

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RAFAELA GERBASI NÓBREGA

**AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DESENVOLVIDAS
PELAS EQUIPES DE SAÚDE INDÍGENA DA PARAÍBA: ANÁLISE DA
DIMENSÃO DE COORDENAÇÃO**

**JOÃO PESSOA – PB
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

RAFAELA GERBASI NÓBREGA

**AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DESENVOLVIDAS
PELAS EQUIPES DE SAÚDE INDÍGENA DA PARAÍBA: ANÁLISE DA
DIMENSÃO DE COORDENAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - Campus I, vinculada à área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde e inserida na linha de pesquisa Epidemiologia e Saúde e no Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose na Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira

**JOÃO PESSOA – PB
2007**

RAFAELA GERBASI NÓBREGA

**As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes
de saúde indígena da Paraíba: análise da dimensão de
coordenação**

APROVADO EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira – Presidente
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto – Membro
(Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo)

Prof^a. Dr^a. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva – Membro
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a. Dr^a. Lenilde Duarte de Sá – Membro
(Universidade Federal da Paraíba)

Aos meus pais Tarcísio e Fátima e ao meu irmão Thiago, por todos os ensinamentos de vida e pelo amor de sempre que me conduzem às grandes conquistas.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Mestrado: eis uma conquista! Celebrando mais uma etapa na vida acadêmica, venho expressar a minha profunda gratidão àqueles que colaboraram nessa importante caminhada.

Inicialmente, agradeço a **Deus**, pelo dom da vida e pela graça da saúde e da perseverança diante dos desafios apresentados nesse período;

À **Nossa Senhora**, mãe e medianeira de todas as graças, pelas bênçãos derramadas a caminho dessa realização;

Aos meus pais **Tarcísio** e **Fátima**, toda a minha gratidão e amor, pela formação privilegiada que me proporcionaram, com sacrifício e crença em um futuro promissor. É maravilhoso compartilhar essa alegria com vocês! Que Deus os abençoe!

A **Thiago**, meu irmão, meu exemplo! Aquele com quem cresci, aprendi e vivenciei grandes ensinamentos. Só nós sabemos, meu irmão, o valor de cada conquista que a vida tem nos proporcionado. Continuemos assim porque a conduta dos pais é o caminho dos filhos;

À você, **Anderson**, o meu agradecimento e todo o meu amor! Você que sempre se fez presente nessa caminhada como meu companheiro e grande incentivador, compartilhando de um amor sublime, capaz de superar os obstáculos, resistir ao tempo e se fortalecer com a distância. Hoje sabemos o valor desse sentimento em nossas vidas e em nossas conquistas! Que muitas outras estejam por vir!

À minha querida avó **Julinha**, por todo o amor e pelo exemplo de vida que me fortalece diante das dificuldades;

À **minha família**: meus tios, primos, minha cunhada **Lidianny**, meu sobrinho **Rafael** e minha madrinha **Dalva** por compartilharem comigo este momento de alegria na certeza que muitas outras conquistas estão por vir!

Agradeço também a uma família especial que me acolheu com tanto amor e da qual me alegro em fazer parte. À minha sogra **Aparecida**, por todo o apoio e amizade, ao **Sr Antonio**, pela atenção e carinho a mim dispensados, a **Alisson, Thalyta e Ronaldo** pela alegria da convivência e, especialmente, à minha cunhada **Rita** pela presença viva ainda que através de saudosas lembranças;

À minha amiga, professora e orientadora Dr^a. **Jordana de Almeida Nogueira**, tanto pelo empenho quanto pela coragem que tal empreendimento exigiu. Obrigada Jô pela maravilhosa convivência nesses dois anos de orientação e pelo incessante apoio e compromisso com a excelência deste trabalho;

O meu reconhecimento ao Prof. Dr. **Antonio Rufinno Netto**, pela atenção e contribuição significativa para aprimorar este trabalho como membro da banca examinadora.

À Prof^a. Dr^a. **Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva**, pela amizade construída e pela parceria firmada no desenvolvimento deste trabalho. Agradeço também pela disponibilidade de materiais e pelos comentários construtivos sem os quais grande parte da análise deste

trabalho não se conformaria;

À Prof^a. Dr^a. **Lenilde Duarte de Sá**, a minha gratidão pelo apoio inicial no trilhar desta caminhada e por toda a colaboração e sugestões dispensadas para o enriquecimento do conteúdo desta obra;

Ao Prof. Dr. **César Cavalcanti da Silva** por ter sido uma pessoa incentivadora, atenciosa e prestativa em todos os momentos dessa caminhada.

À Prof^a. Dr^a. **Solange Fátima Geraldo da Costa** pela amizade e por todo o apoio e esclarecimentos quanto às questões éticas necessárias para a realização de pesquisas envolvendo populações indígenas;

Ao Prof. Dr. **Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna** por toda a paciência e amizade e por se mostrar sempre disposto a nos ajudar;

Às Professoras Dra. **Maria de Oliveira Ferreira Filha** e Dra. **Wilma Dias Fontes** pelo apoio e assistência prestados nas horas de dificuldade e pelo incansável trabalho à frente da Coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do CCS/UFPB;

Estendo o meu reconhecimento a **todo o corpo docente** do mestrado pelo acolhimento, amizade e pelas enriquecedoras discussões que proporcionaram a construção de valiosos conhecimentos;

Às minhas **amigas do mestrado** que fazem parte das melhores lembranças dessa caminhada. Meu pedido de desculpas a você quando não o compreendi e meu perdão quando não soube me compreender. Que a chama da amizade construída se mantenha acesa em nossos corações e nos mantenha unidas no tempo;

À **Anna Luíza, Aline Marcolino, Karla Romana, Luciana (Luludf) e Alinne Mendonça**, grandes amigas com quem dividi as maiores experiências, dificuldades e realizações nesta caminhada. Foi muito importante ter vocês por perto. Agora sim: Mestres! Chego a não acreditar que essa hora tão sonhada chegou! Que Deus possa abençoar os nossos caminhos e conservar os laços de amizade construídos nesses anos de convivência;

A todos os **integrantes da Rede TB** pela parceria nesse período e por todo o aprendizado compartilhado. Em especial agradeço a **Rodrigo Queiroga** e **Arleusson Ricarte** pela colaboração na coleta de dados, como também a **Rita Oliveira** pela disponibilização de horários para a realização dos grupos focais;

Aos funcionários do mestrado: **D. Luzinete, Sr. Ivan, D. Maria, Luciene** e também a **Felipe** por toda a disponibilidade e colaboração na confecção deste trabalho;

Às amigas **Edna Teixeira** e **Simone Torquato** pelas considerações na construção do abstract e resumen;

À Prof^a. de português, **Islene Mangureira Soares**, por sua colaboração na correção gramatical deste estudo;

Estendo a minha gratidão a todos os órgãos que colaboraram para a realização desta pesquisa através de autorizações necessárias, bem como pela atenção dispensada a essa proposta. À Coordenação regional da FUNASA na Paraíba, através do **Sr. João Medeiros e Silva, Dorotéia Moreira e Ana Tereza** e à Administração Regional da FUNAI, nas pessoas de **Petrônio Andrade Cavalcante Filho e José Luiz Montenegro**;

Agradeço também ao Conselho de Saúde Indígena através do **Sr. José da Silva Bernardo** pela permissão concedida a esta pesquisadora para a realização do trabalho de campo nas terras indígenas Potiguaras;

O meu agradecimento a todas as **equipes de saúde indígena** pela participação e interesse em colaborar com esta pesquisa. Agradeço em especial às coordenadoras **Josete, Luzilândia e Verônica** por terem mediado esse processo e criado as condições básicas que permitiram este trabalho;

Agradeço ao GT Indígena do Campus I da UFPB através do índio Potiguara **José Ciríaco – Capitão**, que gentilmente pôde me fornecer valiosas informações sobre o universo dos Potiguaras e intermediar os contatos com as lideranças indígenas locais para a realização da pesquisa;

Ao cacique-geral **Caboquinho**, em nome do qual agradeço aos demais representantes das 26 aldeias Potiguara pelo apoio na realização desta pesquisa e por todas as sugestões;

Agradeço principalmente a toda a **população Potiguara**, pela oportunidade de realizar um trabalho inovador e de grande relevância para a melhoria da assistência à saúde das pessoas com tuberculose;

A todos aqueles que torceram e rezaram por mim;

Finalmente obrigada a você por se dispor de ler todos esses agradecimentos e folhear esta dissertação que foi elaborada com tanto amor e dedicação. O seu interesse me alegra e faz valer o esforço empreendido nesta obra.



“O desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços, aumenta a consciência da ausência de uma sólida informação de base, bem como a necessidade de tentativas mais sistemáticas de desenvolvê-la.”

(Bárbara Starfield)

RESUMO

NÓBREGA, R. G. **As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de saúde indígena da Paraíba: análise da dimensão de coordenação.** 2007. 145f. [Dissertação]. João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba.

O processo de mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando o nível de atenção básica, propôs a reorganização das ações de controle da Tuberculose (TB) nos níveis locais, descentralizando-se gradualmente a responsabilidade pelo gerenciamento das ações de saúde. Esse processo requer controle e ordenação do fluxo de trabalho, requisitos fundamentais da coordenação como instrumento gerencial de integração entre os serviços de saúde. Considerando que os índios constituem populações especiais para a implementação das políticas de controle da TB, cuja eficácia vai depender das relações que estabelecem pessoas, tecnologia, recursos e coordenação, para realizar a tarefa organizacional de controle da TB na esfera local, optou-se por analisar a dinâmica da coordenação que organiza e orienta as ações de controle da tuberculose nas equipes de saúde indígena Potiguara. Esta pesquisa caracteriza-se por ser de natureza qualitativa, tendo como cenário o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara – PB. A amostra constituiu-se de vinte e três profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde. O material empírico foi obtido por meio de três grupos focais e analisado pela abordagem crítica da técnica de Análise de Discurso. A categoria evidenciada por essa técnica foi a dialogicidade entre a dimensão da coordenação e o controle da tuberculose em equipes de saúde indígena, destacando o papel da coordenação nas ações de controle da TB apoiada em uma organização insuficiente de prover maior articulação entre os serviços e estabelecer a continuidade da atenção iniciada. Os serviços operam dentro de uma lógica fragmentada, centrada na prática médica especializada, capacitação insuficiente de recursos humanos para atender a especificidade cultural dessa população, desafios que exigem habilidade gerencial da coordenação para a sustentabilidade das ações de controle da TB. Nessa perspectiva, constatamos que a prática das equipes de saúde indígena, no controle da tuberculose, está norteada por contradições, evidenciando, portanto, um descompasso entre a dimensão política operacional do SUS e a responsabilidade gerencial da coordenação na perspectiva da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chaves: Tuberculose; população indígena; ação intersetorial.

ABSTRACT

NÓBREGA, R. G. **Tuberculosis control actions developed by the groups of indigenous health in Paraíba**: analysis of the coordination dimension. 2007. 145f. [Dissertation]. João Pessoa: Post Graduation Program in Nursing. Federal University of Paraíba.

The changing process in the model of attention turned to health giving priority to the level of basic attention proposed the reorganization of tuberculosis control actions at the local levels, gradually decentralizing the responsibility for the management of health actions. This process requires the control and ordering of the flux of work, fundamental requirements of the coordination as a managing instrument of integration among health services. Taking into account that indigenous constitute a special population, it was chosen to analyze the coordination dynamic that organizes and orients the tuberculosis control actions in the groups of indigenous Potiguara health. This research is characterized as being of qualitative nature, the setting is the Special Indigenous Potiguara Sanitary. The sample was constituted of twenty three professionals pertaining to the health area: doctors, nurses, nurses assistants, indigenous agents of health. The empiric material was attained through three focal groups, analyzed through the Discourse Analysis technique. The category evidenced by this technique was based on the communication involving the coordination dimension and tuberculosis control in groups of indigenous health, pointing out the role of coordination in the tuberculosis control actions, supported by an organization unable to provide a greater articulation among services and give continuity to the initiated action. Services operate within a fragmented logic, centered on the specialized medical practice, deficiency of human resources to meet the cultural specificity of this population, challenges requiring managing ability of the coordination for the sustainability of the tuberculosis control actions. In the perspective, we realized that the indigenous health practice, to control tuberculosis, is guided by contradictions, thus evidencing a disharmony between the operational policy, involving SUS, and the managing responsibility of the coordination in the context of the Primary Health Care.

Key-Words: Tuberculosis; indigenous populations; inter sectorial action.

RESUMEN

NÓBREGA, R. G. **Las acciones de control de tuberculosis desenvueltas por los equipos de salud indígena de Paraíba:** análisis de la dimensión de coordinación. 2007. 145f. [Disertación]. João Pessoa: Programa de Pós-Grado en Enfermería. Universidad Federal de Paraíba.

El proceso de cambio del modelo de atención a la salud, priorizando el nivel de atención básica, propuso la reorganización de las acciones de control de la Tuberculosis (TB) en los niveles locales, descentralizándose gradualmente la responsabilidad por el gerenciamiento de las acciones de salud. Ese proceso requiere control y orden del flujo de trabajo, requisitos fundamentales de la coordinación como instrumento gerencial de integración entre los servicios de salud. Considerando que los indios constituyen poblaciones especiales para la implementación de políticas de control de la TB, cuya eficacia va a depender de las relaciones que establecen personas, tecnología, recursos y coordinación, para realizar la tarea organizacional de control de la TB en la esfera local, se eligió analizar la dinámica de la coordinación que organiza y orienta las acciones de control de la tuberculosis en los equipos de salud indígena Potiguara. Este estudio se caracteriza por ser de naturaleza cualitativa, teniendo como escenario el Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI) Potiguara – PB. La muestra se constituyó de treinta y tres profesionales de salud, entre médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y agentes indígenas de salud. El material empírico fue obtenido por medio de tres grupos focales y analizado por acceso crítica de la técnica de Análisis de Discurso. La categoría evidenciada por esa técnica fue la dialogicidad entre la dimensión de la coordinación y el control de la tuberculosis en equipos de salud indígena, destacando el papel de la coordinación en las acciones de control de la TB apoyada en una organización insuficiente de proveer mayor articulación entre los servicios y establecer la continuidad de la atención iniciada. Los servicios operan dentro de una lógica fragmentada, centrada en la práctica médica especializada, capacitación insuficiente de recursos humanos para atender a especificación cultural de esa población, desafíos que exigen habilidad gerencial de la coordinación para la sostenibilidad de las acciones de control de la TB. En esa perspectiva, constatamos que la práctica de los equipos de salud indígena, en el control de la tuberculosis, está nortada por contradicciones, evidenciando, por lo tanto, un descompaso entre la dimensión política operacional del SUS y la responsabilidad gerencial de coordinación en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Palabras-llaves: Tuberculosis, población indígena, acción intersectorial.

SUMÁRIO

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Organogramas

Lista de Abreviaturas

APRESENTAÇÃO.....	16
CAPÍTULO I	20
1. INTRODUÇÃO.....	20
1.1 A problemática e o objeto de estudo.....	21
1.2 Objetivos.....	28
CAPÍTULO II	29
2. QUADRO TEÓRICO.....	29
2.1 Atenção Primária no contexto dos sistemas de saúde.....	30
2.2 A coordenação e a capacidade de conduzir ações.....	34
2.3 As ações de controle da tuberculose nos serviços de atenção básica: desafios da coordenação.....	40
CAPÍTULO III	48
3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO METODOLÓGICAS.....	48
3.1 A saúde indígena como abordagem teórica: aspectos históricos e conceituais....	49
3.2 Percurso metodológico.....	57
3.2.1 O cenário do estudo.....	58
3.2.2 População Indígena Potiguara.....	63
3.2.3 Universo empírico do estudo.....	68
CAPÍTULO IV	77
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	77
4.1 A categoria empírica e as subcategorias que a compõem.....	78
4.1.1 A dialogicidade entre a dimensão da coordenação e o controle da tuberculose em equipes de saúde indígena.....	78
4.1.1.1 As contradições na prática das equipes de saúde indígena, no controle da	

<i>tuberculose, relacionadas com a dimensão da coordenação na Atenção Primária à Saúde.....</i>	78
4.1.1.2 <i>O descompasso entre a dimensão política operacional do SUS e a responsabilidade gerencial da coordenação na perspectiva da Atenção Primária à Saúde.....</i>	104
CAPÍTULO V	116
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE A – Guia do moderador.....	131
APÊNDICE B – Ficha de identificação das ações de controle da TB.....	133
APÊNDICE C – Convite.....	134
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido dirigido aos agentes indígenas de saúde.....	135
APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido dirigido aos profissionais das equipes de saúde indígena.....	137
APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido dirigido ao líder indígena.....	139
ANEXO A – Declaração do Conselho de Saúde Indígena.....	142
ANEXO B – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa.....	143
ANEXO C - Certidão do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa.....	144

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Mapa de localização dos DSEIs no Brasil.....	55
FIGURA 2: Estrutura organizacional do DSEI e do modelo assistencial.....	56
FIGURA 3: Fluxo dos serviços de saúde prestados no DSEI	56
FIGURA 4: Mapa da Paraíba enfocando os municípios envolvidos no estudo.....	59

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Distribuição dos profissionais das equipes de saúde indígena na participação dos grupos focais.....	70
--	----

LISTA DE ORGANOGRAMAS

ORGANOGRAMA 1: Estrutura organizacional do DSEI Potiguara.....	62
ORGANOGRAMA 2: Esquema de operacionalização da análise do material empírico.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS

- AB** – Atenção Básica
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AIDS** - Acquired Immune Deficiency Syndrome
- AIS** - Agentes Indígenas de Saúde
- APOINME** - Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- CAPOIB** - Conselho de Articulação dos Povos Indígenas no Brasil
- CCS** - Centro de Ciências da Saúde
- CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa
- CGEP** – Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas
- CIMI** - Comissão Indigenista Missionária
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CONEP** – Comitê Nacional de Ética e Pesquisa
- CTRT** - Companhia de Tecidos Rio Tinto
- DESAI** - Departamento de Saúde Indígena
- DOTS** - Direct Observed Treatment Short-Course
- DSEI** - Distrito Sanitário Especial Indígena
- DSTs** - Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EMSI** – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
- EVS** - Equipe Volante de Saúde
- FUNAI** - Fundação Nacional do Índio
- FUNASA** - Fundação Nacional de Saúde
- HIV** - Human Immunodeficiency Virus
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- ISA** - Instituto Sócioambiental
- NOAS** – Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOB** – Norma Operacional Básica
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-americana de Saúde
- PAB** – Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB – Paraíba
PBTUR – Empresa Paraibana de Turismo
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família
REDE TB - Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SPI - Serviço de Proteção ao Índio
SR – Sintomático Respiratório
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TB – Tuberculose
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI – Terras Indígenas
TS - Tratamento Supervisionado
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
USF – Unidade de Saúde da Família

“O domínio de uma profissão não exclui o seu aperfeiçoamento. Ao contrário, será mestre quem continuar aprendendo.”
(Pierre Furter)

APRESENTAÇÃO

A motivação para empreender este estudo surgiu como resultado da experiência vivenciada como responsável pela Coordenação Municipal de Vigilância Epidemiológica, em Rio Tinto – PB, cujo objeto de trabalho era as doenças de notificação compulsória, entre as quais encontra-se a tuberculose (TB).

Um dos desafios daquele período era o de implantar as ações do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) no município, uma vez que a centralização da baciloscopia em serviços de referência estadual dificultava o acesso ao diagnóstico. Naquele mesmo ano, houve um grande impulsionamento das ações do programa supracitado em decorrência do projeto VIGISUS II, firmado entre o município de Rio Tinto e o Ministério da Saúde que visava a uma maior eficiência nas ações de vigilância em saúde, incluindo o acesso diagnóstico para tuberculose.

Como técnica responsável pela elaboração de tal projeto, as informações coletadas proporcionaram um maior conhecimento da situação de saúde local, incluindo os casos existentes de tuberculose que atingiam, entre outros, populações indígenas pertencentes a esse município. As dificuldades observadas vislumbraram a realidade de saúde dos municípios circunvizinhos Marcação e Baía da Traição, de menor porte, e detentores de um número maior de comunidades indígenas.

A partir de então, as inquietações se constituíram em um objeto de aprofundamento teórico, tomando, como ponto de partida, a necessidade de organização do serviço de tuberculose, para a implantação das ações de controle desta doença, ainda em andamento nesses municípios. Em 2006, após desligamento desta coordenação, passei a exercer a função de fisioterapeuta na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), atuando na área indígena do município de Rio Tinto o que permitiu uma maior aproximação com a realidade de saúde indígena. Concomitante à inserção funcional na FUNASA, encontrava-me matriculada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e, como membro do Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose na Paraíba, optei por trabalhar com a problemática da tuberculose nas populações indígenas Potiguaras.

Consoante ao exposto, este estudo passou a integrar o Projeto de Pesquisa “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões urbanas do Brasil” (CNPq – processo nº 409035/2006-8), vinculado à linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde”, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Insere-se ainda, no Grupo de Pesquisa denominado Grupo de estudos Operacionais em Tuberculose, cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq em 2002 e inserido na Rede Brasileira de

Pesquisa em Tuberculose (REDE - TB).

O presente trabalho se propõe a levantar reflexões acerca das ações de controle da tuberculose realizadas pelas equipes de saúde indígena, apontando as perspectivas e dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho dessas equipes, cuja realização na prática sofre influência direta da coordenação, como instrumento de organização do serviço.

Pretendemos, assim, contribuir para a organização da assistência ao doente de tuberculose a partir de estratégias de intervenção na assistência a essa doença, tendo como referencial a Atenção Primária à Saúde (APS), norteadas pelos atributos da coordenação. Para tanto, o presente estudo encontra-se estruturado em cinco capítulos.

No **capítulo I**, são delineados o objeto de estudo e os objetivos da investigação. Nele, resgatamos a organização dos serviços de atenção à saúde no Brasil, tomando como base o processo de descentralização preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, recuperamos o processo de formulação das políticas de saúde indígena, como subsistema de atenção à saúde do SUS, cuja rede de serviços é capacitada para as ações de atenção básica à saúde, incluindo as ações de controle da tuberculose. Seguimos com o panorama histórico da tuberculose entre as populações indígenas, tendo em vista a importância desta endemia como fator de morbimortalidade nesse grupo ao longo da história.

No **capítulo II**, é apresentado o quadro teórico. Nesta seção abordamos a concepção da atenção primária como um componente dos sistemas de serviços de saúde, explicitando o histórico do desenvolvimento desse conceito, suas características e contribuições. Seguimos a exposição dos atributos da atenção primária, como elementos norteadores de uma prática de saúde mais equânime e resolutiva. O potencial dessas ações foi discutido a partir do enfoque da coordenação como elemento estrutural relevante à atenção primária. Ressaltamos, ainda, o processo de descentralização das ações de controle da tuberculose no Brasil, cuja organização do serviço pressupõe uma coordenação a fim de obter unidade de ação para consecução das metas programadas. Nessa perspectiva, discutimos os entraves existentes para a implementação das políticas de controle da tuberculose à luz da fragmentação dos serviços de saúde e da hegemonia do paradigma flexneriano ainda em vigor.

As considerações teórico-metodológicas estão contempladas no **capítulo III**, apresentando o contexto indígena e suas peculiaridades, bem como o processo de estruturação do sistema de serviço de saúde indígena, desde a sua conformação até os dias atuais, com a institucionalização da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Nesse capítulo, ressaltamos ainda, a organização do subsistema de atenção à saúde indígena em forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e suas atribuições quanto às ações de controle da

tuberculose. O cenário da pesquisa e a técnica utilizada nos processos de coleta e análise do material também estão expostos neste capítulo.

O **capítulo IV** aborda os resultados e a discussão. Nessa secção discutimos a relação entre a dimensão da coordenação e o controle da tuberculose no sistema de serviços de saúde indígena, como categoria empírica do estudo. Nesse contexto, o modelo flexneriano e a fragmentação dos serviços de saúde revelaram-se como expressões paradigmáticas exemplares para a análise das ações de controle da TB desenvolvidas pelas equipes de saúde do DSEI Potiguara.

Na perspectiva de reiterar a complexidade do tema, o **capítulo V** traz as considerações finais, apontando as limitações e as possibilidades de avanço do Programa de Controle da TB no DSEI Potiguara.

*“Olhe cada caminho com cuidado e atenção.
Tente quantas vezes julgar necessárias...
Então, faça a si mesmo uma pergunta:
Possui este caminho um coração?
Em caso afirmativo, o caminho é bom.
Caso contrário, este caminho não possui importância alguma”.*
(Carlos Castañeda)

CAPÍTULO I INTRODUÇÃO

1.1 A problemática e o objeto de estudo

Desde que a saúde no país foi instituída como um direito de todos e um dever do Estado e passou a ser operada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou-se um processo de mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando o nível de Atenção Básica (AB). (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006). Concomitante a esse processo, descentraliza-se gradualmente a responsabilidade pelo gerenciamento das ações de saúde, o que possibilitou aos municípios assumir o papel de atores estratégicos dos SUS, consolidando-se a municipalização da saúde. (MARQUES, MENDES, 2002).

No plano legal, foram instituídas as Leis Orgânicas da Saúde - lei n. 8080/90 e lei n. 8142/90 - e as Normas Operacionais Básicas - NOB 01/91, NOB 01/93 E NOB 01/96 - como dispositivos legais de alocação de recursos entre as esferas do governo. Embora instituindo diferentes desempenhos, essas leis e decretos contribuíram para institucionalizar o processo de descentralização que, inicialmente, caminhou a passos lentos, sofrendo um salto qualitativo na gestão do sistema com a adição da NOB 01/96, alterando a gestão local do SUS para apenas duas modalidades: gestão plena de atenção básica e gestão plena de sistema. Na primeira modalidade, os municípios passam a responder totalmente pela assistência ambulatorial, pelas ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica e pela gerência de todas as unidades básicas de saúde existentes na região. Na segunda modalidade, os municípios além da AB, passam a responder integralmente por todas as ações referentes aos serviços do SUS em sua área de abrangência, inclusive a oferta de procedimentos de média e alta densidade tecnológica. (MONNERAT, SENNA, SOUSA, 2002).

A partir de 1998, observa-se uma aceleração importante do processo descentralizador. O incentivo financeiro criado pela NOB 01/96, o Piso da Atenção Básica (PAB), inaugurou a modalidade de transferência per capita de recursos federais para os municípios. Esse incentivo foi determinante para o crescimento do número de equipes de saúde da família, quando a institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF) ganha evidência significativa, como instrumento de reorganização do sistema, a partir da priorização da atenção básica de saúde. (MUNIZ, 2004). Na perspectiva de estruturar esse novo modelo de gestão, fez-se necessário à utilização de instrumentos de planejamento e regulação do sistema, elaborados em sintonia com as diretrizes da política de descentralização contidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/02 - NOAS 01/02. (BODSTEIN, 2002).

Esse processo culminou com a criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), no qual estão definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada

território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. (BRASIL, 2006).

Muniz (2004) ressalta que a pactuação consiste em um poderoso instrumento de gestão, devendo ser adequada pelas equipes e gerências locais, uma vez que se caracteriza como ferramenta apropriada ao processo de planejamento. Neste sentido, a PPI representou um importante avanço no processo de consolidação da gestão do SUS, embora se tenha observado algumas limitações que impediram a construção das redes regionalizadas e hierarquizadas, dificultando a atenção integral à saúde da população. (BRASIL, 2006).

Entre as questões que demonstraram ser limitantes nesse processo, está a participação restrita dos municípios na definição das diretrizes e parâmetros norteadores da PPI, com a conseqüente impossibilidade de tradução para as necessidades e especificidades locais e regionais. Tendo em vista a superação desses entraves, houve mudanças nos processos de qualificação da gestão dos municípios e estados, bem como nos mecanismos de alocação e transferência de recursos dispostos na portaria GM/399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela saúde 2006 e aprova suas diretrizes operacionais. (BRASIL, 2006).

Ressaltamos que a nova modalidade de PPI deverá nortear-se por cinco eixos ordenadores, considerando, entre eles, a centralidade da atenção básica, em consonância com o processo de conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços. (BRASIL, 2006). Nessa perspectiva, o enfoque dado à atenção básica, cuja implementação vem orientando a reorganização da lógica assistencial do SUS, teve início em 1994, com a operacionalização do PSF, incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (MONNERAT, SENNA, SOUSA, 2002). Com efeito, o PSF vem sendo considerado como estratégia prioritária para a reestruturação não apenas da atenção básica, mas também do modelo assistencial no que tange a reorganização dos serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção. (MARQUES, MENDES, 2002).

Mendes (2002) enfatiza que a atenção básica foi incorporada aos sistemas de serviços de saúde no início do século XX e veio evoluindo numa longa trajetória até chegar à proposta oficial de sua organização através do PSF. Contudo, apesar do largo alcance obtido nesses anos de implantação, o PSF ainda não constitui o modelo hegemônico de atenção básica à saúde no SUS.

A reflexão aqui apresentada é concebida à luz do modelo dual de atenção básica à saúde vigente no Brasil, composto, de um lado, pelo modelo convencional, alimentado pelo paradigma médico flexneriano e, de outro, pelo PSF. É válido acrescentar que a hegemonia do modelo convencional de atenção à saúde cria uma série de obstáculos que necessitam ser identificados e superados para consolidação do PSF como estratégia de organização do SUS. (MENDES, 2002). O mesmo autor acrescenta que o PSF, ao romper com o paradigma flexneriano e estruturar um sistema de serviços de saúde pelo paradigma da produção social, enfrentará obstáculos de diversas ordens, como, por exemplo, a contrariedade de interesses consolidados de determinadas especialidades médicas. Além disso, o PSF exige mudanças radicais no modelo flexneriano de ensino das profissões de saúde a partir da necessidade de novos conhecimentos e tecnologias, exigindo um instrumental cognitivo-tecnológico, além de um saber instrumental orientado para atuar dentro de uma nova perspectiva de saúde que o SUS pressupõe.

A deficiência na compreensão do PSF, como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, acaba por gerar equívocos na operacionalização das ações de saúde, equívocos estes que muitas vezes representam importantes entraves para o reordenamento destes serviços na perspectiva do SUS. (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Consoante ao exposto, Mendes (2002) expõe que o entendimento insuficiente do que significa a estratégia do PSF acaba relacionando-o à concepção de programa para regiões e pessoas pobres, além da idéia de que se trata de um programa que pode ser ofertado através de recursos simplificados e, até mesmo, de forma improvisada. Essa banalização do PSF associada ao desconhecimento dos atores sociais frente a uma proposta de tal magnitude dificulta o desenvolvimento das atividades previstas segundo os princípios do SUS, demonstrando uma inércia operacional do serviço que, em sua essência, deveria assegurar a resolutividade de suas ações. (CECCIM, 2005).

Contudo, o baixo desempenho dos serviços de saúde não se atribui apenas ao entendimento insuficiente da estratégia do PSF pelas equipes, mas, também, à inexistência da responsabilidade gerencial segundo relata Junqueira (1990), quando aborda a necessidade de mudar a prática dos serviços de saúde, privilegiando a gerência como fator determinante para atingir os objetivos organizacionais. Nesse sentido, Starfield (2002) descreve a coordenação como instrumento gerencial de integração de todos os serviços relacionados à saúde, sendo a organização do trabalho realizada em cima de diversos profissionais que possuem responsabilidades distintas, porém compromissos iguais na produção dos serviços de saúde.

Essa afirmação é baseada nas atribuições das equipes de saúde da família dentro da proposta do PSF em levar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para perto da família, utilizando uma equipe formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Essa estruturação é uniforme dentro dos sistemas de serviços de saúde no Brasil, embora os serviços voltados para populações especiais, como é o caso das populações indígenas, exijam uma série de adequações em razão das peculiaridades culturais desse grupo. (BRASIL, 2002a).

