2.pdf>> Acesso em 12 de agosto de 2014.

BRASIL, **O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Renilson Rehem de Souza Secretário de Assistência à Saúde Ministério da Saúde** p 44. Brasil.2002 Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf> Acesso em 28 de outubro de 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília (DF); 2004. Disponível em , <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>> Acesso em 22 de setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília 2005. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemiolo.pdf> Acesso em 20 de outubro de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 399/GM/MS, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. **Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> Acesso em 12 de outubro de 2013

BRASIL. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em 15 de abril de 2014.

BRASIL. **Caderno de Educação Popular e Saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília (DF); 2007. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf> Acesso em 25 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do Direito à Saúde no Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_direito_saude_brasil.pdf> Acesso em 08 agosto de 2014

BRASIL. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Ministério da Saúde. Meus doc: relatório da tuberculose/CGDEN, 2008. Disponível em [http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf) consultado em 05 de fevereiro de 2014

BRASIL,. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Ministério da Saúde. Brasília, 7ª ed. 2009. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf> Acesso em 10 de maio de 2014.

BRASIL. CONASS **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** Brasília 2009. Disponível em < http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf> Acesso em 22 de junho de 2014.

BRASIL **Política Nacional de Promoção da Saúde.** publicado em 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em 25 de outubro de 2013

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Escrevendo a História. 50 Anos de Brasília.** Departamento de taquigrafia, revisão e redação — DETAQ Coordenação de Histórico e Debates — COHID. Brasília, abril de 2010. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/revista-50-anos-de-brasilia>> Acesso em 13 de junho de 2015

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial Tuberculose**. V 43 março, 2012 Especial Tuberculose. Disponível em < [http:// www.saude.rs.gov.br/upload/1337634001_Tuberculose-Boletim%20Epidemio.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337634001_Tuberculose-Boletim%20Epidemio.pdf)> Acesso em 22 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde. CONASS**. 2013. Disponível em < <http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2016%20-%202013%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Popular%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>> Acesso em 20 de junho de 2014.

BRASIL. **História das Conferências de Saúde**. Ministério da Saúde. s/d. s/p. Disponível em < [http:// conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html](http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html)> Acesso em 10 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças Transmissíveis. **Avaliação da Gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. P. 36. 2015. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_gestao_programa_nacional_controle_tuberculose.pdf> Acesso em 08 de novembro de 2015.

BRASIL. Portal da Saúde. **Do Sanitarismo à Municipalização**. s/d; s/p; Disponível em <[http:// portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico)> Acesso em 10 de junho de 2015.

BRAVO, M. I. de. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2000.

BUCCI, MPD. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUCHILLET, D. **Tuberculose, cultura e saúde pública**. Brasília: DAN/UnB, 2000. (Série Antropologia). Disponível em < <http://www.dan.unb.br/images/doc/Serie273empdf.pdf>> Acesso em 10 de setembro de 2014.

CAMPOS, ALV. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública**. In: GOMES, A. C. (Org.). Capanema: o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro: FGV/USF, 2000. p. 195-220.

CAMPOS, CEA. **A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rev Bras Med Fam e Com Rio de Janeiro, v.2, n° 6, jul/set 2006. Disponível em < <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/36>> Acesso em 18 de novembro de 2014.

CAMPOS R, PIANTA C. **Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999**, Rio Grande do Sul – Brasil. Bol

da Saúde 2000; 15(1):61-71. Disponível em file:///C:/Users/WIN/Downloads/20140520162907v15n1_06tuberculose.pdf> Acesso em 17 de novembro de 2014

CAMPOS GWS. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** In: CAMPOS GWS, organizador. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.

CAMPOS, GWS. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1991.

CÁRDENAS, RE. **Análise da Distribuição Espacial da Tuberculose no Distrito Federal, 2003 – 2007.** Dissertação para título de mestre. Brasília, 2010. Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8286/1/2010_RoxanaElviraNinamangoCardenas.pdf> Acesso em 16 de novembro de 2014.