Entre as adequações supracitadas, Langdon e Diehl (2007) apontam o destaque atribuído aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) dentro da equipe multiprofissional de saúde indígena que, como membro da comunidade, deve desenvolver a função de mediador entre os saberes tradicionais e os conhecimentos e recursos da medicina ocidental. Outro aspecto relevante é o princípio da atenção diferenciada que se refere a uma distinção na qualidade dos serviços prestados a essa população, levando em conta as concepções, valores e práticas relativas ao processo saúde-doença, próprios de cada povo indígena, na tentativa de promover o fortalecimento dos sistemas tradicionais de saúde, implicando a legitimidade dessas práticas. Nesses termos, a atenção diferenciada, juntamente com os princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação comunitária são prerrogativas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, implantado após nove anos de criação do SUS. (BRASIL, 2000a).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), compostos por postos de saúde dentro das terras indígenas que contam com o trabalho de uma equipe multiprofissional para a realização de serviços básicos de saúde. Para tanto, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão encarregado pela normatização e execução das ações de atenção à saúde indígena e os estados e municípios podem atuar complementando a execução dessas ações. (LANGDON; DIEHL, 2007).

Regulamentada pelo decreto nº 3.156 e pela Lei nº 9.836 que determinou tais condições de assistência, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é integrante da Política Nacional de Saúde que definiu os recursos financeiros suplementares àqueles já deliberados no SUS, como fatores de incentivo para a atenção básica aos povos indígenas, bem como para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico a essa população. (BRASIL, 2000a). A definição de novas formas de financiamento e de reorganização da oferta de serviços para a população indígena incorporou as áreas programáticas - hanseníase, hipertensão, diabetes, tuberculose, entre outras - como produtoras

de serviços específicos, agregando instrumentos para a organização dessa atenção. (SOUSA, 2000).

Nesses termos, a tuberculose passou a ser um agravo da atenção básica à saúde indígena definido como prioritário pelo Plano Anual de Trabalho do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), conferindo a previsão de recursos orçamentários para a implantação e implementação das atividades de controle dessa doença, capacitando recursos humanos, implantando rotinas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos, bem como fazendo avaliações periódicas de impacto das ações de Vigilância Epidemiológica. Atendendo a uma das prioridades para o controle da TB, a atual estratégia DOTS (Direct Observed Treatment Short-Course) passou a ser incorporada na rotina dos serviços das equipes de saúde indígena, na perspectiva de atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos. (BRASIL, 2003b).

É mister acrescentar que a tuberculose, como doença infecto-contagiosa, está relacionada a importantes fatores sociais. Assim, a partir de variáveis como renda familiar baixa, habitação precária, famílias numerosas, desnutrição alimentar e adensamento comunitário, pode-se inferir quais os locais no espaço urbano que detêm um maior potencial de disseminação da referida endemia. São, principalmente, populações que vivem em ambiente socialmente fechado, como presídios, abrigos sociais ou de idosos, entre outros. Entre as populações agrupadas no espaço periurbano ou rural, destacam-se as populações indígenas. (BRASIL, 2002a).

A vulnerabilidade deste grupo populacional indígena à TB é apresentada como um importante fator de dizimação desses povos durante o processo colonizatório, quando os mesmos enfrentaram ameaças e risco de extinção física e cultural, geradas pelas mudanças na sociedade e pela sua relação mais próxima com a população não indígena. (AMARANTE; COSTA, 2000). Ainda que se tenha demonstrado a presença da tuberculose nas Américas há milênios, a partir do século XVI, a moléstia tornou-se um problema prioritário de saúde para os povos indígenas, logo após a onda migratória da colonização. Os primeiros contatos entre os índios e os europeus causaram profundas mudanças sociais, culturais e ambientais no novo continente. Assim, ocorreram mudanças no padrão de ocupação das terras nas Américas, limitando os povos indígenas às reservas demarcadas, fato que produziu restrição das fontes naturais de alimento, aumento da densidade demográfica e conseqüente deterioração das condições de vida. (BASTA; CAMACHO, 2006).

Os últimos autores mencionados enfatizam que no processo enfocado ocorreu a introdução de novos agentes patogênicos em populações indígenas que ainda não haviam

desenvolvido resistência imunológica. Assim, a situação sanitária e de saúde dos povos indígenas agravou-se, criando um ambiente propício para a transmissão de doenças infecciosas e parasitárias, iniciando, assim, o processo de difusão, dentre outras doenças, da tuberculose, que foi introduzida no Brasil pelos portugueses e missionários jesuítas com a catequização indígena pelos membros da Companhia de Jesus, nos primórdios da colonização.

Historicamente, a tuberculose representou uma proeminente causa de morbimortalidade entre os povos indígenas, tendo contribuído para o expressivo declínio populacional nesse grupo. A progressão da integração dos povos indígenas à sociedade nacional faz com que a incidência da tuberculose entre os índios seja significativamente maior do que a encontrada na população não índia. (AMARANTE; COSTA, 2000). Segundo indicadores de saúde da FUNASA, em 2000 e 2002 a tuberculose alcançou, respectivamente, 164,3 e 108,6 por cem mil casos novos na população indígena brasileira, muitas vezes maior do que a incidência nacional. (BRASIL, 2003a). Entre os casos de grande repercussão, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) destacou o surto de tuberculose que acometeu a população indígena da Reserva de Dourados, em Mato Grosso do Sul, no ano de 1997, afetando cerca de 176 guaranis, 40% deles entre 10 e 16 anos. (EPIDEMIA ENTRE OS ÍNDIOS, 2005).

As características culturais dos indígenas exigem que o tratamento para tuberculose nessas populações remeta-se a cuidados especiais, dado o risco elevado de abandono, aumento de taxas de prevalência e surgimento de casos de tuberculose multirresistente. A priori, deve ser dada especial atenção a grupos indígenas de contato mais recente com a nossa sociedade, sujeitos à rápida propagação da infecção pelo bacilo de Koch, a partir dos primeiros contatos com fontes de infecção. (BARUZZI et al., 2001; MARQUES; CUNHA, 2002).

Mesmo em face dos esforços empreendidos para o controle da tuberculose no mundo, através da detecção de casos novos, tratamento precoce dos doentes, quimioprofilaxia dos infectados e ampla difusão da vacina BCG, a doença permanece endêmica e de grande magnitude entre os povos indígenas que se apresentam, particularmente, mais vulneráveis à tuberculose. (BASTA; CAMACHO, 2006). Nesse contexto, Buchillet (2000) ressalta que a deterioração das condições de vida dos índios em decorrência do contato com os brancos, os problemas de acessibilidade - geográfica, econômica, lingüístico-cultural - aos serviços de saúde, bem como os tratamentos mal conduzidos - o médico não segue as normas técnicas editadas pelos programas nacionais de controle da tuberculose - ou mal seguidos - fraca adesão ao tratamento por parte dos doentes - favorecem a manutenção da endemia tuberculosa

entre os índios.

Os dados epidemiológicos traçados pela FUNASA entre 2004/2005 indicam que a tuberculose entre os Potiguara revelou um total de 7 casos, onde 100% concentraram-se na população masculina, sendo 43% em indivíduos na faixa etária entre 36 e 56 anos de idade e 85,7% residentes na zona rural. (SILVA, 2006). Embora a população Potiguara não esteja entre as etnias que reúnem índices alarmantes de TB, os dados epidemiológicos disponíveis indicam taxas de incidência elevadas em alguns grupos, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Foram assim registradas taxas de incidência anuais da ordem de 600 casos por cem mil habitantes entre os Yanomami de Roraima (FNS, 1996 *apud* BUCHILLET, 2000). Taxas de incidência mais elevadas foram também registradas entre os Guaraní-Kaiwá do Mato Grosso do Sul, com 700 casos por cem mil habitantes (ESCOBAR et al., 2001) e os Suruí de Rondônia, reunindo cerca de 815 casos por cem mil habitantes. (GUIMARÃES, 2007). Esse último resultado revela que o número de casos de TB é cerca de vinte vezes mais elevado entre os Suruí do que na população brasileira que registra aproximadamente 40 casos por cem mil habitantes. Esses dados conferem uma atuação incipiente das equipes de saúde indígena no controle da tuberculose, retratando que as ações implementadas nos DSEIs, a partir do ano 2000, relativas ao controle desta doença, estão sendo timidamente aplicadas.

Vale ressaltar que a deterioração das condições de vida dos índios em decorrência do contato com os brancos, somadas às condições de pobreza e marginalização a que estão sujeitos, favorecem a manutenção da endemia tuberculosa entre esse grupo. Nesse contexto, os índios constituem populações especiais para a implementação das políticas de controle da TB, cujas ações uma vez efetuadas podem contribuir para reverter esse quadro apresentado. A organização dessas ações deve estar associada a um trabalho integrado com os programas do PSF/PACS e a sua eficácia vai depender das relações que estabelecem pessoas, tecnologia e recursos, para realizar a tarefa organizacional de controle da TB na esfera local. Nesse contexto, a coordenação se destaca como um instrumento determinante desse processo, uma vez que possibilita a integração do trabalho entre os atores, a tecnologia e os recursos para atingir os objetivos organizacionais e, conseqüentemente, a obtenção da eficácia do serviço. (BRASIL, 2002c).

Tendo em vista a importância da coordenação no gerenciamento de estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada com a implantação das ações de controle da TB no DSEI Potiguara, questionamos como vêm se consolidando na prática das equipes as ações de enfrentamento da tuberculose na população indígena local.

Com base na problemática apresentada e considerando a relevância desta temática, como campo pouco investigado e igualmente pouco enfrentado, ampliar investigações e aprofundar a discussão sobre esse fenômeno possibilitará uma melhor compreensão e visibilidade do problema, além de contribuir com subsídios para que as políticas públicas valorizem estratégias de reestruturação do serviço de tuberculose, concernentes com a realidade de saúde indígena.

Nessa perspectiva, com este estudo pretendemos analisar os arranjos organizacionais que norteiam as práticas de controle da TB dirigidas à população indígena Potiguara acometida na atualidade, no contexto da coordenação orientada pelos princípios da APS. A reflexão sobre essa problemática motivou a elaboração deste estudo, norteado pelos seguintes questionamentos: Como se organizam as ações de controle da TB nas equipes de saúde indígena, considerando a coordenação como instrumento de gerenciamento de serviços? Qual o papel da coordenação, como instrumento gerencial, para a efetividade das práticas de controle da TB? Quais as contradições entre as atribuições da coordenação, na perspectiva da APS, e o modo como se opera na prática o encaminhamento dessa coordenação para o controle da TB?

A possibilidade de enfrentamento para as questões formuladas, permitiu a elaboração dos objetivos abaixo discriminados.

1.2 Objetivos:

- *Geral:* Analisar a dinâmica da coordenação que organiza e orienta as ações de controle da tuberculose das equipes de saúde indígena Potiguara.

- *Específicos:*
 - Identificar as competências atribuídas à coordenação, tanto na literatura quanto nas práticas profissionais, para o controle da TB voltado para a população indígena;
 - Verificar as contradições existentes entre as competências atribuídas à coordenação, na perspectiva da APS, e as ações realizadas em relação ao encaminhamento dessa coordenação;
 - Analisar os limites e as possibilidades de avanços no Programa de Controle da Tuberculose do DSEI Potiguara.

“Se não puder se destacar pelo talento, vença pelo esforço.”
(Dave Weinbaum)

Capítulo II
QUADRO TEÓRICO

2.1 Atenção Primária no contexto dos sistemas de saúde

A situação em que se encontram os sistemas de serviços de saúde na atualidade é complexa e vem exigindo que sejam repensados e redefinidos os papéis do setor saúde. Segundo Starfield (2002), uma grande parte do ímpeto para as mudanças origina-se dos custos sempre crescentes da atenção, decorrentes do envelhecimento da população, melhor sobrevivência dos doentes crônicos como resultado de tratamentos médicos aprimorados e o crescente papel das tecnologias caras no diagnóstico e manejo da doença.

Para tanto, a referida autora aponta que a obtenção da efetividade e equidade nos sistemas de serviço de saúde estabelece que os mesmos tenham uma forte orientação para a atenção primária, haja vista o alcance de resultados promissores encontrados a partir de um rigoroso trabalho de comparação internacional de sistemas de serviços de saúde, realizado pela mesma, em onze países desenvolvidos.

Nesses termos, observou-se que os sistemas de serviços de saúde que se organizam a partir da atenção primária à saúde apresentam-se mais eficazes e de maior qualidade, estando, em muitos casos, associados com menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos. (MENDES, 2002).

A concepção de atenção primária à saúde surgiu em 1920, no Reino Unido, através do Relatório Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920) que instituiu a organização dos sistemas de serviços de saúde em três níveis principais: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais-escola. Esse arranjo teórico constituiu a base para o conceito de regionalização como um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de saúde da população. Posteriormente, esta proposta fundamentou a organização dos serviços de saúde em vários países do mundo. (STARFIELD, 2002).

A atenção primária como princípio universal de atenção à saúde, foi enunciada em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata. Essa conferência definiu a atenção primária como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. 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, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978 *apud* STARFIELD, 2002).

Além dos princípios da atenção primária enunciados nesta conferência, foram especificados como componentes fundamentais da atenção primária à saúde a educação em saúde, o saneamento ambiental - especificamente de águas e alimentos - os programas de saúde materno-infantil, incluindo imunizações e planejamento familiar, a prevenção de doenças endêmicas locais, o tratamento adequado de doenças e lesões comuns, o fornecimento de medicamentos essenciais, a promoção de boa nutrição e a medicina tradicional. (MENDES, 2002).

Nessa perspectiva, evidenciou-se que um dos preceitos necessários para que a atenção primária aperfeiçoe a saúde a partir dos componentes supracitados é o enfoque à saúde das pessoas juntamente com outros determinantes. Em outras palavras, faz-se necessário um direcionamento para o meio social e físico nos quais as pessoas estão inseridas, considerando o contexto onde a doença ocorre e no qual o paciente vive, não se limitando apenas à enfermidade. (MUNIZ, 2004). Dessa forma, expõe-se a complexidade que a atenção primária experimenta, à medida que deve adequar-se às necessidades da população, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

Entre outras características, a atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade e, muitas vezes, menos definidos, sendo necessária a presença de profissionais generalistas que na rotina de trabalho irão se confrontar com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. (OPAS/OMS/MS, 2006).

Para Mendes (2002), um aspecto relevante a ser enfatizado é a visão distorcida da atenção primária, considerando uma ambigüidade de conceitos encontrados em vários países, a partir da formulação do termo nos foros internacionais. Starfield (2002) acrescenta que por ocasião da Alma-Ata, os países industrializados já haviam alcançado em grande parte as metas acordadas, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou diferentes interpretações da atenção primária à saúde: a atenção primária à saúde como atenção primária seletiva, atenção primária à saúde como nível primário do sistema de serviços de saúde e atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

Interpretar a atenção primária à saúde como atenção primária seletiva é vinculá-la a um programa específico destinado às pessoas e regiões pobres, oferecendo um conjunto de ações simples e de baixo custo, providas por um pessoal de baixa qualificação profissional e sem possibilidade de referência a uma atenção mais especializada. Por outro lado, o entendimento da atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde é concebê-lo como modo de operacionalizar a porta de entrada do sistema, enfatizando a resolutividade dos serviços nesse nível de atenção para satisfazer as demandas da população, restritas às ações de atenção de primeira instância. No entanto, a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde é a interpretação atribuída à atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, constituindo a forma mais ampla de atuação, em razão de sua significação estratégica. (MENDES, 2002).

Segundo o referido autor, por muitos anos no Brasil, a proposta de atenção primária à saúde foi vinculada como um meio de ofertar serviços à populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência. Entretanto, recentemente, vem-se adotando a atenção primária à saúde como um modelo de ordenamento do sistema de saúde, na perspectiva de responder apropriadamente às necessidades da população.

Contudo, Starfield (2002) ressalta que a falta de apreciação das características e contribuições da atenção primária no setor de saúde acaba por banalizar as ações coerentes com este enfoque, a partir de uma visão distorcida de que fazer saúde é curar as doenças. Esta concepção segue as influências da Escola Norte-Americana, via modelo flexneriano, fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo, causando profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo, na estrutura organizacional do sistema de saúde. (SCHERER, MARINO, RAMOS, 2005).

Para os mesmos autores, o modelo flexneriano, baseado num paradigma fundamentalmente biológico, gerou o culto à doença e não à saúde e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde. Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano. O rompimento deste paradigma veio com a implantação do SUS, uma vez que o modelo clínico/flexneriano não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população.

Neste sentido, são incorporados, além dos princípios de organização do sistema – descentralização, regionalização, hierarquização e resolubilidade - os princípios doutrinários de universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade (BRASIL, 1990 *apud* SCHERER, MARINO, RAMOS, 2005), fazendo-se necessários esforços conjuntos para apreciação dessas características e contribuições dentro dos sistemas de serviços de saúde. Nesse contexto, considerar que a saúde é um recurso para a vida diária e não o objetivo dela é uma maneira de reorientar o serviço de saúde na perspectiva da atenção primária, modificando o enfoque da ação curativa para a prevenção de enfermidades e daí para proteção e promoção da saúde. (BRASIL, 2006).

Mendes (2002) enfatiza que uma atenção primária à saúde de qualidade deve seguir, em sua totalidade, seis princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. O primeiro contato é conhecido como porta de entrada e implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso em longo prazo. Assim, as pessoas devem ser atendidas ao longo do tempo pela mesma equipe de atenção primária à saúde. A integralidade implica na prestação de serviços pela equipe de saúde ajustados às necessidades da população adscrita. Seu papel é prestar diretamente todos os serviços, bem como agir como agente para a prestação de serviços em outros pontos de atenção à saúde. A coordenação exige alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas que requerem seguimento constante. O enfoque familiar pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano e, conseqüentemente, o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação para a comunidade implica o reconhecimento que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser reconhecido e tomado em consideração. (MENDES, 2002).

Partindo desse pressuposto, Muniz (2004) afirma que a maior parte dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos na atenção primária à saúde. Para isso, faz-se necessária a reunião de esforços coletivos por parte de todos os atores envolvidos no serviço que dentro de suas atribuições deverão atuar em torno de um objetivo comum que é atender as necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva, Chiavenato (1983, p. 79) enfatiza que “se a divisão do trabalho é indispensável, a coordenação é obrigatória”. Assim, a partir do momento que a organização do sistema de serviços de saúde é pautada na divisão de tarefas e competências dentro dos diferentes níveis de atenção à saúde, a coordenação passa a ocupar

um dos elementos-chave para assegurar a eficiência desse processo organizativo.

Sendo assim, trabalhar com a perspectiva da coordenação como instrumento de “distribuição ordenada do esforço do grupo, a fim de obter unidade de ação na consecução de um fim comum” (CHIAVENATO, 1983 p. 79) é trabalhar com o reconhecimento de que, dentro dos elementos ordenadores da atenção primária, a coordenação adquire grande responsabilidade na organização do serviço, à medida que deve estabelecer relações entre as várias partes do trabalho, constituindo uma sincronia entre as ações de saúde desenvolvidas.

Para explorar o tema, é apresentado o contexto que norteia a coordenação em seus aspectos administrativos e gerenciais, na perspectiva de fundamentar a análise e discussão dos dados coletados nessa pesquisa, considerando a coordenação como importante mediador na efetividade dos serviços de saúde prestados à população.

2.2 A coordenação e a capacidade de conduzir ações

A organização da atenção à saúde tendo como foco as práticas cotidianas de serviços é o arranjo que viabiliza o Sistema Único de Saúde na atualidade. (CARVALHO, CUNHA, 2007). Ao definir a organização como “a técnica de correlacionar atividades específicas ou funções num todo coordenado”, Chiavenato (1983, p. 77) confirma a importância que assume a coordenação nesse processo.

Nessa perspectiva, a organização deve caracterizar-se por uma divisão do trabalho claramente definida, a fim de cumprir os objetivos propostos. Dessa forma, surge a interdependência funcional, que requer controle e ordenação de fluxo de trabalho, gerando a necessidade da coordenação. (SANTOS, 1995).

Entende-se ainda como organização “o ato de agrupar atividades, estruturar e integrar os recursos e estabelecer relações de trabalho entre as instituições e o empregado, a fim de realizar seus objetivos conjuntos.” (SANTOS, 1995, p. 105). Para tanto, o mesmo autor é enfático ao ressaltar que “quem planeja, tem maior probabilidade de alcançar os objetivos, porque define a melhor estratégia de ação”. Dessa forma, sem planejamento não se pode corresponder aos padrões de organização.

Soto (2003) expõe que a necessidade de planejar – mesmo vagamente declarada como “precisamos nos organizar para” – pressupõe objetivos e demanda por coordenação. Uma instituição se transforma em uma organização na medida em que é capaz de perceber e organizar a experiência e as expectativas sobre o futuro, integrando cotidianamente o conhecimento, o conteúdo da comunicação, selecionando questões e inserindo ações em torno

de objetivos precisos que orientem as competências, os processos de produção, as relações e as parcerias.

No setor saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e a eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Além disso, pode ser utilizado como ferramenta de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social. (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 1998).

Para Soto (2003), a qualidade do planejamento não se desenvolve da soma de planos pontuais e isolados bem-sucedidos, mas se evidencia no grau de responsabilidade e coordenação constante com que a organização seleciona, atribui e monitora um conjunto integrado de realizações. A determinação de objetivos estratégicos, operacionais e de coordenação é essencial, porém, insuficiente, sendo necessário, ainda, o interesse dos funcionários e da direção, a motivação em persistir e ter presente um saudável sentido de urgência.

Considerando-se a motivação em termos de comportamento, observa-se que ela exerce uma forte influência na conduta das pessoas. Assim, faz-se necessário identificar os fatores ou forças de motivação que afetam o comportamento, no sentido de alcançar os níveis mais elevados de desempenho. (SANTOS, 1995).

Nessa perspectiva, o mesmo autor enfatiza que são muitos os fatores que afetam o comportamento dos indivíduos e, particularmente nas organizações, o comportamento humano é explicado pela conduta individual das pessoas. Por outro lado, Chiavenato (1983) acrescenta que todo comportamento humano é motivado, ressaltando a importância de considerar a motivação enquanto fenômeno precursor desse processo.

A motivação, no sentido psicológico, é a tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento visando a satisfação de uma ou mais determinadas necessidades. Essas necessidades dinamizam o comportamento humano em direção a certos objetivos pessoais, remetendo a importância de conhecer as necessidades humanas para melhor compreender o comportamento humano e utilizar a motivação humana como poderoso meio para melhorar o nível de vida do grupo dentro das organizações. (CHIAVENATO, 1983, p. 366).

Ao comentar sobre esse respeito, Chiavenato (1983) afirma que a organização é um sistema de decisões onde cada pessoa participa consciente e racionalmente, escolhendo e decidindo entre alternativas mais ou menos racionais que se lhes apresentam pela frente, de acordo com sua personalidade, motivações e atitudes. Os processos de percepção das

situações e o raciocínio são básicos para a explicação do comportamento humano nas organizações: o que uma pessoa aprecia e deseja influencia aquilo que vê e interpreta, assim como o que vê e interpreta influencia o que aprecia e deseja. Em outros termos, a pessoa decide em função de sua percepção das situações.

Para Santos (1995), os problemas de decisão ocorrem em função dos conflitos entre os objetivos organizacionais e os objetivos individuais. De fato, ao problematizar sobre a interdependência entre as necessidades do indivíduo e da organização, Chiavenato (1983) relata que enquanto os indivíduos buscam suas satisfações pessoais - como o salário, o lazer, o conforto, o horário mais favorável, oportunidades de crescimento, entre outros - as organizações, do mesmo modo, têm necessidades - capital, edifícios, equipamentos, potencial humano, lucratividade e, sobretudo, oportunidades para se ajustar a um ambiente constantemente em mudança. Dessa forma, a vida e os objetivos de ambos estão entrelaçados, fazendo-se necessário que nenhum dos objetivos se sobreponha ao do outro, mas sim que ambas as partes contribuam mutuamente para o alcance dos seus respectivos objetivos.

Santos (1995) ressalta ainda que a coordenação se fundamenta na capacidade administrativa da direção em identificar as forças sociopsicológicas existentes nos membros da organização, procurando ajustá-los às necessidades da empresa para que alcancem os objetivos organizacionais. Fundamenta-se, sobretudo, nas comunicações, ou seja, nas informações e orientações que devem ser transmitidas em todas as direções e em todos os níveis e setores.

Quanto aos instrumentos a serem utilizados pela coordenação têm-se “os estatutos ou documentos legais da organização, as reuniões formais ou informais, conferências e intercâmbios entre os membros da organização” (SANTOS, 1995, p. 135), ressaltando, ainda, a importância do relacionamento entre superior e subordinado, bem como das atitudes e valores dos indivíduos no sistema organizacional.

Por sua vez, na demanda por coordenação, têm-se os objetivos da gestão: capacidade de prover e articular recursos de informação e conhecimento, recursos organizativos, políticos e financeiros em função do tempo, prioridades estratégicas e operacionais concretamente estabelecidas no plano de trabalho, detalhado em projetos. (SOTO, 2003). Assim, o planejamento dá origem a um projeto com especificações e diretrizes definidas, onde são atribuídas as necessidades de cada integrante do plano, no espaço-tempo destinado à sua implantação. Para tanto, o plano de trabalho em forma de projetos exige capacitação, metodologia e sistema de gestão. (CAMPOS et al., 2004).

Para os referidos autores, a capacitação é um instrumento de fortalecimento da capacidade técnica-institucional, ao passo que a metodologia refere-se ao esquema operacional do planejamento, delineado a partir do diagnóstico, formulação do plano, decisão, execução, avaliação e revisão. Quanto ao sistema de gestão em uma organização, Soto (2003) ressalta a importância da coordenação a partir de suas funções, destacando a captação e organização de dados e informações; análise; disseminação; comunicação interna e externa; adequação e inserção de tecnologia na otimização de processos; e desenvolvimento das competências institucionais e individuais.

No que concerne ao setor saúde, o sistema de gestão se enquadra dentro de uma distribuição intergovernamental de funções, onde a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais. Isto significa que o governo federal, isto é, o Ministério da Saúde tem autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial. Neste caso, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde. (SOTO, 2003).

A edição de portarias ministeriais tem sido o principal instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde. O conteúdo destas portarias consiste, em grande medida, em condicionar as transferências federais à adesão de Estados e municípios aos objetivos da política federal. O formato de gestão que concentra autoridade no governo federal apresenta vantagens para a coordenação dos objetivos das políticas no território nacional, pois permite reduzir o risco de que os diferentes níveis de governo imponham conflitos entre programas e elevação dos custos da implementação. Além disso, a concentração do financiamento no governo federal permitiria alcançar resultados redistributivos, reduzindo desigualdades horizontais de capacidade de gasto. (SOTO, 2003, p. 200).

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram no que se refere aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. (MENDES, 2002). Pode-se dizer que a descentralização se efetivou, contudo, ainda não foi constituído um sistema integrado de saúde – hierarquizado e regionalizado – que facilite o acesso e permita a continuidade do cuidado garantindo atenção integral. Nesse aspecto, a integração dos serviços de saúde aparece como um processo vinculado às reformas das políticas públicas fundamentadas na APS. (STARFIELD, 2002).

Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde. Segundo a referida autora, a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade

completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Os autores supracitados ressaltam ainda que a reorientação do sistema de saúde, preconizada pelo SUS, faz com que se busque superar os fatores que ocasionam seu baixo desempenho. Normalmente, atribui-se esse desempenho à falta de recursos, sejam humanos ou materiais, à baixa qualificação do seu pessoal, deixando de considerar que a existência de recursos, por si só, não garante a qualidade dos serviços. Nessa perspectiva, Junqueira (1990) destaca a responsabilidade gerencial da coordenação como fator determinante para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, direção e controle. Para o mesmo autor, uma organização resulta de uma combinação de recursos, tecnologia e pessoas que se agrupam para realizar determinadas tarefas, para produzir bens ou serviços, sendo necessário que haja um trabalho para prover as condições indispensáveis à realização de seus objetivos. Esse trabalho para conseguir o desempenho das tarefas e a satisfação humana é definido como gerência.

Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) apontam que gerenciar é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e os rendimentos das partes e avaliar os produtos finais e os resultados. Complementando tal afirmação, Hartz e Contandriopoulos (2004) ressaltam que a tarefa de gerenciar é que possibilitará a organização de saúde, mudar os níveis de atenção e a qualidade de seus serviços. No entanto, a função gerencial não passa apenas pelo planejamento e controle, mas pelo trabalho com os recursos humanos que devem assumir um compromisso com os objetivos da organização. Talvez a escassez de recursos que tem caracterizado as atividades dos serviços públicos de saúde, levando os membros das organizações a improvisarem e a executarem suas tarefas em condições, muitas vezes, desfavoráveis, faça com que as relações interpessoais constituam um dos fatores determinantes da eficácia dos serviços.

Esses autores acrescentam que mudar a prática dos serviços públicos não implica apenas racionalizar através do planejamento da ação e do controle, mas de envolver as pessoas na tarefa, alterando sua prática em função das mudanças que ocorrem no interior e fora da organização, comprometendo seus funcionários com a produção dos serviços de saúde. Desta mesma perspectiva é que a equipe de saúde pode assumir um papel decisivo na mudança de qualidade dos serviços. Portanto, uma das dimensões importantes na gerência é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver seus subordinados nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel, mas assuma um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população.

Nesse contexto, coordenar presume-se estar em harmonia numa ação ou esforço em comum, disponibilizando informações a respeito de problemas e serviços anteriores. Esse processo requer a comunicação contínua entre os níveis de atenção para solucionar qualquer mal-entendido ou para evitar a ausência de informações que poderia interferir com seu melhor manejo. A coordenação requer tanto um meio de transferência de informações quanto o reconhecimento de informações. Essa atenção compartilhada é uma maneira de melhorar o fluxo de informações da equipe de atenção primária para outros especialistas e de volta para aquele, dentro do chamado serviço de referência e contra-referência. (STARFIELD, 2002).

Para a mesma autora, os métodos mais convencionais de transferência de informações envolvem melhorias na continuidade dos profissionais, prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados. Estes se configuram os principais desafios da coordenação, cuja extensão confirma o pressuposto de que o desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços, aumenta a consciência de uma sólida informação de base, bem como a necessidade de tentativas mais sistemáticas de desenvolvê-la.

A coordenação, considerada o quarto componente da atenção, é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa. (STARFIELD, 2002, p. 365).

Assim, quando se coloca que as ações de coordenação requerem a transferência de informações, refere-se à continuidade da atenção ao longo do tempo, que juntamente com a acessibilidade, a variedade de serviços e a população eletiva conformam os elementos chamados estruturais ou de capacidade do serviço de saúde. Por outro lado, afirmar que as ações de coordenação também contemplam o reconhecimento de informações por parte dos profissionais de saúde retrata a importância do papel desses profissionais na determinação das

necessidades de saúde da população, constituindo um dos elementos processuais ou de desempenho dos serviços de saúde. O desempenho de um sistema de serviços de saúde compreende as ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços, envolvendo tanto ações por parte dos profissionais de saúde no sistema, como as ações da população. Portanto, a utilização dos serviços por parte da população e o reconhecimento de problemas por profissionais de serviços de saúde constituem dois elementos-chave nesse processo. (STARFIELD, 2002).

Segundo a mesma autora, a *utilização* refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde, ao passo que o *reconhecimento do problema* é a etapa que precede o processo diagnóstico. É importante ressaltar que essas atividades estão intrinsecamente ligadas a questões estruturais, como, por exemplo, a acessibilidade - localização do serviço; variedade de serviços - pacote de serviços disponíveis à comunidade; população eletiva - população pelo qual assume responsabilidade; e continuidade - atenção oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos.

No tocante ao controle da TB, enfatizamos o esforço nacional em descentralizar suas ações para o âmbito da atenção básica, cuja eficácia atribui-se principalmente ao adequado desempenho e utilização do sistema de serviços de saúde. O combate à TB aponta a necessidade da atuação dos Estados e municípios sob as diretrizes nacionais, enfatizando a dimensão de coordenação, no tocante ao papel gerencial de ordenar esforços das várias partes do sistema, controlar os processos e os rendimentos das partes e avaliar os produtos finais e os resultados para a correção dos desvios que possam ser detectados.

2.3 As ações de controle da tuberculose nos serviços de atenção básica: desafios da coordenação

Importante destacar que durante a última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, sendo que a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no SUS. Entre as características inovadoras do sistema de saúde inclui-se a ênfase em reorganizar os serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção. (BRASIL, 2000b; 2004).

A estratégia de organização da AB baseia-se na descentralização e desconcentração de decisões e ações de saúde, promovendo um aumento do poder decisório e alocação de

recursos aos municípios. (BOSSERT; LARRANAGA; MEIR, 2000). Este processo impôs reorganização das ações de controle da TB nos níveis locais, até então gerenciados e organizados pela esfera nacional e estadual.

Nessa perspectiva, redefine-se a estrutura do Programa de Controle da Tuberculose, atribuindo-se competências a cada nível de governo. Ao federal, através do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde, cabe a formulação da Política Nacional, elaboração de normas, avaliação de ações e apoio aos Estados e municípios com recursos estratégicos. Ao estadual, por meio da Secretaria do Estado da Saúde, cabe o papel de apoiar os municípios nas suas atividades de planejamento, avaliar suas ações, garantir a execução das normas federais e oferecer recursos mais complexos que complementem as ações municipais. Aos municípios cabe o papel do planejamento e execução da maior parte das ações, a avaliação dessas ações nas unidades de saúde da família, capacitação de recursos humanos, entre outras atividades, executadas por meio das Secretarias Municipais de Saúde com seus respectivos setores técnico-administrativos. (BRASIL, 2006).

Em consonância com expansão dos PSF e PACS, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT/2001-2005) introduziu novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando então, com os programas supracitados, sugerindo que esta parceria poderia contribuir para a expansão das ações no controle da TB possibilitando maior adesão terapêutica e evitando o abandono do tratamento. (VILLA et al., 2006a).

Apesar dos PSF e PACS integrarem a idéia da família e da comunidade como base de uma nova relação com o território visando à promoção à saúde e prevenção de doenças, estes programas ainda não conseguiram se fixar enquanto base histórica de um modelo assistencial de caráter promocional e de vigilância da TB, principalmente na busca do sintomático respiratório (SR) e supervisão da ingestão medicamentosa pelas equipes do PSF e PACS. Nesse contexto, o processo de incorporação das ações de controle da TB vem ocorrendo de forma gradual e diversificada na AB: Unidade Básica de Saúde (UBS) e PSF/PACS. Entretanto, algumas ações tendem a permanecer centralizadas em ambulatórios de referência com modelo de organização vertical. (MUNIZ, 2004).

A mesma autora ressalta que a descentralização das ações de controle da tuberculose para os serviços de AB por um lado constituiu avanço significativo, por outro, ainda contém limitações importantes que precisam ser discutidas e revistas. Alguns pontos, neste sentido, merecem ser considerados em relação à descentralização de algumas atividades de controle da TB para os serviços de saúde da AB e a articulação entre os diversos níveis técnico-administrativo-gerenciais do sistema de saúde dos municípios.

Estudo realizado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, em 2005, mostrou que há uma tendência de descentralização das atividades de natureza técnica - entrega de medicamentos, observação da ingestão medicamentosa através do Tratamento Supervisionado e busca de sintomáticos respiratórios para as UBSs. As atividades gerenciais - manejo do sistema de informações, monitoramento da situação da TB a partir do banco de dados EPI-TB, planejamento e execução de treinamentos/capacitações, supervisões das equipes locais de saúde - são realizadas pela coordenação municipal do PCT e se configuram de maneira centralizada. As atividades de diagnóstico/tratamento se conformam como atividades centralizadas e são desenvolvidas, principalmente, nos PCT das Unidades de Referência/Ambulatórios de Especialidades (54,5%) e são realizadas apenas por 27,3% das UBSs. (VILLA et al, 2006b).

Destaca-se, ainda, a forma como se estrutura o sistema de serviços de saúde no Brasil. A continuidade das ações desencadeadas pelas equipes de saúde da atenção básica depende diretamente do modo como se organizam os diferentes pontos de atenção. Estudo realizado por Muniz (2004) identificou lacunas entre os diferentes pontos de atenção, apontando fragmentação do sistema de serviços de saúde. Verificaram-se falhas de comunicação entre os serviços e no fluxo de informações, dificultando a continuidade da atenção iniciada. Uma ação desencadeada no território precisa encontrar respostas no sistema tanto estruturais - insumos, fluxo laboratorial, sistema de informação - como operacionais - coordenação, formação de recursos humanos - para que não comprometa a integralidade da assistência.

Ademais, acresce-se que, prestar serviços de qualidade na AB exige intervenções de maior complexidade, pois envolve um conjunto de conhecimentos interdisciplinares, seja da psicologia, da antropologia, filosofia, sociologia, além de atitudes e habilidades. Em geral, o controle da TB exige a incorporação de ações de baixa densidade tecnológica: descoberta das fontes de infecção de casos na comunidade, diagnóstico pela baciloscopia do escarro, tratamento supervisionado na unidade de saúde ou no domicílio, notificação de casos, investigação e acompanhamento dos contatos, aplicação das medidas de controle - vacinação BCG, PPD/ quimioprofilaxia - e ações educativas na comunidade. (BRASIL, 2002a, 2002b).

Entretanto, na prática, o desenvolvimento destas ações não se restringe a conhecimentos médicos. É preciso lançar mão de outros recursos que levem em conta a subjetividade, os aspectos culturais, emocionais, crenças e valores do indivíduo. Neste sentido, o desempenho em termos de diagnóstico de casos na comunidade e nas diferentes unidades de saúde pode ser resultante de aspectos relacionados ao paciente e/ou ao sistema de serviço de saúde. (VILLA et al., 2006b). Entre os aspectos relacionados ao paciente são

descritos fatores sócio-econômicos e culturais/antropológicos como, por exemplo, o valor que se atribui à vida, à concepção sobre saúde e doença, ao estigma da doença, entre outros fatores que poderão ampliar ou restringir as possibilidades de saúde das pessoas. (VILLA et al., 2006b; CAMPOS, 2007). Entre os aspectos relacionados ao sistema de saúde são descritos fatores como: falta de acesso (ausência de unidade de saúde ou PSF próxima à residência), inadequado acolhimento do paciente, baixa prioridade na procura de sintomático respiratório e de contatos intra-domiciliares mesmo em locais com estratégia DOTS, baixo nível de suspeição diagnóstica de TB e utilização de metodologias diagnósticas com baixa acurácia. (VILLA et al., 2006b).

Para analisar as estratégias de controle da TB no processo de descentralização é necessário articulá-las à organização da rede de saúde. O desafio situa-se no campo da reorganização do SUS, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social. (RUFFINO-NETTO, 2000).

Destaca-se como instrumento norteador do coordenador do PCT, o estabelecimento de providências que promovam redução das lacunas inerentes à fragmentação do sistema de serviços de saúde. Este profissional deve conhecer as diretrizes do PNCT, as competências hierárquicas de gestão - nacional, estadual, regional e municipal - e se apropriar técnico-administrativamente dos elementos relacionados ao corpo que representa. (BRASIL, 2002c).

Importa destacar que o que define o grau de complexidade de uma unidade de saúde do setor público é a disponibilidade de equipamentos e serviços ofertados gratuitamente à clientela. A pactuação do gestor e os recursos existentes na esfera municipal é que definirão a estrutura organizacional do PCT. Aos municípios de menor porte, cabe a execução de ações de controle - busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento, controle dos contatos, ações educativa - inerentes ao que se denomina de Unidades tipo1. (BRASIL, 2002b)

As Unidades tipo 2 caracterizam-se como de média complexidade. Do ponto de vista técnico-operacional, estas unidades dividem-se em assistenciais comuns, que executam as atividades de controle da tuberculose, porém funcionam como unidades de referência para pacientes das Unidades tipo 1. Contam com profissionais com maior capacitação técnica e recursos diagnóstico de maior densidade tecnológica. (BRASIL, 2002a)

As Unidades tipo 3 correspondem aos centros de referência estaduais, qualificadas para o atendimento de casos multiresistentes, realização de diagnóstico diferencial de pneumopatias, desenvolvimento de pesquisas e treinamento. (BRASIL, 2002a)

Portanto, a coordenação é um elemento chave para promover maior funcionalidade das ações de controle da tuberculose, organizadas e ajustadas às especificidades da hierarquização do sistema de saúde. Considerando que este estudo tem como enfoque as ações de coordenação necessárias para o bom desempenho e funcionamento das Unidades tipo 1, faz-se necessário destacar as competências representadas por este componente da atenção. Implica em promover uma ação coordenada que assegure a procura sistemática de sintomáticos respiratórios na comunidade, a realização dos exames diagnósticos, notificação dos casos diagnosticados, disponibilização dos medicamentos para o tratamento dos casos descobertos, implantação e operacionalização do Tratamento Supervisionado (TS), prover a vacinação BCG dos recém-nascidos e promover e incentivar ações educativas na comunidade. Coordenar estas ações implica em garantir a continuidade do cuidado iniciado. (BRASIL, 2002a).

Quanto à identificação do sintomático respiratório, apesar de parecer um simples procedimento, sua realização requer entendê-la como uma ação complexa. Não significa apenas perguntar ao indivíduo se ele vem apresentando tosse. É preciso assegurar que o profissional desencadeie todas as etapas que envolvem o processo, considerando-se os aspectos antropológicos que permeiam esta ação. Implica em uma abordagem com o paciente, a qual traz inserida o conceito de saúde-doença e o preconceito à doença, implica em ensinar a maneira de colher o escarro e porque este material deve ser colhido, explicar o que é a doença, como é tratada e que possui cura. Ainda é preciso assegurar-se de que o material chegará à Unidade de Saúde e que este serviço tenha dentro de sua rotina condições de armazenamento do material colhido e fluxo ao laboratório. (MUNIZ, 2004).

Dessa forma, a busca ativa de sintomáticos respiratórios requer que fundamentalmente seja assumido um conjunto de ações, tanto no âmbito externo à unidade de saúde - abordagem às famílias, identificação do suspeito - como no âmbito interno - insumos, retaguarda laboratorial, referência para Raio-X de tórax - para que seja garantida a longitudinalidade da atenção. (MUNIZ, 2004).

Uma vez confirmado o diagnóstico, se coloca como palco da atenção a abordagem ao paciente e familiares e o estabelecimento de vínculo como garantia de sucesso terapêutico. Esta intervenção requer abastecimento e distribuição regular dos medicamentos, bem como a disponibilização de benefícios - cesta básica, vale-transporte - como incentivos ao tratamento supervisionado. Ademais, acresce-se que todo caso confirmado deve ser notificado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). (VILLA et al., 2006a). Ressalta-se ainda que alguns casos de difícil manejo diagnóstico/terapêutico necessitam ser referenciados às Unidades tipo 2 ou 3, o que vai exigir o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência organizada. (BRASIL, 2002a).

Notadamente, percebe-se que operacionalmente parte da ação relacionada ao processo de trabalho das equipes de saúde está diretamente ancorada em providências estruturais, implicando em organização prévia. O que de fato determinará a continuidade das ações desencadeadas depende diretamente do modo como se organiza e se comunicam os diferentes pontos de atenção. (MENDES, 2002).

Entretanto, é fundamental reconhecer que a condução do trabalho pelas equipes de saúde não se dá exclusivamente em função da estrutura organizacional. As mudanças no setor saúde vêm exigindo mudanças significativas no âmbito da formação, decorrentes da compreensão atual acerca do papel da vivência no processo de aprendizagem e da compreensão ampliada acerca dos saberes e competências necessários ao trabalho em saúde. (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007). A princípio, para atuar na área da tuberculose seria necessário compreender a dimensão individual e coletiva do processo saúde-doença. A dimensão coletiva se volta para o comportamento da doença, incidência e distribuição no território e a dimensão individual implica em conhecer aspectos relacionados aos métodos de intervenção que englobam orientação à família, controle de comunicantes, diagnóstico, imunização com BCG e outros. (MUNIZ, 2004).

No entanto, estas dimensões se voltam apenas para os saberes científicos da clínica e da epidemiologia. Merhy (2002) aponta que a atenção à saúde envolve sempre o encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários e a utilização de diferentes tipos de tecnologias - tecnologias duras: os equipamentos e os medicamentos; tecnologias leve-duras: os saberes científicos da clínica e da epidemiologia; tecnologias leves: as tecnologias relacionais por meio das quais se produz o cuidado (escuta, vínculo, responsabilização, singularização entre outras).

Incorpora-se, portanto, na reflexão pedagógica da área da saúde a necessidade de planejar e organizar o processo de ensino-aprendizagem levando em conta a diversidade dos problemas de saúde, os quais exigem a mobilização de diferentes áreas de saber e de diferentes tecnologias. (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Logo, um importante desafio do processo gerencial é conseguir coordenar adequadamente este conjunto de ações diversificadas, especializadas e fragmentadas, de modo que elas resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade. (MERHY; CECÍLIO, 2003). Assim sendo, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, pois atravessa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias. Certamente, a atenção dispensada aos portadores de tuberculose requer tecnologias específicas e rearranjos tecnológicos para a organização do trabalho.

A este conjunto de reflexões, acresce-se que nas unidades de saúde da atenção básica, o usuário tem maior autonomia - em sua vida, trabalho, alimentação, diversão, cultura - em que se torna ainda mais relevante a capacidade dos profissionais de dialogar com sua compreensão de mundo, de saúde e de doença. Feuerwerker e Cecílio (2007) ressaltam que sem compreender o universo cultural dos usuários, sem dialogar com sua maneira de organizar a vida, muitas vezes são infrutíferas as tentativas de implementar as tecnologias duras e leve-duras na atenção.

Nesse sentido, importa contemplar as representações e as práticas indígenas em matéria de saúde e doença, principalmente no que tange à TB. Num trabalho dedicado aos fundamentos históricos e epidemiológicos da distinção estabelecida pela tribo Desana entre “doenças de índio” e “doenças de branco”, Buchillet (1995 *apud* 2000) mostra que diante das características epidemiológicas da tuberculose, como a endemicidade, a evolução relativamente crônica, a baixa contagiosidade, a possibilidade de recaída e a disseminação lenta nas sociedades humanas, os Desana a consideram como uma doença tradicional, isto é, uma doença que os afeta desde sempre associada à feitiçaria xamânica. Portanto, ela não é considerada contagiosa já que, na concepção Desana, a feitiçaria precisa ser endereçada a uma dada pessoa ou a uma comunidade para surtir efeito. Logicamente, as doenças atribuídas à feitiçaria são intransmissíveis. Obviamente, essa concepção etiológica da tuberculose pode explicar o longo tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a busca dos serviços de saúde, além de questionar a validade dos procedimentos preventivos e terapêuticos preconizados pela medicina ocidental, em particular o isolamento do doente, a quimioprofilaxia dos comunicantes e a padronização dos tratamentos - um tratamento idêntico para todos os doentes com diagnóstico ocidental de tuberculose.

Os Tariana do Rio Negro também distinguem “formas” ou “tipos” de tuberculose: haveria, assim, várias doenças tradicionais que eles associam ao que os brancos chamam de tuberculose, todas atribuídas à feitiçaria e, portanto, não contagiosas, e uma forma de tuberculose pulmonar “branca”, que foi introduzida pelos brancos, da qual eles reconhecem a natureza contagiosa e que se diferencia, basicamente, das outras formas pelo resultado do exame bacteriológico de escarro. Com efeito, enquanto nas formas de tuberculose indígena o resultado é negativa, a baciloscopia é positiva na forma branca da tuberculose. Trata-se de uma concepção interessante quando se considera o número importante de baciloscopias negativas em doentes com diagnóstico de tuberculose pulmonar, bem como a possível confusão da tuberculose com outras doenças pulmonares micóticas suscetíveis de negativar a baciloscopia de escarro. (BUCHILLET, 2000).

Vale ressaltar que certas sociedades não aceitam a possibilidade de contágio entre os familiares em virtude dos laços de consubstancialidade, mas somente entre pessoas estranhas à família biológica. Devido aos requisitos necessários à transmissão da infecção tuberculosa - intensidade dos contatos com uma pessoa contagiosa, casas insalubres, pouco ou mal ventiladas - a transmissão da doença ocorre, principalmente, no ambiente familiar. Dessa forma, a impossibilidade de contágio na família nuclear pode colocar em questão a conduta preventiva preconizada pela medicina ocidental – isolamento e quimioprofilaxia dos comunicantes. Além disso, certas populações percebem o tratamento antituberculoso como sendo demasiado “forte” para o estado de “fraqueza interna” em que se encontra o doente, havendo, portanto, necessidade de ajustá-lo, reduzindo as doses prescritas ou tomando-o de maneira descontínua. (SHIMADA et al 1995 *apud* BUCHILLET, 2000).

Tais concepções, obviamente, têm importantes implicações para os profissionais de saúde no que se refere ao diagnóstico dos doentes, à detecção dos casos infecciosos e ao tratamento. Além de dificultar a adesão dos doentes às recomendações médicas, elas podem constituir um empecilho às atividades de busca ativa dos comunicantes na família de um paciente com diagnóstico ocidental de tuberculose, negando-se os mesmos a conversar sobre seu diagnóstico. Podem explicar, além disso, o comportamento de certos pacientes com sintomatologia respiratória compatível com um diagnóstico de tuberculose que se negam a fazer os exames bacteriológicos, não vão buscar os resultados, não começam o tratamento ou o interrompem. (BUCHILLET, 1997).

Diante dos múltiplos cenários vigentes na prática e que imperam no manejo das ações de controle da tuberculose voltadas às populações indígenas, apresenta-se como desafio da coordenação promover mecanismos gerenciais capazes de ordenar este conjunto de ações diversificadas e fragmentadas, de modo que elas resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade, sem desconsiderar as questões culturais que norteiam o contexto da tuberculose neste grupo específico.

“Pensar a cultura em permanente reelaboração conduz à quebra da dualidade entre mundo dos brancos e mundo dos índios, e as relações de contato e as mudanças culturais vividas pelas populações indígenas deixam de ser vistas simplesmente como aculturação ou dualidade cultural.”
(Regina Almeida)

Capítulo III
**CONSIDERAÇÕES TEÓRICO
METODOLÓGICAS**

3.1 A saúde indígena como abordagem teórica de análise: aspectos históricos e conceituais

Os elementos do objeto de estudo deste trabalho foram analisados considerando a organização do serviço para atender às necessidades de saúde da população indígena. Isso significa que a presente leitura terá como enfoque principal a conformação histórica do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, buscando, sobretudo, o modo como essa organização incorpora as ações de controle da tuberculose, no cotidiano do trabalho das equipes de saúde indígena. Para tanto, faz-se necessário compreender as especificidades culturais, epidemiológicas e prática desses povos, dentro do contexto sócio-histórico no qual estão inseridos.

No imaginário popular do senso comum, a noção sobre ser índio é constituída por um conjunto de imagens e crenças que os associam a natureza, ao fato de terem sido os primeiros habitantes e os verdadeiros donos da terra, aqueles que convivem em harmonia com a natureza, como parte de um passado remoto, que na atualidade está em processo de extinção. (ÍNDIOS, 2006).

O termo índio é fruto de um equívoco histórico dos primeiros colonizadores que, chegando às Américas, julgaram estar na Índia. Apesar do engano, o uso continuado dessa palavra vinculou a mesma como sinônimo de indivíduo, pessoa indígena. Sabe-se que os índios foram os primeiros habitantes das terras americanas, durante a chegada dos primeiros europeus no século XV e XVI. Dentro das semelhanças que unem os índios da América do Norte, Central e do Sul, há quem prefira chamá-los de ameríndios. Nesse sentido, os índios ou ameríndios constituem-se por povos indígenas que vivem não apenas no Brasil, mas em todo o continente americano. (RIBEIRO, 1996). Segundo o ISA (2006), nas terras colonizadas por portugueses, aonde viria a se formar um país chamado Brasil, já havia populações humanas. Logo, não se sabe exatamente de onde vieram os índios; diz-se que são “originários” ou “nativos” porque estavam aqui antes da ocupação européia.

Os colonizadores registram sua visão inicial dos povos do Novo Mundo em numerosos textos, pinturas, gravuras e desenhos. Apesar de refletir o olhar europeu, com muitas simplificações e preconceitos, esses documentos estão entre as principais fontes de informação sobre essas populações:

No início, a visão dos portugueses sobre os índios é de estranheza e encantamento. Conforme o relato de Caminha, eles se espantam com a nudez dos tupiniquins da Bahia, mas ficam fascinados com sua inocência. Os primeiros jesuítas surpreendem-se com o fato de que determinados grupos tupis vivam "em sossego", enquanto outros, que são chamados de tapuias, como os caetés e os carijós, vivam em "guerras

e tropelias". Mas tanto os religiosos como os colonos, ao conhecer mais de perto a vida de alguns povos, com seus rituais de curandeirismo e canibalismo, e ao sentir as primeiras reações ferozes à conquista portuguesa, passam a alimentar uma grande desconfiança ou mesmo rejeição em relação aos nativos. O chefe dos jesuítas, o padre Manuel da Nóbrega, classifica os índios em geral de bárbaros e defende sua dominação para convertê-los e salvá-los. Os colonizadores desejam que eles trabalhem nas plantações. As tentativas iniciais de uma parceria dos conquistadores com os nativos, feitas em torno do escambo do pau-brasil, não perduram. Os interesses econômicos e políticos da colonização impõem a submissão dos nativos de uma forma ou de outra, e a estes só resta reagir, enfrentando os conquistadores até a morte, fugindo em massa para regiões distantes ou aceitando a integração à vida das fazendas e vilas coloniais. (ÍNDIOS NO PERÍODO COLONIAL, 2005).

A primeira referência ao direito do índio à posse da terra e ao respeito de seus costumes foi feita em 1910, com a instituição do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) pelo marechal Cândido Rondon. O SPI é substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 1967. Em 1973, durante o regime militar, cria-se o Estatuto do Índio, que busca a "comunhão nacional" e submete-os às mesmas leis do país. O estatuto considera o índio um indivíduo incapaz, que precisa ser tutelado pelo Estado até se incorporar ao modo de vida do restante da sociedade. (ÍNDIOS NO BRASIL, 2005).

A Constituição de 1988 traz um capítulo sobre os indígenas, reconhecendo seus direitos sobre as terras que tradicionalmente ocupam. Embora não sejam considerados donos das terras, que pertencem à União, os índios têm assegurado seu usufruto. A Constituição também reconhece a diversidade étnica e o respeito à cultura indígena. (ÍNDIOS NO BRASIL, 2005).

No que diz respeito à identidade étnica, as mudanças ocorridas em várias sociedades indígenas, como o fato de falarem português, vestirem roupas iguais às dos outros membros da sociedade nacional com que está em contato, utilizarem modernas tecnologias, entre outros, não fazem com que percam sua identidade étnica e deixem de ser indígenas. Nesse caso, é necessário reconhecer e valorizar a identidade étnica específica de cada uma das sociedades indígenas em particular, compreender suas línguas e suas formas tradicionais de organização social. Isto significa o respeito pelos direitos coletivos especiais de cada um deles e a busca do convívio pacífico, por meio de um intercâmbio cultural, com as diferentes etnias. (ÍNDIOS, 2006).

As nações indígenas têm vários costumes, crenças e organização social, mas a maioria dos grupos compartilha algumas características, como a divisão em pequenos aldeamentos de 30 a 100 pessoas. A vida nas aldeias é regida por um complexo sistema de parentesco que comanda desde as relações homem-mulher até a divisão do trabalho. Cada aldeia geralmente tem seu conjunto de crenças a respeito do universo, pelo qual classifica os seres humanos, os

animais e o sobrenatural. Esses elementos estão relacionados com sua estrutura social e são fundamentais para o estabelecimento das diferenças e das semelhanças entre os diversos grupos indígenas. (ÍNDIOS NO BRASIL, 2005).

No tocante ao quesito linguagem, as línguas faladas pelos índios brasileiros agrupam-se em três troncos lingüísticos, aos quais pertencem diversas famílias. Existem ainda línguas que não pertencem a nenhum desses três troncos por não apresentarem características comuns a eles, mas que já são classificadas como famílias lingüísticas - karib, guaikuru, nhambiquara, pânô, múra, tukâno, katukina, maku, txapakúra e yanoâma, entre outras. Atualmente, há cerca de dez línguas de tribos isoladas que foram identificadas e necessitam de maiores estudos. Com cerca de 40 mil falantes, localizados no Sul e no Sudeste, o guarani - da família lingüística tupi-guarani - é o idioma indígena mais comum no país. Em segundo lugar está o ticuna, língua isolada do Amazonas, e, em terceiro, o macuxi - da família caribe. (ÍNDIOS NO BRASIL, 2005).

Estima-se que existam atualmente no mundo pelo menos 5 mil povos indígenas, totalizando cerca de 350 milhões de pessoas. No Brasil, a população indígena estimada é de 350 mil pessoas, diferenciando-se 210 povos, sendo identificadas mais de 170 línguas, o que revela grande diversidade sócio-cultural. Ressalta-se, ainda, a heterogeneidade quanto à história e situação de contato destes grupos com a sociedade nacional, havendo desde grupos com menos de 10 anos de contato, até grupos com mais de 3 séculos de contato intermitente, principalmente na zona litorânea e do Baixo Amazonas, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o atlântico há 5 séculos passados. (AMARANTE; COSTA, 2000; BRASIL, 2000a).

Os povos indígenas estão presentes em quase todos os estados brasileiros, exceto Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 56 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam 12% do território nacional. Uma parcela desse grupo vive em áreas urbanas, normalmente em periferias. Cerca de 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do país, onde se concentram 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% das terras indígenas, localizadas no Nordeste e Sul do país. (BRASIL, 2000a).

Ainda que numericamente constituam uma parcela de apenas 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representam cerca de 15% da população do Estado; 4% no Amazonas e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em muitas situações a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outras regiões. (BRASIL,

2000a).

A migração indígena para as cidades brasileiras tornou-se cada vez mais freqüente em decorrência, dentre outros fatores, da absorção do indígena nos mercados regionais, de deslocamentos devido a conflitos por terra e da insuficiente infra-estrutura e disponibilidade de serviços essenciais, como saúde e educação nas terras indígenas. (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 2000).

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade, pondo em risco a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes e organização social. No início do Primeiro Império, José Bonifácio de Andrada e Silva pronunciou-se contra as injustiças sofridas pelos índios:

Crê ainda hoje muita parte dos portugueses que o índio só tem figura humana, sem ser capaz de perfectibilidade. Eu sei que é difícil adquirir a sua confiança e amor; porque, como já disse, eles nos odeiam, nos temem e, podendo, nos matam e devoram. E havemos desculpá-los; porque com o pretexto de os fazermos cristãos, lhes temos feito e fazemos muitas injustiças e crueldades. Faz horror refletir na rápida despovoação destes miseráveis depois que chegamos ao Brasil; basta notar, como refere o padre Vieira; que em 1615, em que se conquistou o Maranhão, havia desde a Cidade até o Gurupá mais de quinhentas aldeias de índios, todas numerosas, e algumas delas tanto, que deitavam 4 a 5 mil arcos; mas quando o dito Vieira chegou, em 1652, ao Maranhão, já tudo estava consumido e reduzido a muito poucas aldeotas, de todas as quais não pôde André Vidal de Negreiros juntar oitocentos índios de armas. Calcula o padre Vieira que em trinta anos, pelas guerras, cativeiros e moléstias que lhes trouxeram os portugueses, foram mortos mais de 2 milhões de índios. (ÍNDIOS NO PERÍODO COLONIAL, 2005).

Segundo Amarante e Costa (2000), muitos povos indígenas estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. Tal fato foi consequência de um processo complexo, cujos agentes foram homens e microorganismos resultantes do encontro de sociedades do antigo e novo mundo. Essa informação é pertinente quando equiparamos o quantitativo de 4 milhões de índios existentes em 1500 para os poucos 350 mil que hoje habitam o Brasil.

Em se tratando de saúde, observa-se que os povos indígenas da América, como todas as sociedades humanas, sempre tiveram formas próprias de lidar com os problemas de doença, cura e prevenção. A partir da chegada dos europeus, durante a colonização da América, houve a introdução de agravos à saúde até então desconhecidos, como varíola, sarampo, malária e tuberculose. Particularmente no Brasil, os ciclos extrativistas, o tráfico de escravos, a Política de Integração Nacional, aliadas a falta de demarcação de grande parte do território indígena e ao intenso intercâmbio de pessoas entre as cidades e as aldeias, incubem-se, ainda hoje, de disseminar esses agravos entre os índios. (AMARANTE; COSTA, 2000).

A precariedade das condições de vida de muitas tribos, o contato com o homem branco e a falta de ações de saúde dirigidas aos índios de forma efetiva contribuem para a disseminação de doenças, do consumo de álcool e aumento do índice de suicídio. Doenças respiratórias, infecciosas, verminose, malária, desidratação, leishmaniose, desnutrição e tuberculose são os males que mais atingem essas populações, e as doenças sexualmente transmissíveis estão entre as que mais crescem: em 2002, o Ministério da Saúde identificou 1,5 mil casos em tribos indígenas. O consumo de álcool, que muitas vezes é oferecido em troca da exploração ilegal de produtos das reservas indígenas, como madeira, é um dos mais graves problemas a serem enfrentados. (EPIDEMIA ENTRE OS ÍNDIOS, 2005).

Desde o início da colonização portuguesa os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e aumentaram os índices de mortalidade por doenças transmissíveis nessa população. Logo, em 1910, criou-se o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais, Órgão inserido no Ministério da Agricultura destinado a proteger os índios e promover o seu enquadramento e o de suas terras no sistema produtivo nacional. (BRASIL, 2000a).

Mesmo após a criação da SPI, a assistência à saúde dos povos indígenas continuou desorganizada e esporádica. Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no âmbito do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover ações básicas de saúde essencialmente voltadas para a vacinação, controle da tuberculose e outras doenças transmissíveis, atendimento odontológico, entre outros, para a população indígena e rural em áreas de difícil acesso. (SILVA, 2006).

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a FUNAI. Esse órgão, vinculado ao Ministério da Justiça, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), baseando-se no modelo de atenção do SUSA, realizando atendimentos esporádicos às comunidades indígenas, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local. Aos poucos, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais e sua presença nas aldeias tornou-se cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. (BRASIL, 2000a).

A FUNAI é o órgão do governo brasileiro que estabelece e executa a Política Indigenista no Brasil em consonância com a determinação da Constituição de 1988. Nesses termos, compete a FUNAI promover educação básica aos índios, demarcar, assegurar e proteger as terras por eles tradicionalmente ocupadas, estimular o desenvolvimento de

estudos e levantamentos sobre os grupos indígenas. A Fundação tem, ainda, a responsabilidade de defender as comunidades indígenas, de despertar o interesse da sociedade nacional pelos índios e suas causas, gerir o seu patrimônio e fiscalizar as suas terras, impedindo as ações predatórias de garimpeiros, posseiros, madeireiros e quaisquer outras que ocorram dentro de seus limites e que representem um risco à vida e à preservação desses povos. (SILVA, 2006).

Na década de 80, a FUNAI sofreu influências políticas e administrativas externas que, somadas ao processo de estrangulamento financeiro progressivo, resultou no desmonte de suas atividades, juntamente com o modelo assistencial das EVS. Neste cenário, surgiram dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto às comunidades culturalmente diferenciadas. (BRASIL, 2003b).