CARVALHO, L. **Governo Juscelino Kubitschek. História do Brasil.** Disponível em < <http://www.brasilecola.com/historiab/juscelino-kubitschek.htm>> Acesso em 28 de maio de 2014.

CASTRO, IR. **Tuberculose Multirresistente: Análise de casos em moradores do Recife, região metropolitana e municípios do interior do estado de Pernambuco.** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES Mestrado Profissional em Saúde Pública Recife 2010 disponível em < <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010castro-rc.pdf>> acesso em 22 de novembro de 2014

CASTRO, SRPS. **A Academia Nacional de Medicina e a política sanitária do governo Rodrigues Alves.** Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ, 1986 Disponível em < <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/socmedrj.htm>> Acesso em 14 de setembro de 2014

COHN, A&E, PE. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços.** São Paulo, Cortez Editora, 1996.

CUNHA, GT; GUERREIRO, AV; GUTIERREZ, AC; CAMPOS, GWS; **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família.** s/d. Disponível em <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/reflexes_sobre_a_atencao_basica_e_a_estrategia_de_sade_da_familia.pdf> Acesso em 05 de novembro de 2014.

EYGO, H. **Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde.** s/p. 2013. Disponível em < <http://ulbra-to.br/encena/2013/08/20/Políticas-de-Saude-No-Brasil-um-seculo-de-luta-pelo-direito-a-saude>> Acesso em 05 de novembro de 2014.

ERMEL e FRACOLLI. **Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura.** Rev Esc Enferm USP 2003; p. 89-96. Disponível em < <file:///C:/Users/WIN/Downloads/41344-49375-1-PB.pdf>> Acesso em 14 de outubro de 2014.

ESCORES, S; TEIXEIRA, LA. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333-384. Disponível em < http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F159838%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FHistoria%20da%20politica%20de%20saude%201822%20a%201963%20ESCOREL%20e%20TEIXEIRA%202008%20I.pdf> Acesso em 14 de outubro de 2014

FARIA, TW. **Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS / Uerj, 1997.

FERNANDES, TMD; NASCIMENTO, DR; ALMEIDA, ABS. **Memória da Tuberculose: acervo de depoimentos.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ: Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Nacional de Saúde: Centro de Referência Professor Hélio Fraga: Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, 1993.

FERNANDES MCP, BACKES VMS. **Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire.** Rev. Bras. Enferm. 2010. p. 567-73. Disponível em <: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>> Acesso em 12 de setembro de 2014.

FIGUEIREDO NETO, MV; SILVA, PF; ROSA, LCS; CUNHA, CLF; SANTOS, RVSG. **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781> Acesso em 10 de junho de 2015

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p Disponível em< [http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo\(Org.\).pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo(Org.).pdf)> Acesso em 15 de setembro de 2015.

FONSECA, JJS. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em < <http://www.ia.ufrrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>> Acesso em 10 de maio de 2015.

FRANCO, O. **História da febre amarela no Brasil.** Rio de Janeiro, GB. Brasil. 1969.

FREY, K. **Demokratie und Umweltschutz in Brasilien: Strategien nachhaltiger Entwicklung in Santos und Curitiba.** Studien zur internationalen Umweltpunkt, v.8. Münster: LIT, 1997. In Klaus Frey Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Disponível em < <http://>

www.pgedef.ufpr.br/downloads/Artigos%20PS%20Mest%202015/ELS/FM-KLAUS%20FREY%20%20FM%202.pdf> Acesso em 10 de setembro de 2014

FREY, K. **Políticas Públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.** In: **Revista de Planejamento e Políticas Públicas.** Brasília, IPEA, junho de 2000. Nº 21 p. 211 - 259. Disponível em <http://www.en.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/89/158>> .Acesso em 10 de outubro de 2013.

GALVÃO, MAM. **Textos do Departamento de Ciências Médicas Escola de Farmácia. Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: Do Brasil – Colônia a 1930.** Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf> Acesso em 10 de novembro de 2014

GIOVANNI, GD Entrevista com o professor doutor do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp. Disponível em <http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal27-geraldodigiovanni.pdf> acesso em 10 de novembro de 2013

GÓMEZ RD. **Atención primaria de salud y políticas públicas.** Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 28(3): 283-293. Disponível em < <file:///C:/Users/WIN/Downloads/Dialnet-AtencionPrimariaDeSaludYPoliticasPublicas-3647981.pdf>> Acesso em 19 de outubro de 2013.

GOTTEMS, LBD; EVANGELISTA MSN; PIRES MRM; SILVA, AFM; SILVA, PA. **Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico.** 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/23.pdf>> Acesso em 10 de outubro de 2013.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Programa Família Saudável no DF: Plano de Conversão da Atenção Primária à saúde no DF sob a Estratégia Saúde da Família – 2005 A 2008.** Brasília – Secretaria de Saúde do DF; 2005.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015. SUS DF: Construindo o seu melhor Plano de Saúde!** Brasília, junho de 2012. Disponível em http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/planodesaude_2012_2015%201.pdf> Acesso em 10 de setembro de 2014.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL **Anuário do DF 2013: uma ferramenta de fomento ao turismo e ao desenvolvimento do Distrito Federal /** Mark Comunicação, Ano 4, nº 1, setembro 2013, Brasília, 2013. Disponível em < <http://www.anuariodof.com.br/site/wp-content/uploads/2014/01/anuario2013.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2015

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. TB / DF **Boletim Informativo.** V. 1 Ed I 2015. Disponível em <http://>

www.saude.df.gov.br/images/Programas/Boletim_epidemiol%C3%B3gico_Tuberculose_Modificado_-_Corrigido_-_09.03.pdf> Acesso em 20 de junho de 2015.

HIJJAR MA, PROCÓPIO, MJ. **Tuberculose – epidemiologia e controle no Brasil**. Revista Universitário Pedro Ernesto. 2006. Disponível em < <file:///C:/Users/WIN/Downloads/v5n2a02.pdf> > Acesso em 18 de novembro de 2013.

HIJJAR, MA; GERHARDT, G; TEIXEIRA, G; PROCÓPIO, MJ. **Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil**. Rev Saúde Pública 2007; 41(Supl. 1):50-58. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf> > Acesso em 20 de outubro de 2013

HILDEBRAND, SM. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997 a 2006**. 2008. 318 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em < http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11977/1/2008_StellaMarisHildebrand.pdf > Acesso em 10 de novembro de 2015.

HOCHMAN, G **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Rev Educar, Editora UFPR, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf> > Acesso em 15 de setembro de 2015

HOCHMAN, G. **“O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.313-331. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/15.pdf>> Acesso em 22 de novembro de 2014

KUBITSCHKEK, J. **Programa de saúde pública do candidato**. São Paulo: L. Nicollini. 1955

KUBITSCHKEK, J. **Discursos proferidos no primeiro ano de mandato presidencial, 1956**. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional; Serviço de Documentação da Presidência da República. 1958.

KUSANO, MSE; VIEIRA, FD; SARMENTO, AL; MAIA, R. **Qualidade do exame baciloscópico no Distrito Federal (Brasil) - uma averiguação da confiabilidade**. Rev. Bras. De Enfermagem, Brasília / DF v. 54, n. 4, p. 597 – 607, 2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n4/v54n4a08.pdf> > Acesso em 10 de abril de 2015.

LIMA, NT (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Organizado por Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80.** PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v.1, n.1. 1991. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>> Acesso em 15 de abril de 2015.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACIEL, LR. **"Em proveito dos sãos, perde o lázaro a sua liberdade": uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962).** Rio de Janeiro: UFF, 2007. Dissertação, 380 p. Disponível em: < http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_MACIEL_Laurinda_Rosa-S.pdf > Acesso em 15 outubro de 2014 .