Frente a esses desafios, reconheceu-se a necessidade de um sistema de saúde voltado exclusivamente para a população indígena. Assim, formulou-se uma Política Nacional de Saúde para os povos indígenas, transferindo a responsabilidade da assistência à saúde indígena da FUNAI para a FUNASA, tendo entre as diretrizes a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (BRASIL, 2003b).

O processo de formulação de uma política nacional de saúde para os povos indígenas contou com diversas discussões nacionais e regionais e resultou em um plano de organização de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (FIGURA 1) para atendimento de toda a população indígena brasileira. Os DSEIs caracterizaram-se como unidades organizacionais de responsabilidade da FUNASA, estabelecidas a partir de uma população e território definidos por critérios socioculturais, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços, contando com uma rede de assistência própria nas terras indígenas, capacitada para as ações de atenção básica à saúde e articulada com a rede regional para procedimentos de média e alta complexidade. (FUNASA, 2006).

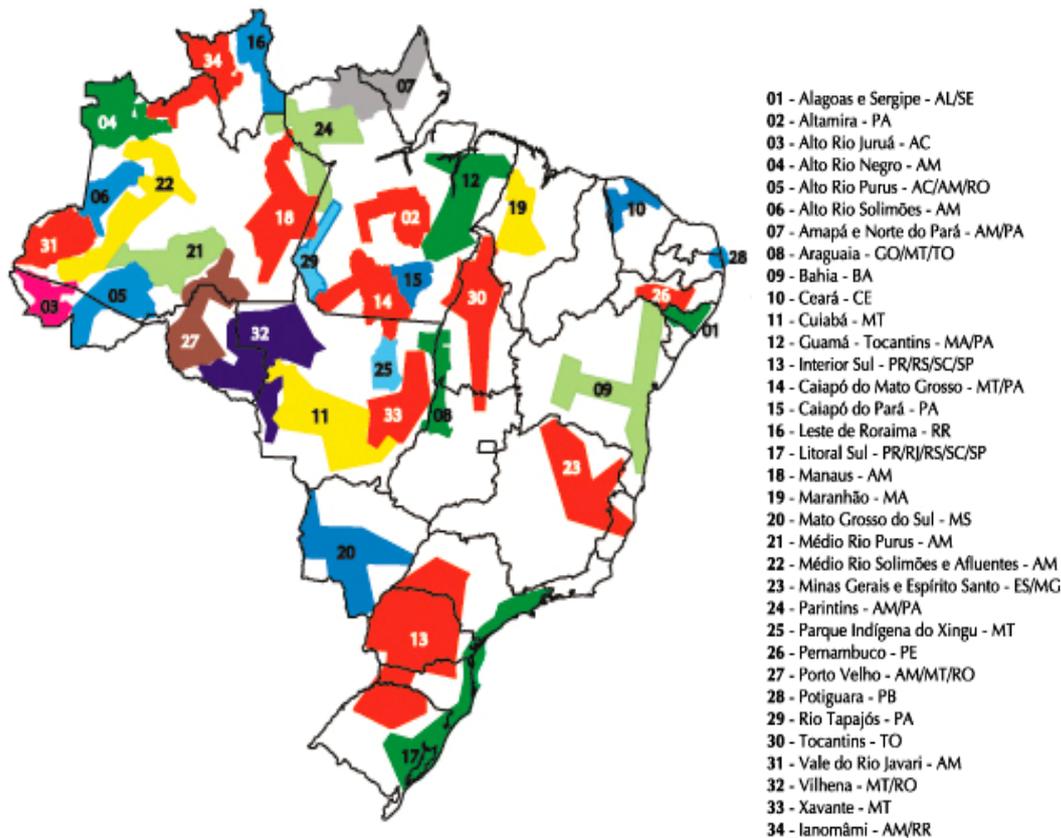


FIGURA 1: Mapa de localização dos DSEIs no Brasil
 FONTE: BRASIL, 2003a.

A rede de serviços tem como base de organização serviços de saúde nas aldeias. Cada aldeia/comunidade conta com a atuação do Agente Indígena de Saúde, cujas atividades estão vinculadas a um posto de saúde. Seguindo o fluxo de organização dos serviços de saúde, essas comunidades contarão com outras instâncias de atendimento que são os Pólos-Base. Esses se constituem na primeira referência para os AIS que atuam nas aldeias. Cada Pólo-Base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e supervisão dos AIS. Os Pólos-Base estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde, com atuação de equipe multidisciplinar. (FUNASA, 2006).

Além das unidades de referência do SUS, existem ainda as Casas de Saúde do Índio, localizadas em municípios de referência. Trata-se de locais de recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da aldeia/Pólo-Base (FIGURAS 2 e 3), tendo como função agendar os serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamento especializado, em articulação contínua com o DSEI. (FUNASA, 2006).

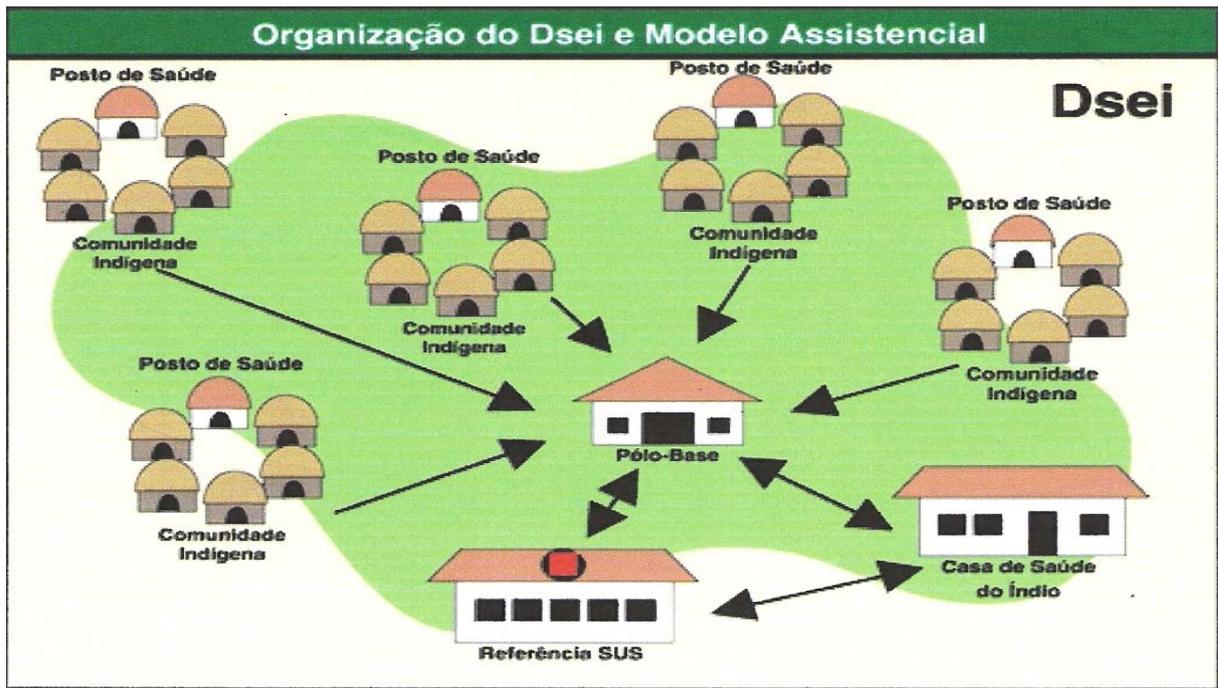


FIGURA 2: Estrutura organizacional do DSEI e do modelo assistencial
 FONTE: FUNASA, 2006.

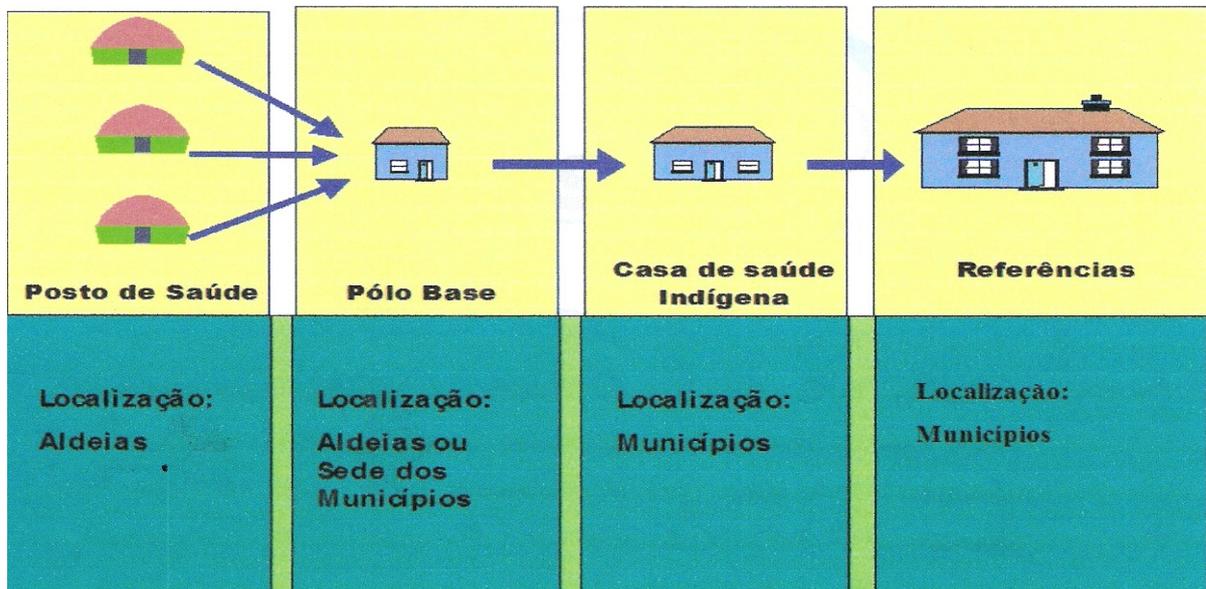


FIGURA 3: Fluxo dos serviços de saúde prestados no DSEI
 FONTE: FUNASA, 2006.

Associadas aos investimentos no setor de saneamento, as ações pela saúde indígena reduziram em 60% as mortes causadas por doenças evitáveis com vacina entre 2000 e 2001. De acordo com dados do Departamento de Saúde Indígena relativos ao período 2000/2002, a taxa de mortalidade infantil caiu de 94 para 56 mortos por mil nascidos vivos; a incidência de tuberculose baixou de 164 para 106 casos em cada 100 mil habitantes; os casos de malária baixaram de 26.838 para 11.226. (EPIDEMIA ENTRE OS ÍNDIOS, 2005).

Frente a estas questões e considerando o desafio de implementar políticas públicas voltadas para o controle das doenças infecciosas e parasitárias nas comunidades indígenas, o Ministério da Saúde considera que a assistência e promoção da saúde nessas comunidades apresenta impacto significativo nas condições de saúde e qualidade de vida dessa população, estabelecendo programas que dêem conta desses aspectos, a partir de reformulações na estrutura organizacional do sistema de saúde. (SILVA; GONÇALVES; LOPES NETO, 2003).

Para a efetiva implementação e consolidação das ações de saúde nas comunidades indígenas, deve-se priorizar a promoção de ações específicas em situações especiais, como aquelas relacionadas à exposição de agravos como DSTs, AIDS, tuberculose, alcoolismo, entre outros. (BRASIL, 2000a).

No que tange à tuberculose, as atribuições dos profissionais de saúde envolvidos com as atividades de controle desta endemia, no âmbito da atenção básica, configuram-se como instrumentos por meio dos quais pode-se ampliar a compreensão do envolvimento dos profissionais de saúde com a temática em estudo. Mesmo considerando que cada profissional tem suas atribuições dentro de um campo específico de atuação, algumas ações são de competência interdisciplinar como, por exemplo, aquelas envolvidas com o controle da tuberculose, preconizadas pelo PNCT, para constituir uma integrada rede de oferta de serviços. (BRASIL, 2002c).

Logo, atividades como identificação de sintomáticos respiratórios, realização de exames para diagnóstico laboratorial, acompanhamento dos pacientes e seus contactantes, orientação à família e à comunidade, viabilização dos serviços de referência e contra-referência, quando necessário, e ações de Vigilância Epidemiológica devem constituir-se como prática de rotina dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, nos serviços básicos ofertados à comunidade indígena. (BRASIL, 2003b).

Nesse enfoque, faz-se necessário ampliar os horizontes das práticas profissionais das equipes de saúde indígena aplicando os pressupostos teóricos da coordenação, na perspectiva da APS, para que a política de saúde indígena, que se anuncia no plano das intenções, tenha correspondência no trabalho que envolve a responsabilidade gerencial da coordenação.

3.2 Percurso metodológico

Este é um estudo de abordagem qualitativa que buscou analisar a dinâmica da coordenação que organiza e orienta as ações de controle da tuberculose das equipes de saúde

indígena Potiguara. Para Minayo (1999, p. 23) este tipo de estudo é apropriado para as questões que indagam sobre uma realidade específica, “que tem carga histórica e reflete posições frente à realidade, momento do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações de classes e de grupos determinados”.

No caso específico desta investigação, o enfoque qualitativo é adequado ao interesse de compreender aspectos relativos à política de saúde dirigida a um grupo etno, os índios. Segundo Oliveira (2005), o enfoque qualitativo permite oferecer contribuições no processo das mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

A busca pela compreensão do modo como estão organizados os serviços de controle da TB na esfera local tem suporte nas idéias de dinâmica social apontadas por Westphal (1996) que defende a apreensão da realidade por meio de atitudes e motivações expressas nas interações grupais.

Para atingir os objetivos deste estudo e aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno, buscou-se por meio dos depoimentos dos profissionais das equipes de saúde indígena, compreender a organização do serviço de TB no DSEI Potiguara, a partir de vivências expressas pelos sujeitos membros das equipes no grupo de discussão. Nesse sentido, a natureza qualitativa do estudo torna-se pertinente porque privilegia os significados que traduzem as visões de mundo que os sujeitos sociais introjetam sobre determinados aspectos da realidade.

Os discursos que manifestavam as representações ideológicas dos sujeitos sociais envolvidos na pesquisa - médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e AIS - foram analisados tendo em vista suas posições sobre elementos relacionados com a coordenação frente às necessidades da população indígena. Além disso, a rotina utilizada no exercício das práticas de saúde voltadas para a TB também foi analisada, uma vez que faz parte do processo de produção e reprodução da prática profissional.

3.2.1 O cenário do estudo

O cenário para o desenvolvimento deste estudo foi o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara, situado em três áreas contíguas dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, na Paraíba. Esses municípios englobam a população indígena oficialmente reconhecida nesse Estado, onde um total de 26 aldeias se distribuem nas terras indígenas (TI) Potiguara, Jacaré de São Domingos e Monte-Mór. Ressalta-se que a primeira

Brasil, lançando luz a um novo enfoque dentro da área de estudos em TB: a temática indígena.

Em relação aos 223 municípios do Estado, Rio Tinto ocupa a 84ª posição, com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,603, considerado de médio desenvolvimento humano. (RIBEIRO, NÓBREGA, 2005).

Quanto ao Sistema Municipal de Saúde, Rio Tinto é habilitado como Módulo Assistencial de Saúde, integrado à Micro e Macrorregião de saúde de João Pessoa, assumindo compromisso de prestar atendimento, nos procedimentos pactuados entre os gestores de sua área, tanto à população residente como à referenciada, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado. O Módulo assistencial tem dois municípios referenciados: Baía da Traição e Marcação, atendendo a uma população de 35.526 habitantes. (SES, 2007).

A rede de serviços deste município é composta por nove unidades básicas de saúde e um hospital geral - todos de natureza público municipal - uma casa de saúde e maternidade com 120 leitos, de natureza privada com fins lucrativos, três serviços de apoio diagnóstico e terapia e cinco laboratórios de patologia clínica. (RIBEIRO, NÓBREGA, 2005).

No âmbito da atenção básica, desde 2005, os serviços de saúde desenvolvem as ações de controle da tuberculose. Neste período foram capacitados recursos humanos sob iniciativa da Secretaria do Estado de Saúde. Desde então, descentralizou-se as ações de controle de TB principalmente no que se refere ao acesso diagnóstico. (RIBEIRO; NÓBREGA, 2005).

O município de Marcação, por sua vez, localiza-se a 62 Km de João Pessoa, entre os municípios de Rio Tinto e Baía da Traição, contando com uma extensão territorial de 123 Km² e uma população de 6.799 habitantes, sendo 4.797 deles indígenas. (IBGE, 2006; PALITOT, 2005). A emancipação de Marcação como município da Paraíba ocorreu há dez anos. Anteriormente ao processo emancipatório, Marcação era distrito do município de Rio Tinto. Atualmente apresenta IDH de 0,526, considerado de médio desenvolvimento humano. (SES, 2007).

Marcação é considerado um município satélite, onde o sistema de saúde local é habilitado para procedimentos de baixo porte, contando com os municípios de Rio Tinto e Mamanguape como referências para procedimentos de maior densidade tecnológica. Atualmente, conta com seis estabelecimentos públicos municipais com atendimento ambulatorial e médico em especialidade básica, sem internação. O presente município não conta com a implantação do PCT, onde a maior parte das ações de diagnóstico e tratamento da TB ficam a cargo dos Módulos de Saúde mais próximos e do serviço de referência estadual. (IBGE, 2006).

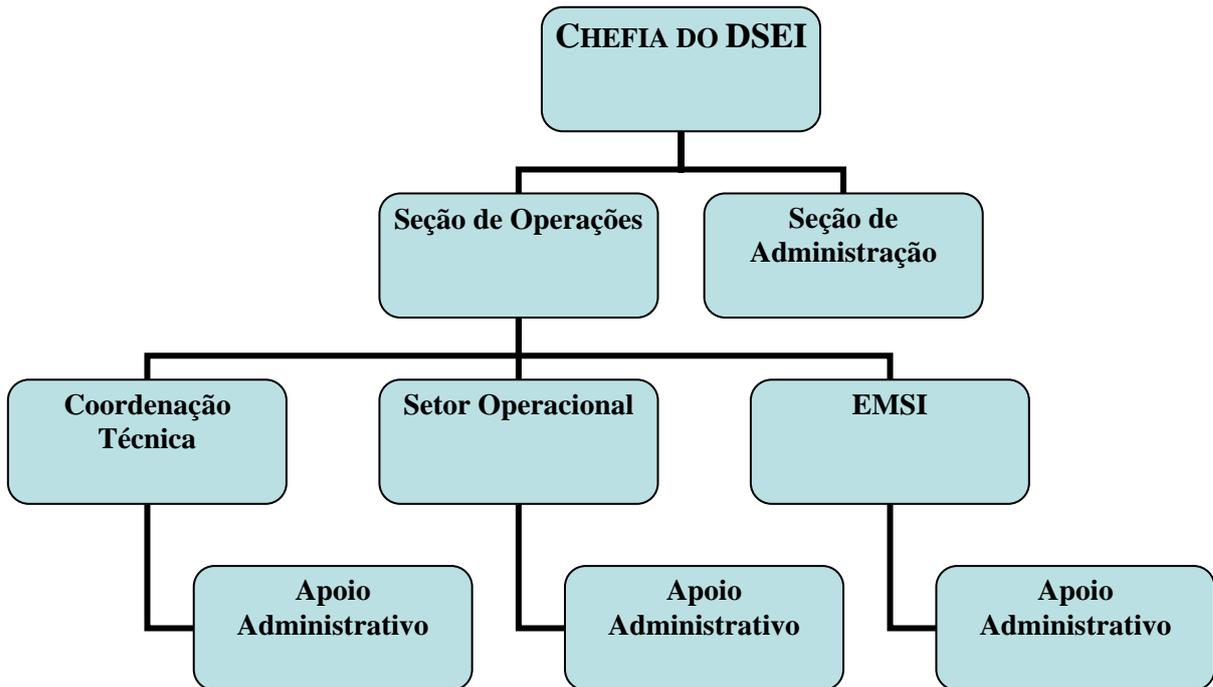
A Baía da Traição é o município que tem a história assinalada indelévelmente pela presença indígena. Esse campo de ação indigenista foi marcado pela instalação do Serviço de Proteção Indígena (SPI), depois sucedido pela FUNAI. (PALITOT, 2005). Este município encontra-se a 77 Km da capital paraibana, constituindo uma das mais belas regiões litorâneas da Paraíba. Sua extensão territorial é de 102 Km² e sua população gira em torno de 7.314 habitantes, sendo que 5.412 deles da etnia indígena. Este município é considerado de médio desenvolvimento humano em consonância com o IDH de 0,594. (IBGE, 2006).

No tocante à saúde, esse município caracteriza-se como satélite dentro do PDR do Estado, sendo habilitado para serviços básicos, com a ressalva daqueles preconizados pelo DOTS, devido a não implantação deste programa no município e conseqüente centralização das ações de controle nos serviços de referência dos municípios módulos mais próximos, bem como na referência estadual. Segundo dados do IBGE (2006), o município conta com três estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial e médico em especialidade básica, sendo que dois deles é de ordem municipal e um deles de ordem federal, cuja atuação se deve a FUNASA.

Dadas as peculiaridades do sistema de saúde de cada município, observa-se a importância da articulação entre os serviços, principalmente no que se refere às parcerias firmadas com a FUNASA, para a superação de obstáculos e busca de uma melhor efetividade na assistência prestada à população Potiguara. Para tanto, a rede de serviços de atenção básica dentro da área indígena local é prerrogativa do DSEI Potiguara, cuja estruturação será apreciada a seguir.

3.2.1.2 Estrutura Organizacional do DSEI Potiguara

O DSEI Potiguara é um dos 34 DSEIS distribuídos pelo Brasil, constituindo o chamado DSEI 28 (BRASIL, 2003a). Nessa perspectiva, Palitot (2005) ressalta que o DSEI 28 compõe o organograma da Coordenação da FUNASA na Paraíba, apresentando dois níveis hierárquicos básicos: o nível de gestão representado pela chefia do DSEI e o nível de gerência média composto pelas seções de administração e operações representadas pelas equipes técnicas e de apoio administrativo. (ORGANOGRAMA 1)



ORGANOGRAMA 1: Estrutura organizacional do DSEI Potiguara.
Fonte: PALITOT, 2005.

Dentro das funções típicas de cada instância cabe ressaltar que a chefia do DSEI volta-se para o gerenciamento e coordenação geral. Por outro lado, a seção de operações trata da supervisão técnico-operacional, onde a coordenação técnica responsabiliza-se pelo acompanhamento e controle da execução do Plano Distrital e o setor operacional coordena os serviços de referência, contra-referência e assistência aos usuários. Ademais, é de responsabilidade das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) a assistência direta nos pólos-base e nas aldeias, enquanto se atribui ao apoio administrativo a questão de transporte, apoio logístico e administrativo. Por fim, a seção de administração responsabiliza-se pelo gerenciamento administrativo. (PALITOT, 2005).

A sede do DSEI Potiguara encontra-se localizada em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba e dista das terras indígenas cerca de 90 quilômetros. Na organização dos serviços de saúde, o DSEI Potiguara conta com outras instâncias de atendimento que são os Pólos-base que constituem a primeira referência para os AIS. Particularmente, o DSEI Potiguara possui três Pólos-base que se responsabilizam pela administração local dos serviços de saúde, sendo um em cada município citado anteriormente. (FUNASA, 2006).

O Pólo-base de Rio Tinto situa-se na aldeia Monte-Mór, atendendo um total de três aldeias. Quanto ao Pólo-base de Marcação, este situa-se na sede do município e atende a onze aldeias do mesmo. Para tanto, na aldeia do Forte, município de Baía da Traição, localiza-se o

terceiro Pólo-base, responsável pelas doze aldeias deste município. Os Pólos-base vinculam-se administrativamente ao setor técnico e são dirigidos pelo coordenador da EMSI. Esta equipe tem apoio no Pólo-base e desenvolve ações previstas no Plano Distrital para o atendimento à assistência básica. (PALITOT, 2005).

Para isso, o DSEI também conta com nove postos de saúde, sendo um na aldeia Silva de Belém, em Rio Tinto, cinco no município de Marcação, distribuídos nas aldeias Jacaré de São Domingos, Tramataia, Camurupim, Estiva Velha e Caieira e três nas aldeias de Laranjeiras, Tracoeira e Cumaru na Baía da Traição, além de um laboratório neste mesmo município para a realização de exames clínicos, incluindo a baciloscopia. (FUNASA, 2006).

A assistência básica desenvolvida através dos diversos programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde e exigidos no Plano Distrital depara-se com obstáculos que têm impedido o alcance do nível de resolutividade na primeira referência. Entre eles, Palitot (2005) menciona o baixo grau de desenvolvimento das relações interinstitucionais entre a FUNASA, os municípios, o SUS, os índios e os demais envolvidos com a questão da saúde indígena.

No caso das referências para tratamento de maior complexidade tecnológica, o DSEI dispõe de transporte próprio e de uma cota mensal de 800 passagens terrestres para a locomoção dos pacientes indígenas para João Pessoa. Além disso, ambulâncias de plantão nos Pólo-base realizam os atendimentos de urgência e emergência. (PALITOT, 2005).

Quanto à rede de serviços básicos de saúde na área indígena Potiguara, o referido autor destaca que a mesma é articulada com o SUS e com os municípios locais, reunindo três equipes multidisciplinares de saúde, atuando a partir dos três Pólos-base. Essas equipes são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de consultório dentário, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e farmacêutico, assessorado por agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, dispondo de infra-estrutura de transporte, fornecimento de medicamentos, equipamentos e outros insumos. Dessa forma, o DSEI se responsabiliza pela execução de várias ações de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde, incluindo o controle da TB.

3.2.2 População Indígena Potiguara

Na historiografia oficial do Brasil, os índios são apresentados como os que atrapalham os interesses dos brancos. Exemplo dessa visão encontramos no caso dos índios Potiguara, que se aliaram a franceses e holandeses contra os portugueses no início da colonização. Em

razão desse episódio, segundo elementos extraídos da oralidade desses índios, a região - onde ora se concentram o maior número de aldeias - foi denominada de *Baía da Traição*, hoje município do litoral norte paraibano. A Baía da Traição é referida como o coração do território Potiguara na Paraíba, sendo conhecido, também, pelo nome indígena de Acajutibiró, ou “terra do caju azedo”. (SANTOS, COSTA, 2007).

Povo guerreiro, da terra de Acajutibiró, os Potiguara constituem um grande exemplo de luta entre os povos indígenas no Nordeste brasileiro. Sua história de contato com a sociedade não indígena remonta ao início da colonização. Hoje, procuram manter o vigor de sua identidade étnica por meio do reaprendizado da língua Tupi- guarani, do complexo ritual do Toré, da circulação de dádivas nas festas de São Miguel e de Nossa Senhora dos Prazeres e na produção cultural dentro da prática do turismo étnico. O grupo se autodenomina Potiguara, remetendo ao significado de comedores de camarão e índios de Acajutibiró e de São Miguel. (ISA, 2007).

Os Potiguara são referidos no litoral da Paraíba desde 1501, ocupando um território que se estendia pela costa nordestina entre as atuais cidades de João Pessoa - capital da Paraíba - e Fortaleza, no Ceará. Na Paraíba, ocupavam o litoral norte, principalmente no vale do rio Mamanguape, da Baía de Traição até a serra da Cupaoba - atual Serra da Raiz, onde possuíam, de acordo com os cronistas portugueses, 50 aldeias. (PALITOT, 2005).

O povo Potiguara, como todos os povos indígenas brasileiros, em particular os do Nordeste viveu, ao longo desses cinco séculos de colonização, sob a égide do genocídio, do massacre cultural, da perda de identidade, expressa na perda da própria língua, dos rituais e costumes. Pode-se afirmar que os Potiguara vivem hoje dentro dos padrões culturais da sociedade não indígena e em situação de pobreza extrema. Resistem ao processo de aculturação através da dança do Toré e de manifestações míticas realizadas na região das furnas. (LINS, VASCONCELOS, 2004).

Atualmente, o grupo indígena Potiguara é o único oficialmente reconhecido no Estado da Paraíba, com uma população estimada em 13.547 pessoas, sendo uma das mais numerosas no Brasil e no Nordeste etnográfico. Essa população encontra-se distribuída em 26 aldeias e nas áreas urbanas dos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto. (OS POTIGUARAS, 2006).

As aldeias da Baía da Traição compreendem um total de 12 povoados: São Francisco, Cumaru, Lagoa do Mato, Galego, São Miguel, Santa Rita, Laranjeira, Tracoeira, Acajutibiró, Bento, Silva e forte. O município de Marcação, por sua vez, reúne 11 aldeias: Caieira, Lagoa Grande, Jacaré de César, Jacaré de São Domingos, Grupiúna, Estiva Velha, Tramataia,

Camurupim, Brejinho, Nova Brasília e Três Rios. Por outro lado, o município de Rio Tinto conta apenas com 3 aldeias: Monte-Mór, Jaraguá e Silva de Belém. Essas aldeias apresentam denominações, quase sempre pejorativas, correspondentes à auto-denominações atribuídas aleatoriamente pelos primeiros indivíduos moradores de tais povoados. (SANTOS, COSTA, 2007).

As aldeias são povoados que possuem um líder ou representante, geralmente o cacique, não importando necessariamente a quantidade das pessoas que habitem esses povoados. Algumas delas não possuem representação oficialmente reconhecida, sendo representados pelo líder da aldeia mais próxima. (ISA, 2006). O cacique ou representante tem a função de mediar as relações da comunidade com os órgãos oficiais - FUNAI, FUNASA, PREFEITURA - e comerciais - Usinas, criadores de camarão - além de resolver pequenos problemas da localidade. Além do representante local, existe um cacique-geral, que representa o grupo como um todo, principalmente perante os órgãos oficiais e a Justiça. (SILVA, 2006). Atualmente os caciques são eleitos e reeleitos, no caso de conseguirem representar a sua aldeia como esperam seus habitantes. Os caciques são líderes formais de cada aldeia, mas não são os únicos que têm liderança, pois há outras pessoas que tem mais idade que são respeitados como tal entre os Potiguaras. (STORNNI, 200_). Em 2002, a escolha do índio Caboquinho como cacique geral, uma liderança ligada a Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME) e ao Conselho de Articulação dos Povos Indígenas no Brasil (CAPOIB), resultou na articulação de lideranças ligadas estreitamente às associações comunitárias e algumas delas ao movimento indígena regional. (ISA, 2007).

No que concerne ao modo de vida dos Potiguaras, as atividades econômicas desenvolvidas por eles estão relacionadas à pesca marítima e nos mangues; à agricultura de subsistência como milho, feijão, mandioca, frutas; à criação de animais em pequena escala - galinhas, cabras, bovinos; à criação de camarões em viveiros; o plantio comercial de cana-de-açúcar, em terras arrendadas pelas usinas; o funcionalismo público com destaque para as prefeituras e as aposentadorias dos idosos. (ISA, 2006). Durante muitas décadas, a Companhia de Tecidos Rio Tinto (CTRRT) centralizou a economia da região que contava com inúmeros trabalhadores índios e não-índios em suas fábricas. Nos últimos anos, após a falência da CTRRT, a economia da região tem se baseado na exploração de cana-de-açúcar, no turismo e na criação de camarões. (OS POTIGUARAS, 2006).