MACIEL, MS; MENDES, PD; GOMES, AP; BATISTA, RS; **A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da Miséria.** Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 mai-jun;10(3):226-30 artigo de revisão disponível em < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>> Acesso em 22 de maio de 2014

MARCONI, MDA; LAKATOS, EM. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARQUES, LS. **A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XI, n. 59, nov 2008. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4643> Acesso em 20 de junho de 2014

MARTINS, A A. **A INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BRASILEIRA.** BELO HORIZONTE 2006. Disponível em <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/63.pdf>> Acesso em 15 de agosto de 2015.

MATTA, G; MOROSINI, M. **Atenção à Saúde.** s/d, s/p. Disponível em < <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>> Acesso em 18 de setembro de 2014.

MENDONÇA GF. **Educação em saúde, um processo educativo.** In: Encontro Estadual de Experiências de Educação e Saúde. Porto Alegre; 1982. (mimeo).

MERHY, EE; CAMPOS, GWS; CECÍLIO, LCO. (org.), **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec 1994.

MERHY, E. **A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas.** In: Merhy, Emerson; ONOCKO, Rosana (Orgs.), Práxis em salud: um desafio para lo público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/lugar Editorial, 1997

MINAYO, MC e SANCHES, **O Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, p. 239-262, 1993. Disponível em < <http://>

unisc.br/portal/upload/com_arquivo/quantitativo_qualitativo_oposicao_ou_compleme-ntariedade.pdf> Acesso em 25 de março de 2014.

MINAYO, MC. **Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde.** In: Tratado de Saúde Coletiva. Campos, GWS *et al* (org). São Paulo. Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p. 189 – 218. 2006.

NASCIMENTO, DR. **As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

OLIVEIRA, MF. **A Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários para o controle da tuberculose do Estado de São Paulo (2005).** 2006. 105 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Disponível em <file:///C:/Users/WIN/Downloads/MayraFernandadeOliveira.pdf> Acesso em 23 de novembro de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.** Geneva: WHO, 2007. Disponível em < file:///C:/Users/WIN/Downloads/who_report_2007_global_tb_control.pdf> Acesso em 12 de novembro de 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil Uma Pequena Revisão.** Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em 14 setembro de 2014

PORTO, A. **Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito.** *Rev Saúde Pública* 2007; 41(Suppl 1):43-9. Disponível em < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>> Acesso em 25 de outubro de 2014.

RIBEIRO, PS. **O início das políticas públicas para a saúde no Brasil: da República Velha à Era Vargas.** Disponível em < <http://www.brasilecola.com/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm>> Acesso em 10 de agosto de 2014

RIETHER, AL. **Direitos Humanos, Políticas Públicas e Gênero no Processo de Acesso à Saúde.** Dissertação de Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Violência) - Centro Universitário Euro-Americano. 2014

RODRIGUES BA. **Fundamentos de Administração Sanitária.** Brasília: Ed. Freitas Bastos; 1979.

ROSEMBERG, José. **Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação.** *Bol. Pneumol. Sanit.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, dez. 1999. Disponível em < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v7n2/v7n2a02.pdf>> Acesso em 08 de junho de 2014.

RUFFINO NETTO. **Brasil: doenças emergentes ou reemergentes?** Medicina, Ribeirão Preto, 30: 405, jul./set. 1997. Disponível em < <file:///C:/Users/WIN/Downloads/6792-9219-1-SM.pdf>> Acesso em 10 de junho de 2014.

RUFFINO-NETTO, A. & SOUZA, A. M. A. F., 1999. **Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil.** Informe Epidemiológico do SUS, :35-51. Disponível em < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v8n4/v8n4a03.pdf>> Acesso em 04 de março de 2014.

RUFFINO-NETTO. **Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas.** Inf. Epidemiológico SUS, 2001 p 129 – 138. Disponível em < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v10n3/v10n3a04.pdf>> Acesso em 22 de outubro de 2014.