No que tange ao turismo étnico, por volta da década de 80, o Governo do Estado da Paraíba lançou um programa de desenvolvimento tendo como campo de ação as regiões

litorâneas que possuem um alto potencial para a prática do turismo. O complexo turístico implantado pela Empresa Paraibana de Turismo (PBTUR) incorporou a cidade de Baía da Traição-PB como um dos lugares para estação de veraneio. Isto se deveu ao fato de a cidade se localizar à beira-mar e possuir muitas riquezas naturais, além de estar situada entre as cidades de João Pessoa-PB e Natal-RN, na BR 101. Em 1995, a consolidação da região como lugar turístico se deu com o asfaltamento do trecho da PB-041 - 24 km - ligando Rio Tinto à Baía da Traição. De um lado, as riquezas naturais contribuíram para o marketing. Do outro, a existência de “uma única reserva indígena” constitui um outro atrativo para região, despertando a curiosidade de turistas para os “sobreviventes” e descendentes dos primeiros habitantes do Brasil. (ISA, 2007).

Vale ressaltar que por meio do turismo étnico os Potiguara passaram a ter interesse em produzir artesanato para venda, quando há 20 anos a produção de artesanato era estritamente para o uso cotidiano. Na memória do grupo eram fabricados para este fim objetos de cerâmica - panela, torradeira, tigela e pote; trançados para uso doméstico - janelas e portas, para caça e pesca, para o processamento da mandioca - urupema - e como meio de transporte e carga - cangalha, samburá para voador, esteira, caçua, canoa e remo; objetos sonoros - flauta, maracá, tambor de pele - e utensílios de madeira - pilão, cuia, colher de pau, escumadeira - além da fabricação de cestas para o acondicionamento de alimentos e para guardar objetos - roupeiros, vassouras, potes para plantas e jarros. Percebe-se também que já neste período acontecia a fabricação de colares, pulseiras, anéis, arcos e flechas. (SILVA, 1993).

Em relação às crenças, a fé dos Potiguaras é disputada por diversas igrejas: Católica, Batista, Assembléia de Deus, entre outros. Dentre elas, o catolicismo é a mais antiga entre os Potiguara, representadas pelas igrejas de NS^a dos Prazeres e São Miguel, com seus oragos e festas anuais. As chamadas igrejas evangélicas também se fazem presentes nas aldeias, dispondo de templos para realização de cultos, prestigiados em massa pelos indígenas. Existem ainda inúmeros rezadores e rezadeiras que curam males físicos e espirituais, remetendo à figura do pajé. Ressalta-se que o Brasil tem apenas cinco pajés do sexo feminino, entre elas a pajé desta etnia. (OS POTIGUARAS, 2006).

O contato com espíritos antepassados durante o ritual do Toré é representado como algo real, já que, para eles, os antepassados estão arraigados nas matas e furnas da região, como mecanismo de proteção para esses povos. Ressalta-se que o ritual do Toré atua entre os índios dessa região como importante contraparte simbólica legitimadora da identidade étnica desse grupo. (STORNI, 200_; OS POTIGUARAS, 2006). Como na maioria dos grupos indígenas localizados no Nordeste, o Toré é uma importante prática ritual, capaz de balizar as

diferenças internas, projetando os grupos nas situações de contato. No caso dos Potiguara, o Toré é geralmente realizado nas comemorações do Dia do Índio - 19 de abril - sendo pensado como um “ritual sagrado” que celebra a amizade entre as distintas aldeias, realçando o sentimento de grupo e de nação. É uma dança que está na própria percepção e representação da tradição coletiva, sendo, portanto, um elemento essencial para eles se pensarem enquanto possuidores de um passado histórico comum. (SILVA, 1993).

Quanto a linguagem original, o tupi-guarani foi extinto em resposta às transformações decorrentes do contato interétnico, dando lugar ao português. No entanto, há cerca de cinco anos, um professor especialista em Tupi antigo realizou um curso de Tupi para alguns líderes indígenas, que se tornaram multiplicadores do ensino desse idioma até hoje entre os Potiguara. Assim, o uso do idioma Tupi, que estava extinto entre os membros desse grupo, foi rapidamente incorporado para ser utilizado como traço visível, mesmo que seja com algumas palavras, revelando a identidade étnica através do resgate do idioma esquecido pelo grupo. (STORNI, 200_).

Como já foi dito, o campo de ação indigenista Potiguara é vasto, à luz da extensa área de ocupação territorial, alcançando mais de 30.000 hectares, distribuídos em 3 municípios com mais de 35.000 habitantes entre índios e não-índios. (ISA, 2006). Isso comprova o quanto a vida dos índios na Paraíba é não-elementar, partindo do pressuposto da pluralidade de atores, agências e fluxos econômicos, culturais e sociais presentes no seu cotidiano. As rotas turísticas que saem da Capital e de outros municípios com direção às aldeias para comprar artesanato e pelas várias agências de contato que estão presentes na área como a FUNAI, FUNASA, IBAMA, PREFEITURA, UNIVERSIDADES, ESCOLAS, IGREJAS, todas atraídas pelos índios, pela riqueza do meio ambiente ou pela história da região.

Consoante ao exposto, a ampliação dos contatos com outros agentes sociais contribuíram para a formação de novos papéis sociais ocupados pelos Potiguara que passaram a assumir cargos e postos administrativos, como professores, chefes de posto, agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, vereadores, secretários e prefeitos. É válido acrescentar que a primeira prefeita índia do Brasil foi a da Baía da Traição, Nanci Cassiano Soares, eleita em 1992. A consolidação política dos Potiguara que vivem nos municípios de Baía da Traição, Rio Tinto e Marcação, no Litoral Norte da Paraíba, é uma resposta aos não índios da região que vem sendo elaborada desde 1956. Na época, o Cacique Geral, Daniel Santana, já falecido, se tornou o primeiro vice-prefeito índio do Nordeste e depois passou a influenciar novas lideranças para que se integrassem ao universo político-partidário dos “brancos”. Nas eleições de 2004 os indígenas de Baía da Traição elegeram cinco vereadores e o vice-prefeito; os de

Marcação, cinco vereadores, prefeito e vice. (FUNAI, 2007).

Tendo em vista a complexidade das relações no campo indigenista Potiguara consideramos que ser Potiguara nos dias de hoje é um processo que envolve a construção do seu lugar no quadro de interações marcado pela presença inevitável de muitos atores e pelo desejo de garantir melhores condições de vida e, até mesmo, de consumo, sem abrir mão de sua autonomia de decisão política e econômica.

3.2.3 Universo empírico do estudo

A investigação sobre a coordenação que organiza o serviço de saúde para o controle da TB requer a adoção de uma metodologia que considere as aspirações, crenças e significados das ações e das relações humanas entre os indivíduos inseridos no contexto social de estudo. Para tanto, elegemos a técnica de grupo focal para a coleta de dados, por considerá-la capaz de oferecer meios para análise da dinâmica das práticas das equipes relativas ao serviço de controle de tuberculose.

A técnica do grupo focal consiste em um grupo de discussão informal com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade. Essa proposta contém especificidades que complexificam o trabalho a ser realizado, exigindo a presença de um moderador que tem como papel promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros. Nesse enfoque, além da presença do moderador, é indispensável à presença de um assistente - relator-observador - ao qual caberá observar a conduta do grupo, registrar as informações não-verbais dos participantes, além de auxiliar o moderador a analisar os possíveis problemas durante as discussões. (CRUZ NETO et al., 2001).

Os referidos autores acrescentam que a técnica de grupo focal permite a obtenção de um material de natureza qualitativa a partir de sessões grupais, nas quais quatro a doze participantes da pesquisa que compartilham um traço comum discutem vários aspectos de um tema específico. Assim, o grupo deverá ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas idéias e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de opiniões.

O grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo no qual se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes. Diferentemente, a essência do grupo focal consiste justamente em se apoiar na interação entre seus participantes para produzir dados, a partir de temas que são propostos

pelo pesquisador, denominado facilitador do grupo. O material produzido é gravado e transcrito constituindo um texto resultado da discussão em grupo, focada em um tópico específico, por isso chamado grupo focal. (COTRIM, 1996).

Por se tratar de uma proposta para desenvolvimento de uma discussão centrada em um assunto específico, Rubio Tyrrel, Rocha e Siqueira (2001) recomendam a utilização de um roteiro com as questões de investigação que a pesquisa procura responder. Os temas devem ser expressos na forma de sugestões e não em forma de questionamentos, como meio de estimular a introdução do assunto que será abordado.

Nesses termos, utilizamos um roteiro, contendo uma lista de temas que serviram de guia para o moderador, facilitando a coordenação do trabalho grupal (APÊNDICE A). O instrumento norteador da discussão partiu de uma ficha de identificação das ações de controle da tuberculose, distribuídas no início do encontro (APÊNDICE B). Esse instrumento requereu dos participantes eleger cinco ações de controle da tuberculose realizadas por eles ou que eles deveriam realizar na sua rotina de trabalho, atentando-se a “o quê”, “como” e “por quê” de cada uma delas. Esse procedimento atendeu a necessidade de conhecer a realidade de trabalho das equipes, no que concerne às ações de TB na prática profissional dos sujeitos desta investigação na perspectiva de observar como as dificuldades se expressam e são resolvidas à luz do papel da Coordenação como instrumento gerencial de integração dos serviços de saúde.

3.2.3.1 Os Sujeitos Participantes do Estudo

A abordagem qualitativa busca aprofundamento e compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação. Para tanto, sugere-se que os sujeitos envolvidos com a pesquisa possuam os atributos que se deseja conhecer, e que contenham o conjunto de experiências que se pretende captar. (OLIVEIRA, 2005).

Os sujeitos envolvidos com esta investigação foram os profissionais membros da equipe de saúde que assistem a população indígena no cenário deste estudo composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição. Inicialmente, pensamos em trabalhar com cinco grupos focais na perspectiva de contemplar todos os profissionais da equipe, sendo necessário o desmembramento das equipes de Marcação e Baía da Traição já que ambos os municípios contam com duas equipes de saúde indígena, em detrimento de Rio Tinto que possui apenas uma equipe.

No entanto, a possibilidade de realização de dois encontros para as equipes dos municípios de Marcação e Baía da Traição foi inviabilizada pela Coordenação do Pólo Indígena de cada município referido, em virtude da indisponibilidade de horário dos profissionais que seguem um horário diversificado para atendimento nas aldeias. Logo, ambas as coordenações informaram que poderiam contribuir, viabilizando apenas um horário para a realização da pesquisa em cada município.

De acordo com essa realidade organizamos três grupos de discussão, distribuídos segundo a disponibilidade de cada profissional em participar da pesquisa, bem como pela liberação dos mesmos pela Coordenação do Pólo Indígena local.

A composição dos grupos focais foi planejada de modo a serem homogêneos e funcionais, com mínimo de cinco e máximo de onze participantes cada. Os participantes foram convidados para reunião em data e horários previamente agendados, após autorizações para a realização da pesquisa.

Ressaltamos a receptividade das equipes no momento em que iniciamos o contato com os sujeitos no cenário do estudo, ocasião em que foram expostos à Coordenação de cada Pólo Indígena os objetivos da pesquisa e a necessidade de sua elaboração. A partir do agendamento de cada grupo, foram entregues os convites (APENDICE C) para aqueles profissionais que iriam participar dos grupos, segundo escolha da própria equipe e aceitação dos participantes. Desse modo, os respectivos grupos focais foram distribuídos conforme o quadro abaixo:

CATEGORIA	RIO TINTO (Grupo Focal 1)	MARCAÇÃO (Grupo Focal 2)	BAÍA DA TRAIÇÃO (Grupo Focal 3)
Médico	1	-	1
Enfermeiro	1	1	2
Auxiliar de Enfermagem	2	-	2
AIS	3	4	6
TOTAL	7 Participantes	5 Participantes	11 Participantes

QUADRO 1: Distribuição dos profissionais das equipes de saúde indígena na participação dos grupos focais

Nessa distribuição, o grupo de Marcação foi o menos prestigiado em decorrência de dificuldades encontradas para conciliar suas atividades profissionais daquele dia. Logo, a médica e a enfermeira de uma das equipes foram impossibilitadas de participar do grupo focal

2, embora tivessem aceitado antecipadamente e demonstrassem interesse em contribuir para a realização da pesquisa.

O agendamento desses grupos foi feito com antecedência e em consonância com o parecer de cada coordenação local, evitando-se qualquer prejuízo no andamento do trabalho das equipes de saúde.

É importante ressaltar que dentre as categorias participantes da pesquisa, apenas os AIS pertencem à etnia indígena Potiguara. Logo, formulamos um termo de consentimento específico para esse grupo (APÊNDICE D), além daquele dirigido às outras categorias (APÊNDICE E), como também a formulação de um termo de consentimento dirigido ao líder indígena (APÊNDICE F) que, em contato prévio, já se mostrou de acordo com a solicitação de ingresso em terra indígena para a realização desta pesquisa (ANEXO A).

A limitação à equipe básica de saúde supracitada deveu-se ao fato de esses atores estarem diretamente envolvidos com a abordagem epidemiológica para o combate à tuberculose, isto é, pela função específica que lhes é atribuída de descoberta e enfrentamento das fontes de infecção na comunidade.

3.2.3.2 Os instrumentos de Produção do Material Empírico

➤ Preparação para o trabalho de campo

Para a execução do trabalho de campo foram efetuados alguns contatos prévios com as Coordenações dos Pólos Indígenas de cada município para a realização de visitas, tendo em vista a aproximação com as equipes e o agendamento para a realização dos grupos focais. Inicialmente, pretendíamos realizar um estudo observacional no período anterior à realização dos grupos para um maior entrosamento com as equipes e com a rotina do serviço. No entanto, em decorrência das dificuldades quanto à obtenção de permissões oficiais para a realização da pesquisa, foi impossível realizar o estudo observacional no período que se disponibilizou cumprir esse primeiro momento da pesquisa. Logo, após recebimento dos pareceres legais, iniciamos a realização dos grupos focais, em razão do agendamento prévio com as equipes e pelo tempo disponível para cumprimento de entrega do material.

Após o primeiro contato com as equipes, houve a preocupação em selecionar e capacitar uma equipe para o trabalho de campo, notadamente quanto à participação na coordenação do grupo focal, na condição de observador e relator, segundo pré-requisito dessa técnica. Importante ainda, foi a colaboração de dois mestrandos do Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem inseridos no Grupo de Estudo da REDE TB. Finda essa etapa, iniciamos o desenvolvimento da técnica de grupo focal como instrumento para a produção do material empírico desta pesquisa.

➤ O desenvolvimento dos grupos

Os grupos focais foram realizados em locais de fácil acesso, dentro da área de abrangência do cenário de estudo. Para tanto, houve a colaboração das equipes para selecionar, no próprio posto de saúde de cada município, um ambiente amplo, arejado, que permitisse dispor as cadeiras em círculo e promover um momento de privacidade. Vale ressaltar que as salas disponibilizadas nos municípios de Rio Tinto e Marcação foram nos postos de saúde municipais, enquanto na Baía da Traição, a sala disponibilizada foi no Pólo Indígena local.

O tempo de duração dos grupos focais foi de 2 horas no primeiro, 1 hora e quarenta minutos no segundo e 2 horas e 10 minutos no terceiro, uma vez que a discussão se prolongou mais nesse terceiro momento em razão do maior número de participantes.

Cada encontro foi caracterizado em cinco momentos interdependentes, mas complementares. Inicialmente, foram realizados os agradecimentos aos presentes, ressaltando a importância da presença da equipe para a realização do encontro e do trabalho.

No segundo momento, foram apresentados os objetivos da pesquisa e da formação do grupo focal e explicado o funcionamento do grupo, quanto ao horário de início e término dos encontros, aparelhos celulares desligados, permanência nas salas e incentivo à participação de todos. Em seguida, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para efetuar a gravação, dando garantia do total sigilo do material obtido.

O terceiro momento foi marcado pela apresentação dos integrantes do grupo e distribuição da ficha de identificação das ações de controle da TB (APENDICE B), cuja finalidade foi obter informações sobre “os fazeres” mais relevantes realizados pelos profissionais. Para tanto, foi solicitado que fossem registradas, na referida ficha, cinco ações de controle da TB já realizadas pelo profissional ou que ele acha importante ser realizada, atentando-se a “o quê”, “como” e “por quê” de cada uma delas. Esse instrumento foi elaborado para nortear a discussão entre os grupos. Ressaltamos que todas as posições sobre o tema seriam importantes e bem-vindas no contexto grupal.

Durante o preenchimento do instrumento a maior parte dos participantes demonstrou facilidade e verbalizou muito mais do que o registrado, embora alguns AIS tenham

demonstrado dificuldade de elencar e redigir as atividades realizadas. Observamos que a grande maioria dos profissionais apenas apontou as ações, não descrevendo “o quê”, “como” e “por quê”.

O início das discussões demarcou o quarto momento, quando foi iniciada a gravação e o registro escrito pelos observadores. Naquele momento, o moderador convidou alguém do grupo para selecionar um dos fazeres e motivar o início da discussão. A partir dessa apresentação, o moderador se certificava se os outros integrantes haviam registrado a exposição, encorajando-os a trazer mais detalhes, suas considerações, seus sentimentos ao realizarem aquela atividade. Após o esgotamento de todos os aspectos envolvidos naquele fazer, iniciou-se a discussão de outros fazeres.

É válido acrescentar que em muitas manifestações os integrantes referiram sobre a importância daquele momento de discussão como forma de aprendizagem e interação grupal e o quanto as questões levantadas estavam distantes da sua rotina diária. Tal fato colabora com a proposta metodológica qualitativa, na qual o investigar desencadeia um processo de reflexão sobre as práticas, possibilitando um potencial de transformação dos saberes e das práticas em saúde.

O quinto momento foi marcado pela finalização do grupo, ocasião na qual o relator realizou a leitura da síntese do ocorrido na reunião, segundo suas observações e anotações, retomando as questões debatidas para que todos estivessem cientes do conteúdo produzido naquele encontro e reiterasse algumas considerações se desejado. Terminado este momento, foi servido um lanche para os participantes.

3.2.3.3. Aspectos Éticos

Tendo em vista que a população indígena faz parte dos grupos especiais, segundo a classificação do CNS, as pesquisas que envolvem essa população encontram-se, também, inseridas na área temática de estudos especiais envolvendo seres humanos. Por isso, foram consideradas nessa investigação, além das exigências éticas e científicas indicadas na Resolução 196/96 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, as determinações da Resolução 304/2000, no que diz respeito à temática especial “populações indígenas”. (MELO; LIMA, 2004; CNS, 2006).

Acrescentou-se a tais prerrogativas os trâmites exigidos na Instrução Normativa Nº 001/PRESI/94 da Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas (CGEP) da FUNAI para a autorização de ingresso às terras Potiguaras, após consulta às lideranças indígenas locais. O

protocolo exigido pela CGEP reuniu o envio do projeto de pesquisa juntamente com o *currículum vitae* de todos os membros da pesquisa, bem como a cópia da carteira de identidade dos mesmos, do cartão de vacina contra moléstia endêmica de todos os membros e atestado médico de não portador de doença contagiosa, extensivo a todos os pesquisadores. Além disso, um dos pré-requisitos de análise para a FUNAI é a avaliação do mérito científico da pesquisa junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ao qual foi encaminhada uma via do projeto para apreciação.

Após essas providências, foi encaminhado o projeto de pesquisa qualificado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) que emitiu parecer favorável (ANEXO B), encaminhou o mesmo projeto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para uma segunda apreciação, em atendimento aos critérios do CNS e FUNAI.

Após a aprovação do projeto no âmbito da CONEP (ANEXO C), encaminhamos o parecer à FUNAI, que já detinha em mãos o parecer favorável do CNPq, quanto ao mérito científico da pesquisa e toda documentação necessária para autorizar o ingresso em terras indígenas. Vale ressaltar que o passo seguinte da FUNAI seria contactar as lideranças indígenas locais para autorizar a realização da pesquisa, iniciativa já tomada pela pesquisadora que durante a reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena antecipou-se em solicitar essa permissão sendo atendida em suas reivindicações (ANEXO A).

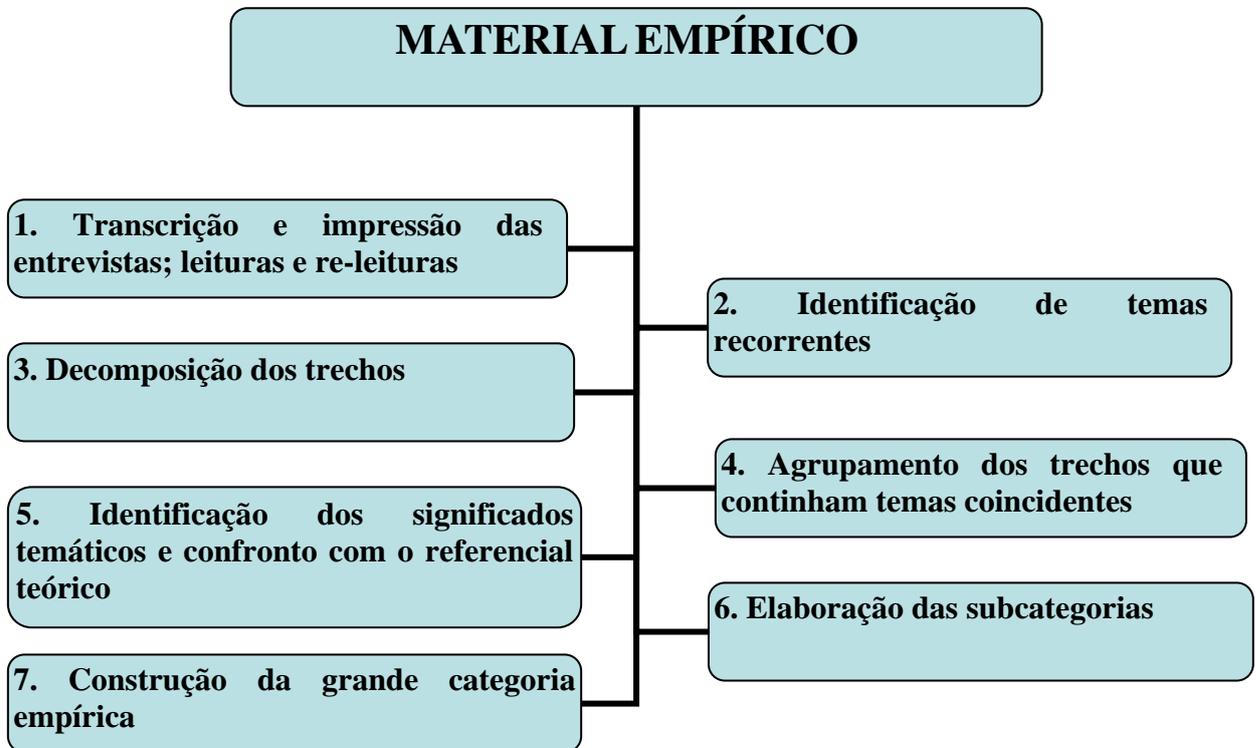
Após permissões oficiais, o cacique-geral foi contactado, representando a população indígena local para que o mesmo assinasse o TCLE dirigido a essa entidade (APÊNDICE F), dando ciência sobre a realização da pesquisa nas TI Potiguara.

Ressaltamos ainda, que dentre as categorias profissionais participantes da pesquisa, apenas os AIS pertencem a etnia indígena Potiguara. Logo, formulamos um termo de consentimento específico para esse grupo (APÊNDICE D), além daquele dirigido às outras categorias (APÊNDICE E).

3.2.3.4 Tratamento e Análise do Material Empírico

Após as transcrições dos depoimentos, foi iniciada a análise propriamente dita na seguinte seqüência: impressão e leitura dos textos, identificação dos temas relacionados ao objeto e objetivos deste estudo; recorte, decomposição dos textos que continham os temas recorrentes pelos diferentes sujeitos da investigação; agrupamento dos textos que se referiam aos temas coincidentes permitindo a formação de blocos de significados que orientaram a

construção das sub-categorias que explicam a grande categoria empírica, conforme o organograma abaixo:



ORGANOGRAMA 2: Esquema de operacionalização da análise do material empírico.

Para a interpretação do material produzido foi utilizada a técnica de análise de discurso, na vertente proposta por Fiorin (1998). Esta técnica é indicada para pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis. O autor parte do princípio de que o texto é um todo organizado de sentido que veicula os discursos, manifestando uma posição social com a qual o sujeito discursista se identifica nesse enfoque:

... enquanto o discurso é a materialização das formações ideológicas, sendo por isso determinado por elas, o texto é unicamente o lugar de manipulação consciente, em que o homem organiza, da melhor forma possível, os elementos da expressão que estão à sua disposição para veicular o discurso. O texto é, pois, individual enquanto o discurso é social. (FIORIN, 1998, p. 41).

De acordo com este autor, o princípio básico da análise de discurso é, ao receber um texto onde tudo parece mais ou menos disperso, reconhecer as figuras e o nível mais abstrato - temático - que lhe dá coerência. É saber fazer a diferença entre a manifestação entendida como aparência, da imanência, entendida como essência. (SILVA, 2000).

Seguindo essa orientação metodológica de análise, identificamos os temas emergentes dos discursos que permitiam a organização dos blocos de significação, orientando a construção das seguintes sub-categorias empíricas: *As contradições na prática das equipes de saúde indígena, no controle da tuberculose, relacionadas com a dimensão da coordenação na Atenção Primária à Saúde; O descompasso entre a dimensão política operacional do SUS e a responsabilidade gerencial da coordenação na perspectiva da Atenção Primária à Saúde.*

Ao término dessa etapa do processo de análise, verificamos que as sub-categorias poderiam ser acolhidas em um grande conceito ou categoria maior: *A dialogicidade entre a dimensão da coordenação e o controle da tuberculose em equipes de saúde indígena*, a seguir apresentada.

*“O discurso simula ser individual para ocultar que é social.”
(José Luiz Fiorin)*

Capítulo IV
RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A categoria empírica e as subcategorias que a compõem

4.1.1 A dialogicidade entre a dimensão da coordenação e o controle da tuberculose em equipes de saúde indígena

4.1.1.1 As contradições na prática das equipes de saúde indígena, no controle da tuberculose, relacionadas com a dimensão da coordenação na Atenção Primária à Saúde

O controle da tuberculose tem na simplificação das técnicas e na integração das ações sua estratégia fundamental. Dessa forma, requer uma ação permanente, sustentada e organizada na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, envolvendo funções gerenciais nos níveis de gestão do sistema e funções de prestação de serviços integrados. (RUFFINONETTO, VILLA, 2006).

Nesse enfoque, é necessária a organização de todos os recursos do sistema para atender às necessidades e demandas da população, o que implica na articulação das ações de controle desenvolvidas pelas equipes de saúde, dentro de um sistema integrado de serviços, tendo como principal porta de entrada a atenção básica, como componente fundamental para a viabilização dos fluxos estabelecidos entre os diferentes níveis de atenção do sistema de serviços de saúde. Por isso, busca-se romper com a hegemonia do cuidado centrado na atenção hospitalar, à medida que as ações de controle da tuberculose vêm se integrando ao sistema de saúde vigente a partir das estratégias de saúde da família e agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2002c; 2006).

Essa integração é resultante do planejamento e da gestão conjunta das atividades de controle da tuberculose no âmbito da atenção básica, destacando a definição de competências e o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, torna-se explícita a responsabilidade gerencial da coordenação no compartilhamento de informações e no estabelecimento de providências que promovam a redução das lacunas inerentes à fragmentação dos serviços de saúde no sistema. (BRASIL, 2006).

Essa fragmentação é identificada dentro da organização das ações de controle da tuberculose pela estruturação da rede de serviços pautada em níveis crescentes de complexidade tecnológica que se configuram, na maioria dos casos, como um conjunto de pontos de atenção isolados e incomunicáveis entre si, incapazes de prestar uma atenção

continuada às pessoas e de se responsabilizarem por uma população determinada. (BRASIL, 2006).

Partindo desse pressuposto, Starfield (2002) enfatiza que a continuidade da atenção é um dos elementos-chave numa prática de saúde resolutiva, à medida que assegura uma sucessão ininterrupta de eventos.

No tocante à TB, a busca ativa de sintomáticos respiratórios representa a estratégia inicial para a detecção de casos e a primeira dentre as várias ações de controle indispensáveis para a chamada continuidade do serviço. Para tanto, a organização da busca ativa envolve sua forma de realização, um local para tal e pessoal responsável por sua efetivação. (VILLA et al., 2006a).

Quanto à forma de realização da busca de SR, considera-se que a busca é parte das atividades dos serviços de saúde, através de rotinas nas unidades ou atividades realizadas em mobilizações ou campanhas. Quanto ao local de realização da busca de SR consideram-se as unidades básicas de saúde, sendo as atividades de busca ativa atribuídas a todos os profissionais das unidades. (BRASIL, 2002a).

Para Villa et al. (2006a), o envolvimento dos profissionais nas ações de busca de SR é considerado uma importante forma de participação dos mesmos no planejamento e execução das ações de controle desta doença. Contudo, viabilizar tal atividade requer um acompanhamento constante por parte das equipes e uma atuação comprometida com a continuidade do serviço e a eficácia dos resultados.

No tocante à execução dessas ações no âmbito do DSEI Potiguara, observamos fragilidades operacionais, haja visto que as atividades de controle da tuberculose não se encontram plenamente institucionalizadas, em virtude da falta de apoio técnico aos DSEIs na execução de atividades como a capacitação de recursos humanos, implantação de rotinas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos.

Neste sentido, o depoimento seguinte demonstra a descontinuidade das ações de controle da tuberculose iniciadas pelas equipes de saúde indígena, em um dado momento de suas práticas do trabalho profissional: “[...] Faz uns seis meses que [a coordenadora da Epidemiologia] pediu [...] ela deu uma lista pra gente [...] entrevistar as famílias e saber se eles têm uns sinais, uns sintomas que podem ser tuberculose, de acordo com o que eu aprendi. Aí eu fiz só que não deu pra concluir a aldeia toda, eu conclui só a metade!”(AIS 9 – L: 76/79). Nesse relato, é marcante a improvisação da equipe na busca de casos na comunidade, revelada não como uma rotina do serviço, mas como um momento de mobilização do serviço de Epidemiologia. Esse serviço, enquanto parte da rede de apoio do PCT, deveria, juntamente

com a coordenação do Pólo indígena local, planejar e orientar a condução dos trabalhos para evitar que a busca de casos na comunidade fosse realizada de forma isolada e descontinuada. (MUNIZ, 2004).

Nesse caso, a inoperância da coordenação como instrumento gerencial da organização para a consecução de um objetivo resultou na ineficácia da cobertura deste serviço, implicando na descontinuidade da ação e no descrédito dos resultados obtidos, diante da inconclusão do trabalho.

Observa-se ainda que a descontinuidade da busca de casos na comunidade pode ser identificada à medida que o profissional não cumpre com a responsabilidade que lhe é atribuída na organização do fluxo do material para exame bacteriológico. (MUNIZ, 2004). Nos fragmentos a seguir, os participantes expressam a realização de uma conduta parcial, durante a busca ativa de casos na comunidade em meio às visitas domiciliares:

“A enfermeira da Epidemiologia fez uns formulários e entregou aos agentes [avisando] que, no caso de tosse persistente, febre [...] eles já podiam solicitar o escarro ao paciente no dia seguinte, com duas amostras e avisar no pólo para o motorista no dia seguinte pegar.” (E2 – L: 67/71). Em cumprimento às orientações apresentadas, a equipe realizava a busca ativa utilizando elementos não incorporados ao protocolo de busca de sintomáticos, como formulários para registrar os sinais e sintomas da TB a serem identificados durante as visitas: “[...] a gente já deixou formulários nas casas e eles ligavam para o pólo avisando, aí a gente ia lá, entregava os potinhos e no outro dia, avisava ao motorista pra ir pegar [...] orientava a família, no caso, o paciente pra no dia seguinte colher, dois dias seguidos, a amostra.” (E2 – L: 73/76).