RUFFINO-NETTO. **Tuberculose: a calamidade negligenciada.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 35, n. 1, p.51-58, 2002. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n1/7636.pdf>> Acesso em 05 de agosto de 2014

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Orgs.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais.** Ribeirão Preto: Instituto do Milênio Rede-TB, 2006. 210 p.

RUFFINO NETO A; TIEMI A; ARCÊNCIO RA; SCATOLIN BE; SCATENA LM; VILLA STC. **Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem ago. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf> Acesso em 12 de novembro de 2014.

SÁ, L. D; GOMES ALC; CARMO JB; SOUZA KMJ; PALHA PF; ALVES RS; ANDRADE S L E. **Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família** Rev. Eletr. Enf. 2013 jan/mar;15(1):103-11. Disponível em: < <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf>> Acesso em 14 de abril de 2014.

SANTOS, IB. **Vida e obra de Manoel de Abreu: o criador da abreugrafia.** Irmãos Pongetti: Rio de Janeiro; 1963.

SANTOS, J. **Resposta brasileira ao controle da tuberculose.** Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 41, sup. I, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/editorial.pdf>> Acesso em 24 de setembro de 2014.

SANTOS FILHO ET. **Política de TB no Brasil: Uma perspectiva da sociedade civil: Tempos de mudanças no controle da tuberculose no Brasil.** Rio de Janeiro: Open Society Institute; 2006.

SANTOS FILHO, ET. **Tempos de Mudanças para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Rio de Janeiro. p 85. 2006

SANTOS FILHO, LC. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec: Ed. da Universidade de São Paulo, 1977.

SARAIVA, E. Políticas Públicas. In: SARAIVA, E; FERRAREZI E. (org). **Introdução à Teoria da Política Pública**. Coletânea v. 2 p 289 Brasília: ENAP, 2006. Disponível em http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/1254/cppv1_0101_saravia.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 22 de novembro de 2013

SCATENA, LM; VILLA TCS; RUFFINO A; KRITSKI AL, FIGUEREDO TMRM; VENDRAMINI SHF. **Dificuldade de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil**. Rev Saúde Pública 2009. p 97 – 389. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000300001&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em 05 de abril de 2014.

SILVA, R. MALÁRIA E DESENVOLVIMENTO: A SAÚDE PÚBLICA NO GOVERNO JK (1956-1961). **Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**. Rio de Janeiro 2008 Disponível em < <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3984/2/000015.pdf>. Acesso em 25 de março de 2015.

SILVA, KP. **A Cidade, Uma Região, O Sistema de Saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas - SP**. Campinas: Área de Publicações CMU/UNICAMP, 1996. (Coleção Campiniana).

SILVA, LSD. **A construção de Brasília: Modernidade e periferia**. Goiânia: UFG, 1997.

SIQUEIRA HR, ANDRADE Et, ANDRADE Im, CHAUVET PR, CAPONE D, RUFINO A, et al . **O essencial na orientação do paciente com tuberculose**. Pulmão RJ 2008 p. 42-45. Disponível em < <http://www.sopterj.com.br/revista/2008> > Acesso em 30 de maio de 2015.

SIQUEIRA, HR. **Enfoque Clínico da Tuberculose Pulmonar**. Pulmão. RJ 2012; 15-18. Disponível em http://www.sopterj.com.br/profissionais/revista/2012/n_01/04.pdf> Acesso em 21 de outubro de 2013.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias nº 16. Junho/dezembro 2006, p. 22. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>> Acesso em 30 de setembro de 2015

SOUZA SS, SILVA DMGV. **Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose**. Rev. Bras. Enferm. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a20.pdf> Acesso em 25 de abril de 2015.

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

TESTA, M. **Pensar em salud.** Buenos Aires: OPS/OMS, 1989. VIANA, A.L.D. & DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 139-51, 2002.