Nos depoimentos em análise, além de a busca ativa de casos está condicionada a uma mobilização do serviço de Epidemiologia na entrega de formulários, constatamos que a responsabilidade dos profissionais da equipe se resume à entrega dos respectivos formulários e dos potes para a coleta de escarro, ficando a cargo do próprio paciente a responsabilidade pela qualidade do material coletado e do motorista a responsabilidade do transporte até o laboratório, conforme relato que segue: “[A responsabilidade] é do próprio paciente! Que faz o escarro e o motorista pega na casa dele e leva pra lá pra o laboratório!” (E2 – L: 92/93).

Em se tratando da busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose, Muniz (2004) afirma que uma vez aceita pelo usuário a realização da baciloscopia, o serviço de saúde precisaria garantir a continuidade da atenção iniciada. Assim, além da abordagem inicial ao sintomático respiratório, é preciso assegurar a disponibilização de insumos, tais como pote, etiquetas, adequada conservação e armazenamento do material colhido, fluxo

laboratorial e sistema de informação, como componentes determinantes da continuidade da atenção. Nos depoimentos, observamos a disponibilização de potes para realização da baciloscopia: “Tem [pote]. Se precisar hoje tem!” (E1 – L: 570). “Temos [pote]!” (E4 – L: 518). Contudo, essa atividade já representou importante fator de dificuldade para a continuidade da atenção iniciada: “Já faltou! [...] Mas agora sempre tem!” (E2 – L: 436/438). Tal fato, ainda vivenciado em algumas aldeias, remete as equipes a aderir à improvisação para a coleta da baciloscopia: “[...] no meu caso, eu não tenho potinho, eu implemento com o pote e ele faz [o exame] aqui [no posto] [...]” (AUX3 – L: 519/520); “Manda pegar um vidrinho, escaldar [...]” (E2 – L: 441).

A baciloscopia pelo método Ziehl-Neelsen é o método preconizado para ser usado no diagnóstico de TB pulmonar. Trata-se de um exame direto, não-invasivo, rápido e econômico. Para tanto, a coleta do material deve ser feita em copos descartáveis, transparentes, limpos, de boca larga, com tampa de rosca e capacidade para 30 a 50 ml. (BRASIL, 2002a). A baciloscopia é um exame de rápido resultado diagnóstico e na rotina do DSEI Potiguara os depoimentos são unânimes quanto a agilidade de tal procedimento: “Em média 48 horas já dá o resultado! [...] o 48 horas que eu digo é porque, solicito hoje aí amanhã eu não vou está no pólo pra receber. Vou está no outro dia! Mas é de imediato!” (E1 – L: 577/580); “É rápido [...] É porque não faz, [não são] 2 vezes? No outro dia, [...] já dá o resultado, já pega o novo [...]” (E3 - L. 545/548).

Em contrapartida, o próximo relato vem acrescentar que a referida rapidez na entrega do resultado está condicionada a determinadas situações: “Quando é um caso suspeito, aí é rápido! [...] Não passa de uma semana!”. (E2 – L: 95/96). Diante de tais relatos, reforçamos a eficiência do serviço local quanto ao diagnóstico de TB, com a ressalva de que essa agilidade é voltada para casos particulares onde haja suspeição diagnóstica.

Ademais, Muniz (2004) afirma que garantir os insumos necessários para a realização dos procedimentos exige gerenciamento e organização. Definir a quem compete a manutenção regular dos materiais inclui divisão de tarefas e responsabilização dos membros da equipe. Interromper uma etapa do ciclo pode colocar em risco toda a ação planejada e comprometer a integralidade da atenção.

Cabe ressaltar que a existência por si só dos recursos necessários para o armazenamento do material não garantem que o trabalho seja conduzido de maneira efetiva. Em estudo realizado por Muniz (2004), constatou-se que num total de 81 Agentes Comunitários de Saúde, 22% mencionaram dificuldades para proceder o encaminhamento do material coletado para o laboratório em virtude da inviabilidade de transporte. Considera-se

que essa desarticulação promove interrupção do trabalho desencadeado pelo agente comprometendo a ação de busca ativa dos sintomáticos respiratórios. Nessa linha de pensamento, é importante destacar que o fluxo de material para exame bacteriológico compreende a coleta, conservação e transporte do escarro sob responsabilidade do profissional da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2002c).

Quanto ao transporte das amostras para o laboratório, Campinas et al. (2002), aponta a importância de colocar os potes em caixas, com as tampas bem fechadas e voltadas para cima e transportar sob refrigeração, protegidos da luz solar e acondicionados de forma adequada, ou seja, “... sob refrigeração por até 7 dias sem que haja prejuízo na realização do exame.” (BRASIL, 2002c, p. 71)

Um aspecto que pode ser limitante ao procedimento de coleta de escarro refere-se ao entendimento da população usuária, segundo afirmou Campinas (1999), em estudo realizado com 78 pacientes, dentre os quais 24,3% apresentaram dúvidas quando solicitado ao paciente para explicar a maneira como aprendeu a orientação dispensada e 33,4% não tinham conhecimento adequado para a colheita de amostras de escarro.

Os depoimentos que seguem revelam a problemática enfrentada por esses profissionais no momento da coleta de amostras para exames bacteriológicos: “Às vezes o paciente diz que não consegue escarrar [Risos] Já aconteceu muitas vezes. ‘Já fez?’ Não! É que eu não consegui não! Só saiu cuspe!” (E2 – L: 443/444). Dada às dificuldades no momento da coleta do escarro, faz-se necessária a orientação da equipe para a adequação do material para exame bacteriológico: “A orientação é que ao acordar, ele primeiro dava aquele escarro bem forçado mesmo e colhia ali só aquela secreção de dentro.” (AUX3 – L: 527/529). A falta de orientação poderá comprometer a qualidade de tal exame e levar a equipe a optar por iniciativas mais onerosas para o sistema de saúde, como a solicitação de exames de maior precisão diagnóstica como a cultura do escarro: “[...] é uma coleta que depende muito do paciente. Ele vai tossir, depende de como ele vai tossir, vai vir esse bacilo. Peça logo a cultura porque cultura com pouquinho coisa [...] Já [identifica].” (M1 – L: 368/370). Conforme esses depoimentos, a comunicação entre o profissional e o paciente no momento da coleta do escarro é algo que deixa a desejar, colaborando para a inadequação da coleta do material para exame bacteriológico, havendo preferência pela solicitação de exames de maior densidade tecnológica, como é o caso da cultura, que irá aumentar o tempo necessário para o diagnóstico da TB.

Embora a cultura seja uma ferramenta valiosa, tanto para o diagnóstico, uma vez que discrimina o agente causal, como para o acompanhamento e controle do tratamento, a

recomendação é que seja oferecida a cultura para: casos suspeitos de TB com baciloscopia de escarro persistentemente negativa, casos de TB extrapulmonar, casos HIV positivo com tuberculose, todos os retratamentos e suspeitos de TB resistente às drogas. (BRASIL, 2002c). Contudo, se a baciloscopia é o exame voltado para detecção de casos suspeitos que não estejam entre aqueles ora citados, não se justifica a realização de cultura para que se obtenha êxito no resultado dos exames realizados sob condições inviáveis. Logo, a garantia da efetividade do exame é o seguimento do protocolo existente e o estabelecimento de uma comunicação adequada entre profissional e o cliente para que seja esclarecida a realização de tal conduta.

Essas dificuldades já foram relatadas por Mazzaia (2000) em estudo realizado sobre a qualidade de amostras de escarro para baciloscopia no diagnóstico da TB pulmonar, no qual se observou que os profissionais de saúde têm atitudes negativas em relação à amostra de escarro e, em consequência, não orientam o cliente adequadamente para a coleta. Campinas et al. (2002), alerta sobre essa situação quando afirma que um aspecto importante que influencia a qualidade das amostras de escarro é a orientação efetuada pelos profissionais de saúde e a compreensão destas orientações pelo cliente.

Dessa forma, a orientação pressupõe o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre o profissional e o paciente, buscando diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação dos mesmos. Segundo Silva (1996), para que ocorra uma comunicação efetiva é preciso que ela seja bidirecional, tornando necessário que haja resposta e validação das mensagens enviadas. Portanto, é preciso enviar a mensagem e verificar se o cliente realmente a entendeu.

Aparentemente parece fácil conseguir que o cliente realize uma coleta de escarro adequada. Para alguns profissionais, esse ato constitui algo simples, que não requer grandes explicações, sendo que qualquer pessoa é capaz de fazê-lo, independente da idade. Porém, alguns estudos demonstraram que as dificuldades de uma boa coleta, apresentadas pelo cliente, passam ao largo do conhecimento daqueles que atuam no programa. (CAMPINAS, 1999; MAZZAIA, 2000)

Espera-se que o profissional oriente o paciente com informações simples em relação à coleta do escarro, como também execute essa ação em sua totalidade, observando desde a qualidade e quantidade da amostra até a conservação e transporte do material. Para tanto, além da disponibilidade de recursos materiais para a execução dessa atividade, faz-se necessário o fortalecimento de um dos propósitos da equipe Saúde da Família que é a responsabilização. (SÁ et al., 2006).

Para Franco e Mehry (1999), a responsabilização é definida como o compromisso mútuo trabalhador/usuário que se estabelece a partir de vínculos que se estreitam com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico entre os usuários e os trabalhadores de saúde.

Na concepção sobre a Saúde Paidéia, Campos (2003) considera o fortalecimento de vínculos entre usuários, família e comunidade com a equipe como um recurso terapêutico e como um dos meios mais adequados para a prática de uma clínica com qualidade ampliada. O autor estabelece como condição básica para a construção de vínculo a capacidade da equipe em se responsabilizar pela atenção integral à saúde dos que vivem em dado território.

Franco e Mehry (1999) reforçam que a responsabilização diante dos desafios do processo saúde/doença é revelada pela consideração de vários fatores, incluindo ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.

No que concerne à tuberculose essa cumplicidade deve ser norteadada por um acompanhamento constante das ações referentes ao controle dessa doença, desde o processo de detecção de casos, o que inclui o processo diagnóstico de busca ativa que ora discutimos, até a finalização do tratamento e conseqüente alta por cura. (BRASIL, 2002c).

Dessa forma, a falta de envolvimento das equipes locais apresentada nos relatos culmina com a não incorporação e o não desenvolvimento das ações de busca de SR em sua totalidade, contrapondo-se ao adequado envolvimento que promove a sustentabilidade dessas ações. (MUNIZ, 2004).

No que diz respeito à organização, funcionamento e facilidade do processo diagnóstico de tuberculose, ressaltamos os problemas de acessibilidade geográfica dos laboratórios, em razão das dificuldades de transporte para envio das amostras clínicas imediatamente após a coleta.

Especificamente no DSEI Potiguara, a rede laboratorial encontra-se localizada no município da Baía da Traição, presumindo a necessidade de um veículo para o transporte das amostras advindas dos municípios de Marcação e Rio Tinto em tempo hábil. Nesse contexto, nos próximos relatos podem ser percebidas que a questão do transporte é um importante componente incorporado às ações de controle da TB dentro da realidade dessas equipes:

“[...] o médico solicita ou até mesmo a enfermagem solicita a baciloscopia, duas amostras, é seguida de imediato para a Baía, até que consiga transporte[...] isso aí é uma dificuldade na nossa realidade, em se tratando de paciente da tuberculose aí não passa a ser, certo? Porque de imediato arruma!” (E1 – L: 375/380).

Embora a questão do transporte sanitário constitua importante desafio para os sistemas logísticos, a disponibilização do transporte não constitui um problema concernente ao envio das amostras do material para análise bacteriológica, conforme podemos observar neste depoimento: “Com relação a transporte não! Assim, não toda hora, mas na maioria das vezes tem!” (M1 – L: 737). A disponibilidade do transporte se estende também para ocorrências que, por ventura, venham a ocorrer na aldeia, bastando apenas um contato prévio, conforme a próxima declaração:

“[...] por mais que nós tenhamos problema com veículo, [o paciente] entrando em contato pelo menos com o AIS, o AIS liga pra cá e a gente disponibiliza o carro pra pegar esse paciente, porque eu já presenciei esse tipo de ocorrência. O paciente que precisar e aí com certeza, a gente ou uma ambulância de emergência se for o caso, e até mesmo a Toyota que leva a equipe pra aldeia, se encarrega de ir pegar esse paciente. Pelo menos nesse aspecto realmente é eficaz!” (E4 – L: 427/433).

Logo, as dificuldades de acessibilidade geográfica dos pacientes ao serviço de saúde também reflete a necessidade de transporte em casos particulares, como uma prática freqüente no cotidiano de trabalho das equipes.

De acordo com Starfield (2002), a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços para se atingir a atenção ao primeiro contato. Para tanto, existem diversos tipos de acessibilidade, como, por exemplo a acessibilidade em relação ao tempo associada ao horário de disponibilidade dos serviços, acessibilidade psicossocial que se refere às barreiras culturais existentes e acessibilidade geográfica que diz respeito a adequação de transporte e a distância a ser percorrida para o acesso do cliente ao serviço de saúde.

Notadamente, problemas de acessibilidade geográfica são frequentemente relatados entre os participantes desta pesquisa, como situação e rotina no trabalho das equipes de saúde indígena Potiguara, em razão da distância existente entre as aldeias e os Pólos-base, localizados em municípios-sede. O depoimento seguinte corrobora com tal afirmação: “Tem uns que vêm a pé, mas outros longe que vêm a pé também, mas às vezes precisa vir de carro, aí às vezes paga [...] tem muita gente que vem da aldeia pagando [...] e caro!” (E2 – L: 42/144). Contudo, a disponibilidade do transporte para o usuário indígena é identificada como facilitada no cotidiano em situação de encaminhamentos dos pacientes aos serviços de referência em outros municípios, conforme as seguintes declarações: “Ela faz um encaminhamento no receituário [...] a historinha do paciente e chama a ambulância e a

ambulância leva!” (E2 – L: 727/728); “[...] eles são encaminhados sem nenhum problema, vão, tem transporte tudo!” (M3 – L: 901/902); “No caso da minha, acordava cedo [...] e vinha um rapaz da FUNASA na Toyota e pegava.” (AUX3 – L: 524/525).

Os depoimentos retratam que os encaminhamentos de pacientes para serviços de referência não acompanham maiores dificuldades, no que concerne ao transporte dos mesmos. Diferentemente desses discursos, Mendes (2002) ressalta que dentre as deficiências de oferta de sistemas logísticos imprescindíveis ao funcionamento de um sistema integrado de serviços de saúde destacam-se o sistema de transporte sanitário. Para o mesmo autor, o referido sistema vai muito além da regulação do fluxo de ambulâncias, envolvendo também o fluxo primário das pessoas entre suas residências e as unidades de saúde, os fluxos de amostras dos exames, entre outros. Assim, haveria também de se estruturar os sistemas logísticos como o de transporte sanitário que quase nunca funcionam consideravelmente.

Nesse contexto, aos serviços de referência se dirigem àqueles casos de difícil manejo diagnóstico/terapêutico, necessitando ser referenciados às Unidades tipo 2 ou 3, contando com recursos diagnóstico de maior densidade tecnológica. Os depoimentos que seguem revelam a necessidade de referenciar pacientes para realização do diagnóstico radiológico em unidades de referência da capital: “[...] é possível encaminhar esse paciente para João Pessoa, para fazer Raio X de tórax [...] E daí, dá seguimento ao tratamento, aqui [...].” (E1 – L: 383/385); “Aqui mesmo faz o tratamento! Faz aqui mesmo [o exame de escarro]! Ou dependendo se não desse nada aí partiria pra fazer a solicitação de Raio X que é feito em João Pessoa e muitas vezes demora.” (E2 – L: 81/83).

Esses relatos enfatizam a questão do encaminhamento para referência enquanto prática para a realização de exames de maior densidade tecnológica em razão da falta de estruturação do serviço local para exames de tal magnitude. Esse processo culmina com diversas dificuldades na rotina do serviço, haja visto a necessidade de deslocar o paciente para outro município, disponibilizar transporte e a ocorrência de atrasos para a divulgação dos resultados, repercutindo em perda de tempo e ônus para o Sistema de Saúde.

Nesse contexto, Mendes (2002) acrescenta que:

... boa parte das equipes de saúde da família e da população se ressentem de um apoio diagnóstico oportuno e com menos sacrifícios para as pessoas. Assim, os resultados demoram a chegar às mãos dos médicos e muitas pessoas precisam se deslocar até um posto de coleta, distante de sua unidade básica, para colher o material do exame, o que envolve um custo econômico e social considerável (MENDES, 2002, p. 63).

Os mesmos depoimentos em análise reforçam ainda que mesmo se utilizando do serviço de referência para a realização dos exames diagnósticos o tratamento deve ser realizado na esfera local corroborando com o processo de descentralização das ações de controle da TB e mudança do modelo de atenção com reorganização de serviços. (BRASIL, 2002c).

De acordo com Villa et al. (2006a), atividade como a supervisão da dose medicamentosa pode ser descentralizada em níveis periféricos da rede de serviços de saúde. Para isso, é necessária a organização do sistema de serviços com enfoque nos aspectos técnico-operacionais para a execução do tratamento supervisionado, envolvendo questões como a disponibilidade de medicamentos tuberculostáticos, a distribuição da medicação, o local e a frequência das supervisões e os atores envolvidos nesse processo. Os mesmos autores enfatizam que o processo de descentralização do tratamento da TB exige que atividades como a dispensação da medicação também sejam descentralizadas e organizadas paralelamente. Para tanto, é fundamental uma estrutura mínima nos serviços de saúde, além da preparação das equipes locais para que as atividades sejam efetivas e respondam à realidade local.

Essa tendência de descentralização de algumas atividades técnicas reflete o movimento de integração da NOAS (2001), incluindo PSF e PACS e é incorporada pelo Programa Nacional de Controle da TB (2004) no sentido de garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento para o controle da doença. (VILLA et al., 2006a).

Cabe ressaltar que a implementação do tratamento supervisionado nos municípios tem se conformado de acordo com as peculiaridades locais, adequando a estratégia conforme suas necessidades e disponibilidade de recursos. (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Nesses termos, a realidade de saúde dos municípios que compõem o DSEI Potiguara acompanha peculiaridades que denotam facilidades e fragilidades quanto à implementação do tratamento supervisionado nos serviços de atenção básica dentro das áreas indígenas. As dificuldades decorrem de deficiências organizacionais do PCT nos municípios, como rede integrada e articulada com o DSEI na oferta de serviços de controle da TB às populações indígenas locais.

Contudo, é válido ressaltar que diante de casos de difícil manejo terapêutico em razão de multiresistência ou de reações adversas aos medicamentos faz-se necessário que o paciente seja tratado e acompanhado nas unidades de referência. Logo, uma das prerrogativas da equipe nesse processo é o acompanhamento dos casos, conforme os depoimentos que seguem:

“A gente fica tentando saber notícias! Tentando porque a gente nem tem muito tempo. A gente às vezes liga! Quando a gente chega no Pólo, já é pra ir pra aldeia de manhã cedo, quando volta já é hora de ir embora. Mas muitas vezes a gente liga para o hospital ou para assistente social para saber. Muitas vezes a gente vai na casa dele para conversar com a esposa, com a família dele [...]” (E2 – L: 746/749)

“[...] mesmo ele estando em referência, ia ver esses comunicantes, não só solicitar os exames e também acompanhar na medida do possível, o que está acontecendo a nível de referência.” (E1 – L: 823/825). Identificamos nos trechos citados que os participantes realizam o acompanhamento dos casos que se encontram em tratamento na referência, seja por meio do contato com a família ou pela busca de informações na unidade de referência que muitas vezes é dificultada pela falta de tempo disponível durante a rotina diária desses profissionais.

É importante ressaltar que esse acompanhamento também contempla as visitas para investigação e acompanhamento dos comunicantes, como atividade prevista pelo MS no que concerne à prevenção da TB, sendo as mesmas executadas por essas equipes, conforme os próximos relatos: “Foram feitos todos os exames dos comunicantes! [...] Fizeram todos PPD, alguns fizeram Raio X, alguns não queriam fazer o Raio X em João Pessoa, mas, com muita insistência, fizeram [...] nenhum precisou tomar a medicação.” (E2 – L: 416/430).

“[...] vale salientar que a nossa preocupação deve ser também com os comunicantes, em relação principalmente aos AIS [...] buscar esses comunicantes e mostrar a eles a importância do tratamento caso seja necessário. E se o portador, ele abandonar esse tratamento, como fica? É complicado, principalmente na nossa área, que é uma área de risco! As famílias estão agregadas em uma só casa, em um só domicílio. Quer dizer [...] vive com crianças! Atentar para a vacinação dessas crianças, atentar para a vacinação desses comunicantes, caso eles não sejam ainda vacinados, [aqueles] que fizeram os exames e deram negativo, a gente tem toda essa preocupação nesse acompanhamento, embora tenha a resistência [...]” (E2 – L: 131/140).

Esses depoimentos atestam a preocupação da equipe no acompanhamento dos comunicantes, em cumprimento as prerrogativas do PCT, particularmente no que concerne a questão indígena. Nesse aspecto, observa-se também a resistência desse grupo à abordagem da equipe para acompanhamento dos comunicantes:

“[...] Na minha vivência, uma família resistiu! ‘Não, eu não tô doente! Quem tá doente é ele!’ Aí toda essa luta pra gente esclarecer a

importância e também assim [...] até eles entenderem [...] que também poderá ser portador sem saber e com isso, contaminar toda uma comunidade.” (E2 – L: 309/313).

Neste grupo, a quimioprofilaxia está indicada em todo o contato de tuberculose bacilífero, reator forte ao PPD, independente da idade e do estado vacinal, depois de afastada a possibilidade de tuberculose-doença, através da baciloscopia e do exame radiológico. (BRASIL, 2002c; 2004). Contudo, a questão da profilaxia é apontada como uma atividade não realizada pelas equipes que se mostram privilegiadas pelo fato de não haver necessidade, até o momento, de adotar essa prática, conforme exposto por uma das categorias profissionais: “Graças a Deus, não houve necessidade [da quimioprofilaxia]!” (E1 – L: 332).

Um outro recurso preventivo disponível nos serviços de saúde é a vacinação BCG. A equipe menciona que por meio de insistência e sensibilização conseguiram superar as dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho com a população indígena, uma vez que esta apresentava resistência para realização de tal procedimento, conforme os seguintes depoimentos: “Melhorou essa questão da vacinação porque tem uns casos que as mães não queriam vacinar contra tuberculose porque ‘Não! Fica aquela ferida no braço! Essa é uma vacina que tem que furar o menino’ [...]” (M1 – L: 231/233); “Melhorou [...] elas até [...] ‘Olhe! Ele nasceu e não deu tempo de vacinar, então eu quero a BCG! Aquela da marquinha no braço!’ [...]” (E1 – L: 234/236); “A gente vê a questão da cicatriz da BCG [...] a gente faz BCG em todas as crianças e vê a questão de quem não tem cicatriz, mesmo adulto, a gente está fazendo!” (E2 – L: 359/361).

“Eu coloquei aqui essa questão de reimunização e imunização. Porque assim a gente tá com um crediário muito grande na área indígena com relação às vacinas. Aqui a gente vacina qualquer pessoa de qualquer idade, pra BCG não é necessário ser recém nascido. Se a gente pega uma pessoa que não tem nenhuma cicatriz vacinal e nada que comprove que ela já tenha tomado alguma [...] a gente vacina ou revacina!” (E4 – L: 942/946).

Através desses depoimentos, observamos que a imunização é uma importante ação incorporada pelas equipes e consolidada na rotina de serviços na perspectiva de prevenir a ocorrência de casos de TB.

A vacina BCG confere poder protetor às formas graves de primo-infecção pelo *M. tuberculosis*. No Brasil, a vacina BCG é prioritariamente indicada para as crianças de 0 a 4

anos de idade, sendo obrigatória para menores de 1 ano, como dispõe a portaria nº 452 de 06/12/76 do MS.

Em se tratando da prevenção da tuberculose, Muniz (2004) afirma que a avaliação da imunização em uma dada população ao longo do tempo, juntamente com o acompanhamento dos contatos de casos diagnosticados de TB, compreendem ações pautadas na longitudinalidade. Para tanto, o aspecto longitudinalidade significa lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos. (STARFIELD, 2002). Significa ter uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais e os pacientes, incorporando ações como, por exemplo, o acompanhamento de comunicantes, bem como de doentes durante o seu tratamento, seja no próprio município ou na unidade de referência.

Nessa perspectiva, reconhecemos que para promover melhor desempenho das equipes de saúde no manejo dos casos de tuberculose, os serviços devem ser organizados e ajustados às especificidades hierárquicas do sistema de saúde, permitindo que o usuário transite e seja atendido nos diferentes níveis de atenção.

Entretanto, os depoimentos apontam que o acompanhamento de casos de TB em tratamento na referência tem sido dificultado em virtude da fragilidade operacional dos mecanismos de referência e contra-referência. Este descompasso revela a fragilidade da organização da rede de serviços. A integração da atenção básica aos demais níveis do sistema pressupõe articulação entre os mesmos, e seu uso informado pelos profissionais de saúde, o que não se tem verificado, conforme as afirmações que seguem: “O serviço não dá contra-referência pra nós! [...] a [dificuldade] é da contra-referência só porque quando é encaminhamento não tem problema.” (M3 – L: 901/903); “[...] [informação] só quando eu vou atrás, quando a gente procura porque o serviço de lá não te manda a contra referência [...]” (M3 – L: 880/881). Diante de tais relatos, apresenta-se a extensão dos desafios da coordenação em promover compartilhamento de informações a respeito de pacientes geradas em diferentes níveis do sistema.

Nessa perspectiva, Starfield (2002) acrescenta que dentro de um manejo continuado os desafios da coordenação se configuram a partir da necessidade de diálogo contínuo entre os diferentes níveis de atenção para solucionar qualquer mal-entendido ou para evitar a ausência de informações que poderiam interferir com seu melhor manejo.

Um dos objetivos centrais do SUS é garantir o cumprimento da diretriz de integralidade da atenção na gestão dos sistemas municipais de saúde. Para tanto, deve ser assegurado a todo indivíduo que a complexidade do seu problema será contemplada

considerando-se os princípios doutrinários do SUS. Logo, a estratégia para melhor cumprir o princípio da integralidade é a da descentralização de recursos, obedecendo à hierarquização tecnológica de modo a garantir o acesso dos indivíduos aos benefícios através da rede de referência e contra-referência. Nessa lógica, todo indivíduo que demanda os serviços básicos deve ter garantido o acesso aos recursos de maior densidade tecnológica, devendo retornar ao nível primário, uma vez resolvido o seu problema. (BRASIL, 2002a).

Em estudo realizado por Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) foi avaliada a articulação das Unidades de Saúde da Família (USF) nos demais níveis de complexidade em dez grandes centros urbanos. Em cinco cidades, 70% das famílias consideraram a USF resolutiva, informando que geralmente conseguiam resolver seu problema de saúde quando atendido pela equipe. Os melhores resultados foram observados em Vitória da Conquista e Aracajú, apontando 80% de resolutividade. Nos municípios de Goiânia, Palmas e Manaus, cerca de um terço das famílias perceberam o atendimento da equipe de saúde da família não resolutivo, precisando procurar especialista após consulta no PSF.

Ainda segundo os mesmos autores, pode-se dizer que a descentralização dos serviços de saúde se efetivou no país, contudo ainda não foi constituído um sistema integrado de saúde - hierarquizado e regionalizado - que facilite o acesso e permita a continuidade do cuidado garantindo atenção integral. Portanto, a consolidação do PSF como porta de entrada ao sistema de serviços de saúde implica em criar mecanismos de integração entre os serviços e maior resolutividade da atenção básica.

De acordo com Villa et al. (2006a), as atividades de controle da TB que se organizam no sistema de saúde de forma descentralizada incluem aquelas de natureza técnica como as ações de busca de SR e tratamento supervisionado, realizadas nos serviços mais periféricos do sistema de saúde como as UBSs e PSF através de uma equipe generalista. Por outro lado, atividades gerenciais incluindo planejamento terapêutico, notificação compulsória, sistema de informação, planejamento de insumos e medicação, monitoramento e avaliação se organizam no sistema de saúde de forma centralizada. (VILLA et al., 2006a). Para tanto, atribui-se a coordenação à negociação constante com os diversos níveis para inserir a TB como prioridade de saúde no município, bem como estimular o envolvimento das equipes para a incorporação das ações de TB na esfera local. (MUNIZ, 2004).

Partindo desse pressuposto, observa-se que no processo de descentralização estão presentes, entre outros aspectos, a transferência de responsabilidades de atividades de controle da doença e o envolvimento dos atores chave, tanto na esfera central, como local, uma vez que é impossível viabilizar a descentralização das ações de saúde sem a disposição para

delegar responsabilidades e sem uma efetiva participação dos atores chave dos diferentes níveis. (MUNIZ et al., 2005).

Através dos depoimentos que vincularam os discursos até aqui apresentados, que manifestam o caráter da responsabilização da coordenação, identificamos uma tendência de centralização das atividades de diagnóstico/tratamento da TB, ocorrendo principalmente nas unidades de referência, em virtude do despreparo das equipes locais para a incorporação dessas atividades, uma vez que exige habilidade gerencial da equipe local para planejar tanto a assistência ao doente quanto para disponibilizar os recursos locais necessários.

Nesse contexto, apesar do diagnóstico e tratamento da TB constituírem uma atividade técnica predominantemente descentralizada, nota-se uma dificuldade de incorporação dessa idéia pelas equipes locais. Sobre esse tema, Muniz et al. (2005) argumentam que essa dificuldade deve-se à falta de capacitação permanente e à forma de organização dos serviços de saúde, o que coincide com as informações dos seguintes relatos: “Foi feito tipo um treinamento pra eles, alguns sinais e sintomas pra eles ficarem alerta! [...] foi feito só ‘Gente vamos ficar atenta a pessoa com tosse há mais de um mês, com febre no final da tarde’, essas coisas [...].” (E3 - L. 81/88); “Houve um simpósio, entendeu? De dois dias [...] acho que foi repassado pra gente, mas treinamento específico mesmo não houve.” (E3 - L. 154/155). Os depoimentos mostram que a política de capacitação de recursos humanos para a TB, desenvolvida pelo DSEI Potiguara, é pautada por processos educativos de natureza pontual e descontínua, não se caracterizando como uma educação permanente. Isso confirma as palavras de Almeida et al. (1997), quando dizem que, de uma forma geral, os processos de capacitação dos recursos humanos nos serviços de saúde navegam ao sabor de propostas de atendimentos pontuais e fragmentadas. Nesse sentido, recomenda-se que os processos de capacitação adotem metodologias interativas, articuladas com o processo de trabalho, com perspectivas intervencionistas, dentro da linha da educação permanente, na qual é imprescindível o apoio político institucional. (GERMANO et al., 2005)

Segundo Sena (2007), capacitar é tornar habilitado para o desempenho de uma função, é qualificar a pessoa para determinado trabalho. A importância da capacitação encontra-se na possibilidade de acesso a informações e conhecimentos, dando condições plenas para o exercício de determinada função. Nesse processo, o mesmo autor destaca a importância que se trabalhe as habilidades básicas e específicas, ou seja, além de apreender conhecimentos, a pessoa deverá ser estimulada a exercitar suas competências básicas, que trata de sua comunicação, relacionamentos interpessoais, e sua capacidade de participar do trabalho em equipe.