TRAVASSOS C; MARTINS M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad Saúde Pública 2004; 20 (supl2): S190-8. Disponível em < [http:// www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf) Acesso em 10 de março de 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2011.

VENÂNCIO, J. **Textos de apoio em políticas de saúde.** RJ: Fiocruz, 2005.

VIEIRA, TR. **No coração do Brasil, uma capital saudável – a participação dos médicos e sanitaristas na construção de Brasília (1956-1960). História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.289-312. Disponível em < [http:// www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16s1/14.pdf)> Acesso em 10 de novembro de 2015.

VILLA, TCS; OLIVEIRA, MF; ARCÊNCIO, RA; SCATENA, LM; RUFFINO, A. **O acesso ao diagnóstico da TB nos serviços de saúde do município Ribeirão Preto – SP (2007).** Tuberculose Pesquisas Operacionais. 1a Edição São Paulo 2009. Disponível em < [http:// www.eerp.usp.br/geotb/Doc/Tuberculose.pdf](http://www.eerp.usp.br/geotb/Doc/Tuberculose.pdf)> Acesso em 20 de agosto de 2014.

VINHOSA, FLT. **Administração Joanina no Brasil (1808-1821): O processo de criação de um Estado independente.** In: Seminário Internacional Dom João VI: um rei aclamado na América. Rio de Janeiro: Museu Histórico Nacional, 1999. p. 357.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care Now More Than Ever.** 1978. Disponível em < [http:// www.who.int/whr/2008/08_overview_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_overview_en.pdf)> Acesso em 18 de abril de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHAT is DOTS? A guide to understanding the who – recommended TB control strategy known as DOTS.** Geneva, 1999. Disponível em < [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/65979/1/WHO_CDS_CPC_TB_99.270.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65979/1/WHO_CDS_CPC_TB_99.270.pdf)> Acesso em 10 de setembro de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy,financing.** Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em < [http:// www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/who2008globaltbreport_en_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/who2008globaltbreport_en_0.pdf)> Acesso em 10 de setembro de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2015**. Disponível em http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_executive_summary.pdf> Acesso em 08 de novembro de 2015.

Apêndice A

Instrumento de Pesquisa

Prezado(a) participante:

Gostaria de convidá-lo a participar de uma pesquisa sobre: **CONHECIMENTOS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E EXPERIÊNCIAS NO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE, NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOENTES DE TAGUATINGA / DF**

Sua ajuda é muito importante para que se possa melhor conhecer esses fenômenos. Não existem respostas certas nem erradas. Peço apenas o seu posicionamento.

Muito Obrigada!

Vera Lucia

Anexo I: Instrumento para o Gestor

Número do questionário: _____

Unidade de Saúde: _____

Data da coleta de dados: ____/____/____

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1.1. Idade: _____

1.2. Sexo: 1-M () 2-F ()

1.3. Profissão: _____

1.4. Tempo de Gerência de Serviço: _____

1.5. Estado Civil

1.5.1. () Solteiro 1.5.2. () Casado 1.5.3. () Divorciado
 1.5.4. () Viúvo 1.5.5. () União estável
 1.5.6. () Outros; _____

1.6. Local de Moradia

1.6.1 () Brasília

1.6.2 () Cidade Satélite Especificar _____

1.6.3 () Entorno Especificar _____

B. CARACTERIZANDO O SERVIÇO

1- Ano de inauguração da Unidade _____

2- Área de Abrangência _____

3- Número de profissionais/por categoria lotados no serviço:-

3- Profissionais de Saúde que atendem no Programa de Tuberculose

3.1. Especificar as Categorias _____

3- Número de Pacientes de Tuberculose em 2014 _____

3.1. Que iniciaram tratamento _____

3.2. Que concluíram o tratamento _____

C. PORTA DE ENTRADA

1- Quando o cliente/paciente, precisa de algum atendimento, qual serviço de saúde ele procura? _____

2- Qual foi o primeiro serviço de saúde, em sua percepção, que o doente procurou, quando começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento)?

D.ACESSO AO DIAGNÓSTICO

1- Qual é o serviço que descobre (diagnostica) com maior frequência, os casos de Tuberculose, nessa regional de saúde? _____

2- Em sua opinião quantas vezes o sintomático respiratório é atendido, para confirmar o diagnóstico da Tuberculose? _____

3- Quanto tempo demora para o início dos sintomas e a confirmação do diagnóstico de Tuberculose, em sua unidade de saúde? _____

4- Os pacientes que são acompanhados nessa unidade de saúde, são os que residem próximo à esse serviço? _____

5 - O atendimento, aos pacientes que procuram a unidade com sintomas de tosse com catarro por 3 semanas ou mais, na sua opinião, varia, quanto a ser atendido no

mesmo dia, ou é feito agendamento, para atendimento em outra data

6 - Os pacientes tem acesso, a informações sobre Tuberculose, quando ligam para a sua unidade de saúde? _____

7 - As salas de acolhimento realizam orientações sobre Tuberculose, por exemplo, através de palestras de corredor, distribuição de panfletos, entre outros? Qual a frequência? _____

8 - A sua unidade de saúde realizar atividades de busca ativa de casos, fora da unidade? Caso positivo qual a frequência? _____

9 - Fale sobre a organização do seu serviço, na descoberta de casos de Tuberculose. Aponte aspectos relacionados a eficácia e a eficiência.

10- Descreva as suas funções, no programa de controle da Tuberculose

11- Descreva como o programa da Tuberculose se articula com os outros serviços dentro e fora da unidade de saúde

12 – Explique como é o acolhimento do doente, desde o diagnóstico até a cura.

APÊNDICE B

Prezado(a) participante:

Gostaria de convidá-lo a participar de uma pesquisa sobre: **CONHECIMENTOS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E EXPERIÊNCIAS NO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE, NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOENTES DE TAGUATINGA / DF**

Sua ajuda é muito importante para que se possa melhor conhecer esses fenômenos. Não existem respostas certas nem erradas. Peça apenas o seu posicionamento.

Muito Obrigada!

Vera Lucia

Anexo II: Instrumento para o Cliente/Doente

Número do questionário: _____

Unidade de Saúde _____

Data da coleta de dados: ____/____/____

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1.1. Idade: _____

1.2. Sexo: 1-M () 2-F ()

1.3. Profissão: _____

1.4. Estado Civil _____

1.4.1. () Solteiro 1.4.2. () Casado 1.4.3. () Divorciado

1.4.4. () Viúvo 1.4.5. () União estável

1.4.6. () Outros; _____

1.5 Tratamento:

1.5.1. () Atual; Mês de tratamento _____

1.5.2. () Concluído; Há quanto tempo _____

1.5.3. () Primeiro Tratamento 1.5.4. () Segundo Tratamento

1.5.6. () Terceiro ou mais Tratamento

1.6. Local de Moradia

1.6.1 () Brasília

1.6.2 () Cidade Satélite Especificar _____

1.6.3 () Entorno Especificar _____

B. PORTA DE ENTRADA

1- Quando precisa de algum atendimento de saúde, qual serviço de saúde o(a) Sr.(a) procura? _____

2- Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou quando começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento)?

() Serviço Público Especificar: _____

() Serviço Privado Especificar: _____

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

1- Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB?

() Serviço Público Especificar: _____

() Serviço Privado Especificar: _____

2- Quando o Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo demorou para conseguir uma consulta no serviço de saúde público ou privado? _____

3 - Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde público, para conseguir atendimento?

4- Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), quanto tempo levou para descobrir que tinha TB?

5- Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), procurou o serviço de saúde mais perto da sua casa? _____

6- Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento) e procurou um serviço de saúde para consultar, foi atendido no mesmo dia, ou foi feito agendamento, para atendimento em outra data?

7- Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldades para marcar consulta, no serviço de saúde, próximo de sua casa?

8- Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?