Nos próximos relatos podem ser percebidas algumas dificuldades apontadas pelos integrantes da pesquisa, em temas coincidentes, quando ressaltam a inexistência de capacitações: “A dificuldade é uma só não só como agente de saúde, mas na equipe [...] quantos anos? Que foi feita essa capacitação? Seis anos! Já tá precisando de uma nova [...]” (AIS1 – L: 549/550); “[...] a gente sente a falta de um treinamento, de uma capacitação [...] que venha ajudar mais [...]” (AIS9 – L: 1045/1046). Diante dos relatos obtidos, é evidente a necessidade de capacitação da equipe que se mostra consciente de suas limitações para lidar com o desconhecido, à medida que a TB é uma realidade pouco enfrentada no cotidiano do DSEI Potiguara, conforme é apresentado no próximo relato: “[...] sem a capacitação, fica um pouco mais difícil pra gente [...] por que a gente nunca vivenciou [casos de tuberculose].” (AIS1 – L: 190/191). Dessa forma, o interesse no processo de capacitação para um melhor desempenho de suas atribuições acompanha sentimentos de esperança e atitude positiva diante de tal fragilidade do sistema: “[...] eu tenho esperanças que venham capacitações, mas eu acho que a gente tem que cobrar mais!” (AIS1 – L: 687/688).

O desconhecimento sobre a TB é outro fator agravante que se destaca nesta análise, dificultando o seguimento das ações de controle da TB por esses profissionais: “O que eu escrevi [...] tosse há mais de um mês [...] acho que considera tuberculose, né?” (AIS6 – L: 57); “Eu coloquei aqui [...] orientação à transmissão! Do cuidado nas coisas pessoais, do paciente [...] Colher, nas coisas pessoais dela [...]” (AIS1 – L: 292/294); “A gente dá a orientação pra separar prato, talher [...]” (AIS5 – L: 478); “A questão de talher, dessas coisas todas que a gente sabe que quando começa a fazer [o tratamento] tem que separar, realmente é uma doença que tem que separar [...]” (M3 – L: 751/753). Nesses trechos manifesta-se o desconhecimento de alguns participantes sobre a TB. Ao apresentarem dúvidas quanto os seus sintomas voltam-se para estratégias preventivas que não condizem com os casos em tratamento. Acrescentamos ao fato a questão de que a TB é uma problemática pouco enfrentada na realidade dos Potiguara e isso repercute no desconhecimento associado a falta de vivência de casos nessa equipes, conforme o seguinte trecho: “Pelo fato da minha área não ter casos, sei nem sobre o que falar! Se chegar a ter caso [...]” (AIS3 – L: 100/101). Contudo, não se justifica tamanho desconhecimento diante da existência de políticas específicas para essa problemática.

A capacitação é um dos fatores fundamentais para o sucesso e/ou prazer dos profissionais, dentro do processo de trabalho em saúde. Entretanto, no presente estudo, foram relatados pelos participantes que a falta de capacitação para as ações de controle da tuberculose corrobora com o estado de desmotivação e angústia da equipe, desencadeando

dúvidas e inseguranças ao lidarem com as ações desenvolvidas no serviço: “[...] você às vezes está vivenciando pouco, no caso, fica com medo, naquela angústia: ‘será que eu não estou achando esses casos porque eu não sei os sintomas de um paciente com tuberculose? [...]’” (M1 – L: 208/210). Nesse texto, observamos que a falta de vivência de casos de TB e o desconhecimento da patologia contribuem para que o sujeito da pesquisa se mostre inseguro perante a sua prática, sentimento este igualmente relatado no próximo depoimento: “Eu não me sinto preparada pra enfrentar um caso desse [...] eu mesmo [sinto medo] de a gente ter um caso e passar batido [o paciente] não querer ir ao posto de saúde e passar batido por nós AIS.” (AIS3 – L: 676/684). Dessa forma, a ausência de capacitação é indicada como motivo de insegurança dos sujeitos da pesquisa no exercício cotidiano de suas atividades de controle da TB, assim como fonte de descrédito na eficácia de suas práticas.

Nessa linha de pensamento, o próximo relato ressalta as dúvidas e inseguranças vividas pelos profissionais em lidar com a TB, com a ressalva de que, em um dado momento, reconhecem-se que as poucas experiências vividas podem ser traduzidas em pequenos gestos e ações significativas durante a prática profissional:

“[...] às vezes eu ficava pensando ‘Meu Deus! Se aparecer um caso de TB será que eu vou saber notificar? Porque eu nunca fiz treinamento nenhum e aí, se houver? Como é que eu vou fazer?’ Mas quando a gente está num momento multiprofissional como esse a gente sabe que alguma coisa vai conseguir fazer, nem que seja um encaminhamento! [...] mas desde a confiança que você vai ter daquele paciente que alguma coisa vai sair dali.” (E4 – L: 1189/1194).

Essas dificuldades apontadas repercutem diretamente na execução das demais ações de controle da TB, como é o caso das atividades educativas, conforme os relatos a seguir: “Para gente falar de um determinado assunto, a gente tem que conhecer bem e não adianta a gente juntar a comunidade, fazer uma palestra sem saber direito do que estamos falando.” (AIS5 – L: 651/653); “Têm palestras que muitos perguntam [...] aí tem que estar preparado pra responder porque deixar sem resposta [...] ‘Olha aí! Não tá sabendo de nada!’” (AIS4 - L: 674/677);

“Eu acho que pra se fazer uma palestra, no caso, nós agentes de saúde, quanto a tuberculose ou qualquer outra doença, a gente tem que está muito bem informado [...] do que vai falar, porque é uma doença muito séria e não adianta a gente estar falando, falando, porque a gente muitas vezes não sabe a fundo o que está dizendo.” (M1 – L: 208/210).

Nesses relatos, evidenciamos a preocupação dos participantes quanto à sua preparação no momento de passar a informação em meio às palestras educativas na perspectiva de oferecer informações de qualidade à população.

De uma maneira geral, os participantes manifestam que o processo de capacitação em TB pode contribuir para o enfrentamento dos problemas no cotidiano, à medida que possibilita a aquisição de conhecimentos sobre a doença e sobre o manejo de suas práticas profissionais. Sobre esse assunto, Germano et al. (2005) afirmam que os processos de capacitação proporcionam a atualização dos conhecimentos, ampliam a visão sobre as políticas de saúde como um todo, ajudam a reflexão sobre a práxis, além de propiciarem maior segurança na atenção básica.

Nos próximos relatos podem ser percebidas as expectativas dos participantes quanto a segurança ofertada pelo processo de capacitação: “A partir do momento que a gente faz parte de uma capacitação, a gente vai voltar para a nossa área com mais segurança, com um olhar diferente! Na realidade, a cada capacitação que a gente realiza seja de que programa for [...] resta a segurança [...]” (E1 – L: 180/182); “[...] é importante a gente ter essa capacitação, porque quando vier [...] a acontecer, a gente já está preparada pra poder levar [...] em frente e todo mundo se organizar melhor possível.” (AIS1 – L: 216/219). Diante dos relatos obtidos é marcante o reconhecimento dos benefícios da capacitação por parte da equipe, principalmente no que tange a obtenção da segurança no momento da conduta adotada em suas práticas profissionais e como coadjuvante no processo de organização das ações desenvolvidas.

Um estudo realizado por Germano et al. (2005), no município Natal/RN, sobre a política de capacitação de recursos humanos para a estratégia saúde da família, revela serem as condições de trabalho e a infra-estrutura deficiente dos serviços as maiores dificuldades para a efetivação das capacitações nos PSFs. Na atualidade, o PSF é concebido como uma estratégia estruturante da atenção básica, embora ainda em fase de implantação e expansão, enfrentando barreiras e problemas no contexto da infra-estrutura e do funcionamento da rede de serviços em todos os níveis de atenção.

Para Arcêncio, Oliveira e Villa (2007) o Brasil dispõe de estratégias como a expansão do PSF e PACS, no sentido de possibilitar maior acesso das populações atualmente atingidas pela TB. Contudo, para a proposta de integração da TB com as ações de atenção básica, faz-se necessário um envolvimento das equipes qualificadas que atualmente vêm desenvolvendo a assistência a esse tipo de clientela. Nesse aspecto, sensibilização e capacitação podem ser consideradas como o ponto-chave nesse processo, destacando a educação permanente como um importante requisito para o aprimoramento das equipes na identificação desses casos.

Segundo Ceccim (2005), a educação permanente é permeada por relações concretas e possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos produzidos no trabalho. Insere-se em processos que vão do interior das equipes às práticas organizacionais institucionais e/ou setoriais, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, envolvendo as políticas de saúde. Nesse contexto de parcerias institucionais e de esforço conjunto para efetivação das políticas governamentais do setor saúde, as Secretarias Municipais de Saúde exercem um papel incisivo e decisivo na operacionalização de tais políticas. (GERMANO et al., 2005).

No que concerne à capacitação de recursos humanos para a saúde indígena, esse processo deve ser priorizado como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS diante das especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e das novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. (BRASIL, 2000a).

Para tanto, deverão ser promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização para gestores e para os profissionais da equipe de saúde, além de assessores técnicos - indígenas e não indígenas - das várias instituições que atuem no sistema. O órgão responsável pela execução desta política deverá organizar um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena. (BRASIL, 2000a) Quanto à TB, importa ressaltar que os depoimentos enfatizam deficiências nas políticas de capacitação de recursos humanos para esse fim no DSEI Potiguara.

Ademais, torna-se imperativo salientar que a necessidade de capacitação decorre, entre outros fatores, da perspectiva de melhorar a abordagem ao paciente com TB, como poderoso instrumento de adesão ao tratamento, à medida que a capacitação alia aquisições de informações e aptidões básicas ao profissional no momento da prática profissional das equipes que lidam diretamente com as comunidades:

“A primeira parte que foi colocada pra gente [no simpósio] foi sobre abordar o pessoal na casa deles! A família [...] então a gente foi orientado que deveria ter o máximo de cuidado pra não criar aquele tumulto na cabeça do paciente, do indivíduo que está sendo perguntado, pra que ele não possa se sentir já ameaçado [...]” (AIS – L: 220/227).

Nesse relato, a questão da abordagem ao paciente foi evidenciada como instrumento de orientação durante as formações já ocorridas. Por outro lado, os próximos textos problematizam a forma de abordagem ao paciente de TB, considerando a relação entre o

estigma da doença e a ação alarmante da equipe diante de tal desafio: “É como eu falei assim no início, depende da [forma] como você vai repassar na hora de conversar com aquela pessoa [...]” (AUX3 – L: 493/494).

“A dificuldade maior é a forma de abordar a tuberculose na casa do paciente. Isso daí tem que capacitar o pessoal pra quando chegar [...] não é porque foi tuberculose, já vai todo mundo como se fosse urubu ali e não é dessa forma que tem que fazer! É uma doença como qualquer outra! A mesma coisa de HIV, não tem que fazer espanto nenhum, HIV, tuberculose, qualquer doença é igual, depende da capacitação, dos profissionais, e de como fazer essa abordagem, porque muitas vezes a gente está querendo ajudar, mas a coisa é tão em cima demais que sufoca esse paciente, ele quer ir embora daquilo ali porque aí vem todo o medo. É uma questão de abordagem.” (M3 – L: 252/261).

Esses depoimentos reforçam que a receptividade do paciente ao trabalho da equipe diante de um caso suspeito vai depender da forma como será efetuada essa abordagem. Acrescentamos, ainda, o fato de tal circunstância estar permeada por um contexto culturalmente diferenciado, o que, por si só, dificulta a adesão do paciente ao tratamento, conforme expõe Buchillet (2000), ao afirmar que o contexto sócio-cultural do paciente condiciona, de fato, tanto a busca e o acesso aos cuidados de saúde quanto a adesão ao tratamento.

Além dos problemas de comunicação propriamente dita, as concepções dos povos indígenas relativas ao processo saúde-doença e aos mecanismos e modos de contágio, contaminação e transmissão de doenças podem ser diferentes daquelas da lógica do pensamento científico ocidental. Tais concepções prejudicam a compreensão pelo doente das explicações médicas e, de modo mais geral, a recepção das mensagens de prevenção veiculadas pela medicina ocidental. (BUCHILLET, 2000). O texto a seguir evidencia as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde indígena no trabalho de adesão do paciente ao tratamento da tuberculose em razão das crenças perpetuadas por gerações passadas sobre essa doença:

“A orientação hoje da enfermeira ou do médico, vai contra o que eles sempre ouviram desde pequenos dos pais! Que tuberculoso tem que ficar isolado, que tuberculoso até no vento pega [...] e tem aquela cultura toda dos pais, dos avós, que mesmo às vezes o enfermeiro, o médico orientando, eles não querem saber! Querem saber do que a mãe e os avós vinham dizendo!” (AIS5 – L: 479/481).

Para Buchillet (2000), a natureza do regime terapêutico para a TB também constitui um desafio para o profissional de saúde, já que implica na administração e na tomada cotidiana – ou duas a três vezes por semana – de três ou quatro medicamentos durante no mínimo seis meses. A referida autora menciona que as concepções indígenas sobre os mecanismos da eficácia terapêutica consideram que a cura é, principalmente, baseada na recitação de encantamentos terapêuticos altamente formalizadas sobre líquidos ou plantas.

Nessa perspectiva, os seguintes depoimentos manifestam coincidências de posição sobre o tema: “Na maioria das vezes eles são mais teimosos principalmente os de mais idade. ‘Não! Eu vou tomar um chazinho tal, eu vou tomar um não sei o quê [...]’.” (AIS5 – L: 377/378); “Mas aqui ainda existe muito, eles quererem se curar com remédio caseiro. Não todos, mas alguns ainda.” (AUX3 - L. 264/265); “[...] antes de acontecer isso ele falou assim ‘Ah! Isso aí não é nada não! Eu me curei da 1ª vez com remédio caseiro, aí vou me curar de novo!’.” (AIS11 – L: 326/328).

Contrariando as posições ora emitidas pelos sujeitos desse estudo que atribuem a falta de adesão ao tratamento de TB a traços peculiares de desobediência dos doentes, Stornni (200_) alerta que a valorização das práticas fitoterápicas tradicionais dos Potiguaras faz com que esse conhecimento seja um traço visível da identidade étnica desse grupo. Nessa perspectiva, a referida autora relata que após estudo realizado com índios Potiguaras sobre o resgate do saber indígena acerca das plantas medicinais, revelou-se que o saber fitoterápico está no inconsciente coletivo emocional dos Potiguara, ressaltando que é através desse conjunto de crenças que eles se defendem das doenças e se protegem, ao mesmo tempo que se distinguem dos não índios. Tal concepção pode dificultar a compreensão da racionalidade e da necessidade de um tratamento de longa duração, como, por exemplo, no caso da tuberculose.

Contudo, o depoimento seguinte contradiz a proposição de que as práticas fitoterápicas são traços visíveis dessa população, haja vista a adesão dessas mesmas práticas pela população não indígena:

“[...] Eu conheço os 34 DSEIS [...] conheço e sei que aqui na Paraíba é totalmente diferente porque [...] o idioma é português, não fala mais tupi, agora muitos estão estudando, mas não falam, enquanto que nos outros você tem a barreira linguística, que eles falam muito mal o português, então eu acho que não tem essa dificuldade [...] O DSEI Potiguara ele é já aculturado, ele não tem mais aquela cultura enraizada, porque a população não índia também faz essa mesma

coisa, de querer tratar com [...] garrafadas, com isso, com aquilo [...]" (M3 – L: 242/253).

Uma outra questão apontada é a concepção de que a TB ainda é uma doença permeada por estigma social, levando o indivíduo a uma condição diferenciada negativamente que colabora com o afastamento sutil e posterior segregação do indivíduo do ambiente em que vive. (VENDRAMINI, 2001). Desse modo, o paciente pode vivenciar situações traumáticas e constrangedoras que o estigma da doença proporciona, levando-o a desistir do tratamento por uma questão que está associada ao imaginário social: “Ele escondeu tudo! Ele não queria que a FUNASA tratasse dele, ele não queria nada, só que no outro dia eu vi ele vindo aqui pra pegar as passagens pra ir [para João Pessoa]. Aí eu disse já que ele não quer assunto com a FUNASA, porque ele veio pegar as passagens, pra resolver o quê?” (AUX4 – L: 310/311); “Será que o paciente não quer? Ou será que ele está fazendo esse tratamento escondido por conta da marginalização que está ocorrendo com ele aqui na aldeia?” (M3 – L: 844/846); “O que ele está colocando pra vocês é simplesmente uma desculpa pra vocês não saberem que ele está inserido na referência.” (M3 – L: 332/334).

Constatamos que esses depoimentos retrataram uma das dificuldades enfrentadas pela equipe diante de um paciente que se nega a ser tratado no município, preferindo o anonimato que o tratamento da referência pode oferecer em razão da marginalização sofrida na realidade em que vive. Além disso, foi contemplado que a opção de ser tratado em outro município também era válida para aqueles que buscavam o anonimato durante o tratamento: “[...] Teve outro, mas eu não conheci porque ele fazia tratamento em Cabedelo. Aí, acho que tinha vergonha, eu não sei, a gente foi lá várias vezes, mas ele não tava em casa [...]” (E2 – L: 187/189). Os sujeitos da pesquisa relatam ainda que muitos pacientes se isolavam do convívio social e pediam segredo da situação vivenciada em virtude da marginalização sofrida por eles, uma vez identificados como tuberculosos: “[...] a gente teve um caso, ave Maria! Não queria sair de casa, não conte pra ninguém.”(AUX1 – L: 51/52).

A marginalização também foi referida pelos participantes da pesquisa durante a discussão sobre as prioridades do paciente tuberculoso na fila de espera para as consultas nas UBS, conforme relatos a seguir:

“[...] na hora que você coloca um paciente na frente do outro porque esse paciente tem TB, vaza a coisa, você está automaticamente discriminando e provocando discriminação de TB na comunidade. Por isso que eu não faço! Esse paciente mesmo, ele é um paciente com tuberculose, já ta em tratamento e queria passar na frente eu disse não!

O nome do senhor está aqui, o senhor vai aguardar. Nos meus pacientes eu não dou prioridade! É ordem de chegada mesmo! A não ser que seja uma emergência!” (M3 – L: 348/359).

Contrariando essa posição, o próximo texto defende a prioridade do paciente com TB na fila de espera, em virtude da possibilidade de transmissão da doença em ambiente fechado: “Eu já acho que tem prioridade! [...] Porque se a pessoa tá ali, fazendo aquele tratamento, disse que tá com tuberculose [...] espirro, tosse, alguma coisa assim, tá o ambiente ali cheio de gente, eu acho que poderia botar ele pra ele ir logo embora pra casa!” (AIS13 – L: 348/353). Problematicando a questão da fila de espera, o relato seguinte reitera a não preferência do paciente com TB na fila de espera, considerando a impossibilidade de transmissão da doença quando o tratamento já está iniciado: “Eu não acho que tem prioridade [...] o paciente se estiver na fase bacilífera, ele vai tá transmitindo a parte bacilífera, mas se ele já tá em tratamento ele não tem prioridade porque aí já passou da fase de transmissão da doença.” (M3 – L: 359/361).

Nos próximos depoimentos, a prioridade só é considerada em casos particulares, como, por exemplo, para pacientes em início de tratamento ou que estejam debilitados. Atribui-se a esse fato a questão da discriminação que passa a existir a partir do momento que ele é priorizado e reconhecido pela comunidade como tuberculoso: “Depende se ele já está em tratamento ele vai esperar. Se ele não tiver sentindo nada, nenhum sintoma [...] se estiver bem, ele espera! Agora, se for um caso novo, um caso ainda que o paciente tá debilitado, ele vai ter prioridade!” (E2 – L: 169/171); “Se for um paciente que tá iniciando o tratamento ele pode ter acesso, ser atendido rápido. Mas caso não, ele tem que esperar [...]” (AUX3 – L: 393/394).

Uma outra questão que chama a atenção é a importância de estratégias que venham colaborar com a adesão dos pacientes ao tratamento, como, por exemplo, o fornecimento de cestas básicas, prática inexistente no contexto dos DSEI segundo os próximos relatos: “Não há cesta básica [...] porque deveria ter cesta básica! Eles têm direito a cesta básica!” (M1 – L: 459/460). Mais que um direito, a próxima declaração ressalta a necessidade deste incentivo frente às condições de subnutrição vivenciadas por pacientes portadores da TB:

“[...] a gente ficou muito sensibilizado porque a gente sabe, tá fazendo tratamento de TB, aquela medicação um pouco forte. Tem que ter uma alimentação adequada e essa família passava fome. Então o que foi que a gente fez? A princípio, nós da equipe, cada um trouxe 1 Kg de feijão, arroz, a gente fez uma feirinha e depois falamos com o pessoal da FUNAI e foi dado uma cesta básica [...]” (E3 - L. 585/592).

Esse depoimento expressou a necessidade de incentivos como “cesta básica”, considerando a questão da subnutrição existente entre a maioria dos pacientes reunidos em condições de miséria e fome. Contudo, não se trata de um direito do paciente com TB, mas de uma iniciativa que deve partir da gestão de serviços, juntamente com o serviço social do município na perspectiva de promover bem estar ao paciente e facilitar a sua adesão ao tratamento a longo prazo.

A correlação bidirecional entre tuberculose e pobreza é inquestionável. Conhecer esta relação é um passo determinante para quebrar esse ciclo vicioso. Estudo realizado por Costa Neto (2004) identificou que a tuberculose que permanece endêmica no país é a chamada “tuberculose da miséria.” “A verdadeira doença primária que acomete uma parte considerável da sociedade que deve e precisa ser atacada imediatamente, é a miséria e a tuberculose disseminada na parte pobre da população pode ser entendida como um índice de miséria” (COSTA NETO, 2004, p. 172). De acordo com o mesmo autor, a estratégia de combate da tuberculose não pode mais se centrar somente no tratamento da doença, devendo-se deslocar para o combate à miséria. Nesses termos, em estudo sobre a implantação da estratégia DOTS no Estado de São Paulo, Villa et al. (2006a) ressalta que uma das ações frequentemente utilizadas pelas equipes, além da supervisão medicamentosa, refere-se à entrega de incentivos e benefícios (cestas básicas, vale-transporte, entre outros), elementos considerados facilitadores no processo de adesão e no estabelecimento do vínculo.

A entrega de incentivos segundo a maioria dos coordenadores contribuiu nas relações entre o paciente e o profissional de saúde, tendo em vista que o profissional passa a reconhecer o paciente em sua forma integral, holística e, este, por sua vez, tende a valorizar as ações de saúde desempenhadas pelo profissional. (VILLA et al., 2006a, p. 96).

Ademais, ao lançar mão de práticas humanizadas as equipes buscam atingir as necessidades individuais do paciente para além da doença, valorizando suas singularidades e articulando-se com outros setores. Assim, o enfoque da integralidade da assistência é vivenciada, contrapondo-se à abordagem fragmentária e reducionista do modelo de assistência à saúde tradicional. O novo olhar por parte do profissional compreende o sujeito no enfoque biopsicossocial. Esse novo olhar é caracterizado pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos. (ALVES, 2005).

No contexto da pesquisa, as declarações reiteram ainda as dificuldades vivenciadas pela equipe na abordagem ao paciente e conseqüente adesão ao tratamento de TB. Para tanto,

as equipes devem proceder com cautela devido a situação de vulnerabilidade que esses pacientes se encontram, pautando-se nos princípios do acolhimento e vínculo. (MUNIZ, 2004).

Os depoimentos abaixo retratam o vínculo existente entre a população e aqueles profissionais veteranos, principalmente os de igual etnia: “[...] quando adoecem nos procuram logo na aldeia [...] porque eles já sabem que tem aquela desde antes, desde o início, há sete anos, então [...] quando adoecem, às vezes nem procuram as meninas mais novas, eles só procuram a mim [...]” (AUX1 – L: 508/513); “[...] como foi por muito tempo agente de saúde, muita gente sabe onde é a casa dela e vai a qualquer hora lá [...]” (AIS1 – L: 510/511). Nesses textos, o vínculo é apresentado através da confiança estabelecida entre os pacientes e os profissionais. A declaração seguinte reitera que esses profissionais se mostram disponíveis em suas casas e no próprio serviço a atendê-los segundo suas necessidades, através de contratos informais: “Marque um horário assim, bem individual que só esteja eu! De meio dia ou de seis e meia da manhã. Ou pra ser o primeiro, ou pra ser o último!” (E2 – L: 522/523).

Contudo, um traço visível nas equipes multiprofissionais de saúde indígena foi a questão de profissionais novatos no serviço, contrariando os preceitos de vínculo entre a população e os usuários: “Eu nunca vivenciei um caso. Só faz uma semana que fui contratada [...]” (AUX2 – L: 108); “Ela chegou há pouco tempo! Ela é uma AIS novata [...]” (E3 – L: 20/21). Nos depoimentos em análise, observamos que a questão de profissionais recém-contratados dificulta não apenas o vínculo a ser estabelecido como processo decisório na adesão ao tratamento de TB, mas também as questões burocráticas do dia-a-dia, haja vista que o profissional não detém toda a informação necessária para desenvolver seu trabalho, tornando-se alheio às prerrogativas e até às suas próprias atribuições: “[...] aproveito o momento agora pra gente discutir isso, perguntar a [enfermeira da equipe] porque também eu estou na equipe vai fazer três meses ainda e eu não procurei me informar como fica [...] como está funcionando essa referência [...]” (M1 – L: 371/373). Particularmente nesse último relato, o sujeito novato ressalta que o momento da pesquisa tornou-se oportuno para maiores esclarecimentos quanto ao sistema de referência, até então desconhecidos por ele. Nesse caso, retomamos a questão da fragmentação do sistema e da ausência de compartilhamento de informações necessárias para o bom andamento das ações desenvolvidas pela equipe.

No que tange ao acolhimento, Campos (2003) ressalta que esse termo deve ser entendido como uma técnica de conversação passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento do atendimento, onde as necessidades que podem vir a ser satisfeitas são identificadas, elaboradas e negociadas.

No contexto indígena, é imperativo a alusão do acolhimento nas práticas de serviços de saúde à medida que a atenção integral à saúde dessa população permeia a incorporação de crenças e valores por parte das equipes, repercutindo em relevante desafio em suas práticas. Esse desafio concorre para a necessidade de capacitação desses profissionais frente a busca de adequação de suas ações às peculiaridades culturais. Dessa forma, as capacitações devem estar entre as prioridades dos Planos Distritais de Saúde e, portanto, incluídas nas metas orçamentárias dos distritos, à semelhança da prestação de serviços de saúde. (BRASIL, 2000).

Os depoimentos a seguir revelam a preocupação dos sujeitos da pesquisa em buscarem informações na área da saúde, como iniciativa mais viável diante das lacunas existentes na preparação dessas equipes em lidar com a TB:

“[...] eu acho que a gente pode fazer também, já que não vêm essas capacitações, busca ativa, ler [...] É importante a gente estar informada na área de saúde. E ler assim na internet! Hoje em dia está um pouco fácil! Até na aldeia tem casa já com internet! Então, pra mim, é super importante, facilita!” (AIS1 – L: 693/696).

“Sempre pego as cartilhas, vou estudando um pouquinho e vou aprendendo um pouquinho mais, tirando um pouco as minhas dúvidas [...]” (AIS 9 – L: 1048/1049). Os textos relatam que a formação ou capacitação das equipes indígenas em TB no DSEI Potiguara é insuficiente, embora haja expressiva demanda para capacitação tanto por parte dos AISs quanto de todos os profissionais envolvidos no serviço. Nesses termos, é marcante a iniciativa dos participantes em se informar através de leituras sobre a temática que proporcionarão maior conhecimento sobre a doença e melhor desempenho nas suas ações de controle. Contudo, ao afirmar que na ausência de capacitação, o profissional deve ser autodidata e, conseqüentemente, buscar seus próprios conhecimentos, os participantes projetam a responsabilização que o Estado impõe ao profissional de saúde em buscar seus próprios conhecimentos diante da inoperância do sistema:

“[...] [o treinamento] é uma falta muito grande, mas se nós estamos atuando dentro da área da saúde e nós não tivemos uma capacitação, eu acho que cada um de nós busque uma dúvida se a gente não está entendendo, busque o livrinho [...] seja autodidata! Vá atrás! Busque! Porque as coisas, elas nem sempre caem do céu e se nós quisermos fazer um ótimo trabalho, nós temos que também buscar pra poder ajudar! Não só esperar!” (AIS8 – L: 1026/1031).

Nessa perspectiva, Germano et al. (2005) apontam para a necessidade da implantação de uma política de capacitação de recursos humanos que contemple todos os componentes das equipes de saúde, afirmando ser essencial a reorganização do serviço, para a obtenção de um melhor resultado dos processos de capacitação realizados. Sendo assim, considera-se que a capacitação é um importante requisito para a incorporação e sustentabilidade das ações de controle de várias doenças no contexto da AB, incluindo a TB. (VILLA et al., 2006a). Para isso, torna-se necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares na atenção básica, destacando aquelas envolvidas com o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional como elementos estratégicos para a construção de novos paradigmas na educação e na prática de saúde. (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

Dessa forma, podemos afirmar que a escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado seja um dos entraves observados na dinâmica atual de saúde do DSEI Potiguara para a implementação das ações de controle da TB. Somadas a essas dificuldades, observamos ainda uma lógica fragmentada, centrada na prática médica especializada, refletindo importantes contradições entre as competências da coordenação e o modo como vêm sendo gerenciadas as ações no cenário da pesquisa.

É nesse momento que a coordenação de serviços passa a exercer forte impacto sob a estrutura operacional do sistema de saúde, a partir de suas funções organizativas no estabelecimento de uma rede integrada de serviços que buscará adequar as ações desenvolvidas pelas equipes dentro da proposta de ruptura do paradigma atual de saúde.

4.1.1.2 O descompasso entre a dimensão política operacional do SUS e a responsabilidade gerencial da coordenação na perspectiva da Atenção Primária à Saúde.

O modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano. O rompimento com esse paradigma permitiu a criação e implantação do SUS, uma vez que o modelo clínico/flexneriano não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população. (CAMPOS, AGUIAR, 2002).

Ao afirmar que os princípios e diretrizes do SUS permitem romper com o paradigma clínico flexneriano, os mesmos autores enfatizam a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde. Segundo Mendes (1993), a mudança no modelo de atenção à saúde delimita o processo de construção do SUS em, pelo menos, três

dimensões ou espaços de transformação: político-jurídico, político-institucional e político-operacional. Na primeira dimensão pode-se afirmar que a criação do SUS já constitui um novo paradigma e, na segunda, observa-se um grande avanço na transformação dos meios e estruturas, consubstanciado na descentralização da gestão e na definição das competências e atribuições para os Estados e municípios.

Por outro lado, o mesmo autor acrescenta que é na dimensão político-operacional que se encontra o maior desafio, à medida que se atribui a esta dimensão a existência de serviços de saúde, públicos e privados, ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e a forma de produção e distribuição destes serviços, numa relação direta e de reciprocidade com uma dada população definida, em termos de suas necessidades, problemas e demandas de atenção à saúde.

Nessa perspectiva, implementar novas práticas de atenção à saúde que de fato garantam à população o acesso universal, a integralidade e a equidade, numa rede hierarquizada de serviços resolutivos permanece como relevante desafio na reorientação do modelo de atenção no espaço político-operacional.

Modelo de atenção à saúde, segundo Paim (1999), é a forma de organização das relações entre sujeitos - profissionais de saúde e usuários - mediadas por tecnologia - materiais e não materiais - utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas - danos e riscos - e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. O atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais - ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico - quanto de vigilância em saúde - ambiental, epidemiológica e sanitária. A adoção de novos pressupostos e métodos, compartilhados por membros de uma comunidade para a resolução de problemas, implica uma mudança paradigmática.

No caso do setor de saúde brasileiro, até a Constituição de 1988, quando por força legal foi prescrito o novo modelo denominado Sistema Único de Saúde, o modelo clínico/biológico/flexneriano era adotado oficialmente como paradigma da saúde. (CAMPOS; AGUIAR, 2002). Segundo os mesmos autores, o modelo legalmente instituído e praticado até 1988 estava estabelecido na Lei 6.229/75, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários. Esta concepção de modelo de atenção à saúde seguia, em parte, a herança do pensamento médico ocidental do século XVIII, fundado no desenvolvimento da clínica e no surgimento do hospital, como forma de compreender a

doença a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e como espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber sobre esta doença.