9- Fale o que você sabia sobre Tuberculose, antes de Adoecer:

10- Fale o que você sabe hoje, sobre tuberculose após a ida ao serviço de saúde, para o tratamento da doença.

APÊNDICE C

Prezado(a) participante:

Gostaria de convidá-lo a participar de uma pesquisa sobre: **CONHECIMENTOS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E EXPERIÊNCIAS NO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE, NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOENTES DE TAGUATINGA / DF**

Sua ajuda é muito importante para que se possa melhor conhecer esses fenômenos. Não existem respostas certas nem erradas. Peço apenas o seu posicionamento.

Muito Obrigada!

Vera Lucia

ANEXO III: Instrumento para o Profissional de Saúde

Número do questionário: _____

Unidade de Saúde: _____

Data da coleta de dados: ____/____/____

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1.1 Idade: _____

1.2 Sexo: 1-M () 2-F ()

1.3 Profissão: _____

1.4 Estado Civil

1.4.1.() Solteiro
 1.4.2.() Casado
 1.4.3.() Divorciado
 1.4.4.()
 Viúvo
 1.4.5.() União estável
 1.4.6.() Outros; _____

1.5. Local de Moradia

1.5.1 () Brasília
 1.5.2 () Cidade Satélite Especificar _____
 1.5.3 () Entorno Especificar _____

1.5. Tempo de atendimento a paciente de Tuberculose _____

1.6. Fez Treinamento em serviço na área de Tuberculose _____

1.7. Data do último Treinamento _____

B. PORTA DE ENTRADA

1- Quando o cliente, precisa de algum atendimento de saúde, na sua opinião, qual serviço de saúde ele(ela) procura? _____

2- Na sua opinião, qual foi o primeiro serviço de saúde que o doente procurou quando começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento)?

Especifique _____

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

1 – Na sua opinião qual é o serviço, que descobre (diagnostica) com maior frequência, os casos de Tuberculose, nessa regional de saúde? _____

2- Na sua, opinião quantas vezes, o sintomático respiratório é atendido, para confirmar o diagnóstico da Tuberculose? _____

3- Quanto tempo leva para o início dos sintomas e a confirmação do diagnóstico de Tuberculose, em sua unidade de saúde? _____

4- Os pacientes que são acompanhados no tratamento da tuberculose, nessa unidade de saúde, são os que residem próximo à unidade de saúde?

Caso negativo, qual a região de maior frequência que esses pacientes moram? _____

5 - O atendimento, aos pacientes que procuram a unidade com sintomas de tosse com catarro por 3 semanas ou mais, na sua opinião, varia, quanto a ser atendido no mesmo dia, ou é feito agendamento, para atendimento em outra data _____

6 – Caso o doente precisa agendar a consulta, a que você atribui esse fato?

7 - As salas de acolhimento, realizam orientações sobre Tuberculose, por exemplo, através de palestras de corredor, distribuição de panfletos, entre outros? _____

Se positivo, qual a frequência? _____

8 - A sua escala diária de serviço, é para atender os pacientes que procuram o serviço de atenção à tuberculose? _____

9- Descreva as suas funções, no programa de controle da Tuberculose.

10 - Descreva como o programa da Tuberculose, se articula, com os outros serviços, dentro e fora da unidade de saúde.

ANEXO**A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto:

O nosso objetivo é _____

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder na Unidade Básica de Saúde na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: **40 minutos**. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a). Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na **Gerência da Unidade de Saúde e no Centro Universitário UNIEURO**, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Dr(a). Lídia de Oliveira Xavier (orientadora), na instituição Centro Universitário UNIEURO telefone:3445575, no horário: 10:00 h às 18:00 h, de 2ª às 6ª feiras e para a pesquisadora Enfermeira Mestranda Vera Lucia Ferreira Lopes, no telefone: 81175554, no horário: 10:00 h às 18:00 h, de 2ª às 6ª feiras**

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: **(61) 3325-4955**. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____