De outra parte, as influências da escola norte-americana, via modelo flexneriano, fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo, tiveram profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo, na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde vigente. Na atualidade, ainda persistem nos serviços problemas como a baixa qualidade da assistência à saúde, a baixa resolutividade da atenção básica e a permanência do modelo centrado exclusivamente na doença e na fragmentação do cuidado. (CAMPOS; AGUIAR, 2002).

No que concerne à TB, a reprodução do modelo hegemônico e fragmentador nas ações de controle executadas pelas equipes de saúde pode ser percebida como prática adotada na rotina do serviço, conforme expressa o próximo relato:

“A rotina [de busca ativa] é livre demanda. A demanda espontânea por conta do nº de famílias da gente que é muito grande [...] só que a gente tem uma visão especial para esses pacientes com tosse crônica, febre, escarros hemoptóicos [...] a gente vai depender da demanda espontânea [...] porque eles vão pegar e dizer para os agentes de saúde ‘Eu estou com tosse!’. Aí [o AIS] vai ser aquela pessoa que vai interagir com o médico. Às vezes, o paciente não está nem querendo ir para o posto e o papel [do AIS] no momento seria de suma importância porque ele vai convencer ou conquistar o paciente de que ele deveria ir ao posto de saúde.” (M1- L: 36/41).

Observamos, através desse depoimento, que a identificação de sintomáticos respiratórios é realizada pelas equipes através da demanda espontânea, situação na qual o serviço fica “esperando” pelo aparecimento de casos para fazer o cuidar da tuberculose. Essa questão é atribuída ao quantitativo de famílias adscritas na área de abrangência dessas equipes. Além disso, enfatizamos que a identificação de casos nesse cenário é norteadada pela abordagem sindrômica da TB, à medida que as equipes encontram-se atentas às queixas relatadas durante a busca pelo serviço efetuada pelos pacientes.

Na dependência da demanda espontânea, o depoimento retrata a inoperância da busca ativa de casos na comunidade como ação estruturante da rede de serviços de TB, atribuindo aos pacientes a responsabilidade de buscar o serviço, seja na USF ou durante as visitas, onde o mesmo tem que relatar a sintomatologia e o AIS sensibilizá-lo a procurar o serviço, a partir da suspeição diagnóstica.

Esse contexto retrata o modelo hegemônico caracterizado por Paim (1999) no qual se observa o atendimento individual, curativo e baseado na demanda espontânea. Por outro lado, Sousa e Sampaio (2007) ressaltam que ao trabalhar somente com atendimento de demanda espontânea, os serviços se afastam da concepção mais ampliada do SUS, no que tange à integralidade da atenção e a resolutividade dos problemas de saúde.

Nesses termos, Paim (1999) acrescenta que o modelo assistencial preconizado pelo SUS propõe, ao invés da demanda espontânea, uma oferta organizada, em função de prioridades a partir do perfil epidemiológico da população. Desse modo, o modelo incorpora noções de territorialização, integralidade da atenção, impacto epidemiológico e planejamento para a utilização dos recursos.

É nesse momento que a coordenação de serviços passa a exercer forte impacto sob a estrutura operacional do sistema de saúde, a partir de suas funções organizativas no estabelecimento de uma rede integrada de serviços que buscará adequar as ações desenvolvidas pelas equipes dentro da proposta de ruptura do paradigma atual de saúde.

Prosseguindo com a análise do material empírico, percebemos ainda a reprodução do modelo flexneriano no exercício das práticas de controle da TB a partir da supervalorização do espaço hospitalar durante o tratamento dos pacientes vitimados por tal enfermidade:

“[...] eu acho que a gente deveria inserir todos os pacientes de TB na referência do Estado. Se está com o diagnóstico, notificava [...] mas tem que encaminhar pra referência e a referência dá a contra-referência pra nós! A gente não tem que estar tratando TB aqui na área se existe uma referência do Estado. E o índio não deixa de ser cidadão por ser índio, então ele tem direito como qualquer outro!” (M3 – L: 198/203).

Identificamos nesse relato que a responsabilidade do tratamento da tuberculose é atribuída à referência, demonstrando uma atitude alheia às diretrizes e aos princípios do SUS, frente a proposta de descentralização dos serviços, destacando, em relação ao PCT, as atividades de supervisão da dose medicamentosa. A descentralização é uma prerrogativa incorporada pelo SUS estendendo-se a toda a população brasileira, seja ela índia ou não-índia. (BRASIL, 2000b; VILLA et al., 2006a).

Nos próximos depoimentos, os sujeitos da pesquisa ressaltam a importância de realizar o tratamento na referência em virtude das reações adversas que acompanham o tratamento medicamentoso da TB: “[...] ele deveria ser acompanhado na referência! Porque o paciente que a gente tem [...] vira e mexe ele aparece, ou por aqui ou quando a gente vai lá, sempre

com alguma queixa [...] sempre assim e sempre relacionado ao uso daquela medicação [...].” (E4 – L: 765/768); “[...] doente que a cada dia, cada vez da medicação se sentia pior, queria se hospitalizar e [reclamava] porque o tratamento era no hospital, quer dizer, confunde!” (E1 – L: 344/347). Nessa perspectiva, importa ressaltar que a possibilidade das reações adversas, em sua maioria, requerem condutas que podem ser resolvidas em unidades básicas de saúde. Dessa forma, o tratamento deve ser iniciado e acompanhado no âmbito local pela equipe que deverá advertir o paciente sobre a regularidade na tomada dos medicamentos. (BRASIL, 2002a).

É válido acrescentar que a rede integrada de referência e contra-referência estabelecida pela nova proposta de organização dos serviços de saúde tem a finalidade de atender casos de difícil manejo diagnóstico/terapêutico como, por exemplo, diante de casos de multiresistência, co-infecção pelo HIV e reações adversas ao uso de drogas anti-tuberculose (BRASIL, 2002a).

Nessa abordagem, Campos e Belisário (2001) acrescentam que os profissionais disponíveis são ainda preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no hospital. Portanto, mostram-se incapazes de transcender o espaço dos consultórios e clínicas e propor intervenções sobre o coletivo, numa abordagem integralizadora, sem a qual dificilmente se obterá avanços significativos.

Ao problematizar sobre essa questão, Sousa e Sampaio (2007) reforçam que os profissionais da saúde agora solicitados pelo serviço não foram o foco dos centros formadores no Brasil, voltados para o mercado de especialistas e para a prática fragmentada. Dessa forma, parece que a formação profissional ainda está orientada pelo modelo flexneriano e fragmentador da assistência na lógica da especialização da produção do trabalho como práxis para a otimização da assistência, conforme o pensamento dos autores abaixo:

Valendo-se da prerrogativa constitucional de “ordenar a formação de recursos humanos”, o Ministério da Saúde (MS) e os demais gestores do SUS podem exercer papel de vanguarda, propondo estímulo concreto à mudança. Este processo de mudança deveria ter características que vêm sendo longamente trabalhadas por vários grupos dentro do MS. É hoje consensual que a mudança deva incluir a interdisciplinaridade, a mudança dos cenários nos quais se realizam a ação educativa para locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, a educação permanente e o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional. (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001, p. 141).

A elaboração de tais propostas parte do processo de redemocratização, da busca do direito universal à saúde, da equidade, bem como do progresso científico e tecnológico ocorridos nos últimos anos e sua incidência sobre a prática dos profissionais de saúde. Nesse

contexto, é imperativo o surgimento de mudanças tanto nos sistemas de saúde, como também nas instituições educacionais.

O estabelecimento dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família, iniciado em 1997, propunha-se a dar conta dessas questões levantadas. Entretanto, a complexidade desse processo, em especial pelas dificuldades de articulação das áreas da clínica com as áreas da saúde coletiva nos centros formadores, acaba por complicar o quadro. A formação de profissionais é assinalado pelos gestores como um dos importantes problemas a ser equacionado. (SOUSA; SAMPAIO, 2007, p. 25).

Em contrapartida, Paim (1999) ressalta que o tipo de recursos humanos formado é determinado pela organização dos serviços de saúde e por sua influência sobre o mercado de trabalho no setor, ambos condicionados pelas políticas de saúde do Estado. Portanto, o aparelho formador, por si só, não tem a possibilidade de alterar as estruturas das práticas de saúde, haja vista que como o processo de formação ocorre em um dado contexto social, a socialização profissional reforça e reproduz essa realidade.

Essas informações apontam para algumas evidências e tendências na cultura organizacional dos serviços de TB, no que concerne à transferência de responsabilidades das ações de controle desta doença para os serviços de Vigilância Epidemiológica. Valendo-se dessa prerrogativa, o depoimento a seguir reitera a supervalorização do serviço de epidemiologia no controle da TB na esfera local: “Na tuberculose, a Epidemiologia é tudo! E sem a Epidemiologia a gente não tem como levar adiante nada! O tratamento, evolução, cura, nada! Não tem como a gente sair nem do lugar!” (E4 – L: 699/702). Observamos que as intervenções preconizadas pelo PCT são operadas na sua quase totalidade pelo serviço de Epidemiologia local, sendo essas ações complementadas pelas equipes do DSEI Potiguara. Isso se deve à tradição vertical e centralizadora deste programa que em sua conformação histórica atribuiu aos serviços de Epidemiologia a prerrogativa da vigilância ao controle da TB. (PARAÍBA, 2004).

Nesses termos, ressaltamos que as práticas de Vigilância Epidemiológica no passado baseavam-se na separação das pessoas doentes de outras com quem conviviam, mantendo-se os doentes isolados ou em situação de quarentena. Entre os primeiros doentes submetidos ao isolamento incluem os portadores de hanseníase, tuberculose, peste, febre amarela e varíola. (PARAÍBA, 2004).

Predominava o conceito de vigilância, restrito, naquele momento, à observação dos contatos de pacientes atingidos pelas doenças supracitadas, a fim de conhecer os primeiros sintomas e instituir rapidamente o isolamento. Ao longo dos anos, a vigilância ampliou sua

atenção como acompanhamento sistemático de doenças na população, aprimorando as medidas de controle. Assim, em 1975, institui-se o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), cuja proposta é estabelecer as normas relativas à notificação compulsória de doenças, como objeto de intervenção. (BRASIL, 2005).

Com a implantação do SUS, ampliou-se a compreensão do termo Vigilância Epidemiológica que passa a exercer, enquanto atividades básicas, a notificação de casos e coleta sistemática de dados, a investigação epidemiológica, a consolidação, análise e interpretação dos dados, a implantação e implementação das medidas de controle, a tomada de decisão e a distribuição oportuna da informação e dos resultados. (PARAÍBA, 2004).

O conceito de Vigilância Epidemiológica é simplificado, mas de clareza ímpar “informação para a ação.” (BRASIL, 2003c). No que concerne à TB, o principal objetivo da Vigilância Epidemiológica é identificar as possíveis fontes de infecção. Assim, entre as atribuições desse departamento, na vigilância à TB, estão a notificação dos casos e consequente investigação epidemiológica, além de estabelecer fluxo de informação através de livros de registros e sistema de informações. Logo, parte-se para a coleta de dados a partir do livro de registro de pacientes e controle de tratamento dos casos de tuberculose do PNCT, do qual são coletados os dados para o preenchimento da ficha de notificação/investigação de tuberculose do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), adotada em todo o país. (BRASIL, 2002b).

É importante ressaltar que a unidade de saúde que descobre e inicia o tratamento dos casos novos também deve responsabilizar-se pela notificação compulsória dos mesmos. Assim, espera-se o estabelecimento de parceria entre as equipes de saúde e o serviço de Epidemiologia, como importante rede de apoio ao PCT. (BRASIL, 2002a).

Nesse aspecto, alguns depoimentos referem-se a tal parceria na rotina de serviços das equipes durante a execução das ações de controle da TB: “[...] no caso da aldeia que tenha um [paciente] com tuberculose, trabalha [a coordenadora da Epidemiologia] e o agente de saúde e também a equipe, envolve todo mundo!” (AIS5 – L: 220/221); “No geral, a gente investiga junto com a Epidemiologia! Pelo menos o correto era fazer isso!” (AIS1 - L. 681). Os sujeitos da pesquisa destacam ainda as notificações e investigações epidemiológicas e a distribuição de medicação anti-tuberculosa para tratamento na esfera local como atribuições do serviço de Epidemiologia: “[a coordenadora da Epidemiologia] já distribui [a medicação] para o mês. ‘Olhe, você vai tomar tanto!’ [...].” (E3 – L: 657/658); “[...] ela vai pra pegar a medicação, orientar o paciente, fazer a notificação [...].” (E1 – L: 300); “Se [a coordenadora da Epidemiologia] não tiver sabendo, a gente passa o caso pra ela [que] faz a notificação. Às

vezes, até a gente faz também [...]” (E2 - L: 555/556). Esses textos revelam a participação da Epidemiologia nas intervenções necessárias ao controle da TB no DSEI Potiguara. Contudo, retratam que embora as equipes estejam cientes da necessidade de parceria com o serviço de Epidemiologia para a consecução dessas ações, ainda se observa uma centralização da operacionalização dessas práticas para o serviço de Epidemiologia local.

Dessa forma, é marcante o papel da Vigilância Epidemiológica nas ações de controle da TB no âmbito do DSEI Potiguara, valendo-se de ações que vão além daquelas que lhe são atribuídas como apoio técnico do PCT. Para tanto, a disseminação desse serviço na esfera local reflete o crescimento exponencial das ações de Vigilância em Saúde nos últimos anos na perspectiva de consolidação do processo de descentralização do SUS. (BRASIL, 2005).

Partindo desse pressuposto, embora Estados e municípios estejam assumindo suas novas competências em ritmo acelerado, ainda apresentam insuficiências e enfrentam muitos obstáculos. Dessa forma, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, através do PROJETO VIGISUS, em sua segunda versão, promove suporte aos estados e a um conjunto de municípios para as ações de Vigilância em Saúde, através de recursos repassados fundo-a-fundo com o intuito de ampliar a capacidade técnica-operacional de tais instâncias. (BRASIL, 2005).

Entre as linhas de ação que se desdobram em atividades passíveis de serem apoiadas com os recursos do VIGISUS encontram-se a da Vigilância Epidemiológica da tuberculose com destaque para a implantação das ações de controle, visando estruturar a estratégia do tratamento supervisionado (DOTS). (BRASIL, 2005).

Na Paraíba, os municípios elegíveis foram aqueles pertencentes à Região Metropolitana da capital e/ou com população acima de 100.000 habitantes, de acordo com a convocatória pública nº 2, de 28 de abril de 2005, do Diário Oficial da União. Nesses termos, o município de Rio Tinto foi enquadrado na primeira categoria, sendo selecionado ao financiamento pelo Projeto VIGISUS II.

Nessa conjuntura, reforça-se o papel da Vigilância em Saúde nas ações de controle da TB na esfera local, esperando o estabelecimento de articulação setorial e intersetorial com o PSF/PACS na perspectiva de organizar, redirecionar e articular as atividades inerentes às práticas de controle desta doença. (RIBEIRO; NÓBREGA, 2005)

Contrariando tal afirmação, o serviço de Epidemiologia do DSEI Potiguara, através da figura do coordenador, tem assumido individualmente a liderança no acompanhamento de casos de TB, em virtude das várias atribuições dirigidas a essas equipes que se mostram satisfeitas com a dinâmica estabelecida: “Quem fez o tratamento dele foi [a enfermeira da

Epidemiologia].” (AIS5 – L: 193); “[...] sendo índio, quem acompanha é [a enfermeira da Epidemiologia]! [...] Ela toma conta!” (AIS6 – L: 299).

“[...] eu acho bom porque [a coordenadora da epidemiologia] ela é só pra isso e a equipe é pra várias outras coisas, a enfermeira é pra citológico e tantas coisas [...] médico também e [ela] é só pra isso [...] eu acho bom ter uma pessoa só pra tratar das pessoas doentes de tuberculose!” (AIS5 – L: 213/216).

Nos depoimentos em análise verificamos a fragmentação do serviço de tuberculose local, cujas ações são realizadas de forma isolada, considerando as competências da área específica de cada profissional, colaborando com a reprodução dos sistemas fragmentados de assistência à saúde, ainda hegemônicos.

Na perspectiva de que cada um faz a sua parte, essas equipes trabalham dentro de uma lógica tematizada na desresponsabilização, além da sobreposição de atividades causadas pela fragmentação dos serviços, ainda fortemente hegemônica nos serviços de saúde. Estes, que na maioria dos casos, estão organizados em um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si, no qual justapõem-se as ações de saúde desenvolvidas. (MENDES, 1993).

Nesse aspecto, Araújo e Rocha (2007) ressaltam a importância do trabalho em equipe, objetivando a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Para esses autores, a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

A dificuldade do trabalho em equipe está relacionada com as diferentes concepções sobre o conceito de equipe, conforme apontam Araújo e Rocha (2007) em recente estudo realizado sobre trabalho em equipe. Para os médicos, a equipe é vista como sendo equipe médica. Outros trabalhadores de nível superior defendem a construção de uma equipe multiprofissional e referem ainda a dificuldade em constituí-la por sentirem falta de espaço dos “não-médicos” para exercício de suas funções. Os profissionais de nível médio demonstraram pouca preocupação com essa situação, uma vez que se consideram bem definidos nas suas funções, apontando apenas a dificuldade das relações de subordinação com as chefias imediatas.

Assim, diante da diversidade das concepções de trabalho em equipe, a idéia de equipe perpassa duas concepções distintas: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração entre relações e práticas, sendo a primeira caracterizada pela fragmentação das

ações e a segunda, pela integração, que desenvolve a articulação das ações e interação dos agentes.

Na perspectiva de integração da rede de serviços, a equipe deve ser compreendida como um conjunto de pessoas que além de um objetivo comum pretendem alcançá-lo de forma compartilhada. Assim, o trabalho em equipe é percebido como uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, à medida que reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns. (ARAÚJO, ROCHA, 2007)

Contudo, apesar das dificuldades operacionais relatadas pelos sujeitos da pesquisa, o trecho que segue enaltece o serviço de TB dentro da estrutura organizacional do DSEI Potiguara, no que concerne à oferta de serviços disponíveis e a eficiência de sua organização:

“[...] aqui eu me sinto mais aliviada, porque eu sei que aqui não vai faltar medicação e o que quer que seja necessário para o acompanhamento e tratamento desse paciente eu sei que a gente vai conseguir. Diferente dos PSF da vida onde a gente tem que matar um leão por dia, pra conseguir um comprimido de rifampicina, por exemplo. E brigar com Deus e o mundo, o prefeito, tudo! E aqui não! Aqui a gente tem, essa facilidade dessa oferta de serviços e a gente sabe que as coisas andam realmente. Isso deixa a gente mais aliviada.” (E4 – L: 1017/1024).

Contradizendo tal afirmação, os depoimentos que seguem reiteram as dificuldades operacionais existentes no serviço de TB do DSEI Potiguara em virtude da precariedade de sua estrutura técnico-administrativa: “[...] não existe nenhum programa. O que existe são casos isolados de TB [...]” (M3 – L: 62/64); “[...] eu acho que o que falta simplesmente é se estruturar a rede de tuberculose dentro do DSEI.” (E3 - L.756/757). Na análise desses depoimentos, evidenciamos a falta de estruturação do serviço de TB no DSEI Potiguara, apontando a existência de casos isolados e a necessidade de reorganização da rede de serviços locais. Com base em uma interpretação excessivamente reducionista e unilateral, as próximas declarações atribuem como mecanismo de superação desta dificuldade que o serviço disponha de uma rede de referência e contra-referência organizada: “[...] tudo se resume em cima da estruturação do programa de TB dentro do DSEI, pra que tenha referência, contra-referência, com orientação dos comunicantes [...] é outra questão seríssima!” (M3 – L: 205/207); “Tem que reestruturar, tem que se reestruturar o serviço. Fazer referência e contra-referência!” (M3 – L: 894/895). Nesses termos, atribuir a estruturação do PCT à organização dos serviços de referência e contra-referência é vincular as ações de controle da TB a procedimentos de

elevada densidade tecnológica, refletindo uma visão positivista e seguidora do modelo flexneriano, pautado no atendimento hospitalar com excelência técnica.

Nessa perspectiva, diversas influências como o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização e o curativismo são incorporadas à formação médica e o modelo de assistência à saúde vigente, conforme apontam Scherer, Marino e Ramos (2005, p. 57):

O mecanicismo tomou o corpo humano em analogia a uma máquina, cujas estrutura e funções pudessem ser meticulosamente analisadas e tratadas de modo instrumental, isolando-se a parte adoecida do resto do corpo. O biologismo ocultou a causalidade social da doença ao reconhecer a natureza biológica de suas causas e conseqüências, dada a ênfase na microbiologia e nas teorias dos germes e da história natural das doenças. O individualismo constituiu o objeto individual da saúde, ao considerar o paciente como abstração à parte da coletividade e, portanto, excluído de todos os demais aspectos sociais da vida. Associada ao individualismo, a especialização impôs a parcialização abstrata do objeto global, cuja preocupação dirigia-se principalmente para a excelência técnica de especialidades clínicas orientadas ao indivíduo, além da tecnificação do ato médico, que estruturou a engenharia biomédica, mediadora da ação entre profissional de saúde e paciente. Finalmente, o curativismo, que centrou a prática sanitária, em todos os seus níveis, nos aspectos curativos, prestigiando o processo fisiopatológico, em detrimento da(s) causa(s) geradoras do processo.

Partindo desse pressuposto, quando o SUS denuncia as incoerências do modelo flexneriano e propõe novos modos de conceber os problemas e buscar soluções, não invalida o conhecimento da biologia ou substitui as atuais teorias sobre os fenômenos biológicos, mas aponta os limites explicativos dessas teorias e sua insuficiência quando tomadas como base capaz de organizar as respostas que se pretende dar aos fenômenos em sua expressão também social. Semelhante raciocínio pode ser aplicado aos diferentes fundamentos do modelo flexneriano - especialização, curativismo, entre outros - ao qual o SUS se coloca como crítica revolucionária e possibilidade para a criação de novas concepções. (SCHERER, MARINO; RAMOS, 2005).

Paim e Almeida Filho (2000) afirmam que as modificações do panorama político e social do mundo e da situação de saúde, principalmente a falta de mudanças esperadas e prometidas pelo modelo de assistência clássico de saúde pública, põe em xeque as premissas e previsões de antigos modelos, em especial do clínico/biológico/flexneriano.

Dessa forma, o ponto que se defende aqui é o enfoque das ações básicas de saúde através da mudança paradigmática nos sistemas de serviços de saúde ao romper com o paradigma flexneriano e estruturar um sistema de serviços de saúde pelo paradigma da produção social da saúde. (MENDES, 2002).

Nesse aspecto, faz-se necessário um novo profissional, à medida que, se a formação dos profissionais não for transformada desde o aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia. Assim, a realidade do SUS remete hoje a questões gerenciais desafiadoras, colocando os recursos humanos como tema prioritário na agenda atual de saúde. (MENDES, 2002).

Ainda sobre os últimos depoimentos, destacamos que um dos obstáculos para o avanço do programa de controle de TB foi a descentralização incompleta ocorrida com o processo de implantação do SUS que de início não contemplou um planejamento racional para a integração de programas verticais e transferência de atividades para o nível local. Essa dificuldade foi apontada por Villa et al. (2006a), ao afirmarem que a implantação do PCT vem enfrentando dificuldades institucionais, financeiras e administrativas nos sistemas de saúde dos municípios e que para seu avanço é necessário considerar a complexidade para consolidar uma política de financiamento estável e regular e a participação de profissionais capazes de utilizar um conjunto de instrumentos específicos de epidemiologia, gestão e planejamento com habilidades e funções para atuar tanto na esfera central quanto periférica.

Portanto, com base nesses pressupostos, os mesmos autores enfatizam o papel da coordenação como instrumento de organização de serviço, viabilizando a descentralização das ações de controle da TB a partir da criação de estratégias para sensibilização e incorporação dessas ações.

Contudo, a falta de recursos, o despreparo das equipes e a fragmentação dos serviços ofertados à população são obstáculos observados no cenário da pesquisa que exigem uma habilidade gerencial da coordenação para a implementação e sustentabilidade das ações de controle da tuberculose no DSEI Potiguara. Para tanto, colocamos como desafio a adoção de estratégias que fortaleçam a capacidade gerencial da coordenação local e resultem num cuidado coordenado para a superação das fragilidades por hora apresentadas.

*“O mar é apenas este conselho: avançar sempre, chegar nunca.”
(Vohagn Dautian)*

Capítulo V
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando a trajetória desse trabalho, procuramos compreender a dimensão da coordenação nas ações de controle da tuberculose realizadas pelas equipes de saúde indígena Potiguara, na perspectiva de verificar os limites e as possibilidades de avanços no Programa de Controle da Tuberculose nesse serviço.

Nesse contexto, destacamos o papel da coordenação no planejamento e execução de ações de controle da TB apoiada em uma organização capaz de prover a eficiência dos serviços que se mostram dependentes da capacidade de processar informação e assegurar um processo decisório compartilhado.

Entre os elementos ordenadores da atenção primária, a coordenação adquire grande responsabilidade na organização do serviço, à medida que deve adotar como instrumento norteador, mecanismos que viabilizem maior articulação entre os serviços e, por conseguinte, melhor sincronia entre as ações de saúde desenvolvidas.

Contudo, constatamos que a deficiência de tal dispositivo dentro do serviço de TB do DSEI Potiguara configura-se entre as limitações identificadas, uma vez que provoca uma certa imobilidade na proposta do PCT, retardando a tomada de decisão e ocasionando a desarticulação entre os serviços. Dessa forma, se do ponto de vista dos níveis de atenção existe uma desorganização para articular os processos de trabalho, por outro lado, o trabalho que a equipe consegue desenvolver acaba não encontrando respostas dos serviços para que as ações de saúde desencadeadas sejam concluídas.

Os resultados demonstram um descompasso na relação entre a coordenação e as ações de controle da TB no que se refere à organização do serviço de saúde local para a incorporação de atividades técnicas e gerenciais do PCT em consonância com a transferência de serviços e responsabilidades para os níveis periféricos dentro do processo de descentralização sugerido pelo SUS.

No que tange às atividades técnicas, o estudo considerou que as ações de busca de sintomáticos respiratórios, diagnóstico e tratamento da TB e acompanhamento dos comunicantes são permeadas por limitações que dificultam a descentralização dessas atividades para as UBS. Por outro lado, as atividades gerenciais voltadas para o planejamento, execução de capacitações e monitoramento das equipes se configuram ainda de forma incipiente, decorrente da adoção insuficiente de mecanismos de coordenação.

Constatamos que as ações de busca ativa de SR têm sido realizadas esporadicamente pelas equipes a partir de mobilizações da Vigilância Epidemiológica. Por outro lado, a aplicação de meios disponíveis para a realização desta atividade aponta limitações na organização do fluxo do material para exame bacteriológico, devido a falta de envolvimento

da equipe durante a coleta e transporte da amostra, ficando essas responsabilidades a cargo do paciente e do motorista, respectivamente.

Acrescentamos a esses aspectos que o transporte sanitário é uma ação incorporada à rotina de serviços do DSEI Potiguara, envolvendo fluxo de ambulância em casos de emergência, de pacientes para unidades de referência e de amostras de exames em razão da localização do laboratório no município da Baía da Traição.

Quanto à retaguarda laboratorial, observamos que o laboratório local é estruturado para a realização de vários exames, destacando a baciloscopia do escarro, voltada para o diagnóstico e controle de TB. Nessa perspectiva, ressaltamos a eficácia deste serviço quanto ao tempo para a divulgação dos resultados efetuados, em sua maioria, dentro de 48 horas.

Na perspectiva da busca de SR, a falta de envolvimento das equipes citadas anteriormente também foi apreciada no momento em que se elege a solicitação da cultura do escarro ao invés da baciloscopia pela “precisão” de tal exame diante de um material colhido pelo próprio paciente sob condições adversas. Considerando que a cultura é um exame de maior especificidade, exigindo métodos mais complexos para identificação das cepas e, conseqüentemente, maior tempo para obtenção de resultados, a adoção desse método na rotina de serviços reflete uma prática mais onerosa para o sistema de saúde. Contudo, importa ressaltar que essa prática não se mostrou unânime entre as equipes.

No tocante ao tratamento da TB e ao acompanhamento dos comunicantes, observamos que há disponibilidade de medicação para tratamento na esfera local mediante parcerias entre o DSEI e os municípios onde já se tem implantado o PCT, como é o caso de Rio Tinto. Nos demais municípios, as parcerias em sua maioria são firmadas com o serviço de referência do Estado, mediadas pelo serviço de Epidemiologia do DSEI que se volta para a distribuição da medicação e acompanhamento do tratamento juntamente com a equipe.

Evidenciamos uma preocupação com o risco da disseminação da doença na comunidade, onde as equipes têm valorizado a questão da imunização e re-imunização com BCG, contemplando também o controle dos comunicantes que muitas vezes serve como meio de informação e acompanhamento da equipe diante dos casos tratados na referência.

Neste sentido, a insuficiente realização da contra-referência foi uma dificuldade reiterada pelas equipes quanto ao acompanhamento dos casos em tratamento na referência, apontando as deficiências do serviço local em promover compartilhamento de informações a respeito de pacientes, geradas em diferentes níveis do sistema.

Contudo, é conveniente destacar que a centralização do tratamento nas unidades de referência tem sido uma prática constante na rotina de algumas equipes. Um dos motivos

encontrados para essa centralização, sob a óptica dos participantes, é a falta de uma estrutura mínima nos serviços locais para a implementação do programa de controle da TB no DSEI Potiguara. Acresce-se, ainda, o despreparo das equipes locais para a incorporação das atividades de controle, uma vez que as mesmas exigem habilidade gerencial da equipe local para planejar tanto a assistência ao doente quanto os recursos locais necessários.

É possível relacionar essa dificuldade a uma falha do sistema de saúde local, que é a ausência de capacitação dos profissionais para a tuberculose. Tal fato remete a dificuldades na incorporação das ações de controle, em virtude do desconhecimento e despreparo demonstrados nos depoimentos que relatavam insegurança e descrédito nas ações desenvolvidas, principalmente naquelas voltadas para a busca ativa de sintomáticos respiratórios, dada a necessidade de conhecer a sintomatologia da doença para a identificação de casos suspeitos.

Embora o preparo das equipes por si só não seja capaz de sustentar permanentemente a execução da ação proposta, a capacitação é uma atividade prévia à descentralização das ações de controle da TB à medida que requer profissionais habilitados para atuar em níveis periféricos da rede de serviços de saúde realizando atividades como a supervisão da dose medicamentosa e a detecção de casos na comunidade.

Merece destaque nesse estudo o fato do serviço de Epidemiologia realizar reuniões com os AIS sobre essa temática para esclarecimento dos sinais e sintomas da TB e entrega de folhetos sobre a patologia a serem distribuídos pelos mesmos durante as visitas domiciliares para facilitar a detecção de casos. Contudo, tal prática revela uma iniciativa pontual do serviço diante da ocorrência de casos em uma área específica do DSEI, não constituindo uma atividade incorporada ao serviço.

Logo, evidenciamos que a formação dessas equipes se pauta em processos educativos de natureza pontual e descontínua, não se caracterizando como uma educação permanente, colaborando, inclusive, para o surgimento de dificuldades no momento da abordagem ao paciente com TB, principalmente no que tange à população indígena Potiguara, em razão das práticas fitoterápicas tradicionais presentes na identidade étnica desses povos. Dessa forma, é freqüente a preferência pelos tratamentos formalizados em líquidos ou plantas, rejeitando o tratamento disponível para a TB no âmbito local.

Outra debilidade identificada nos relatos quanto à adesão de pacientes ao tratamento é a marginalização sofrida por eles devido ao estigma que permeia a doença, fazendo-os desistir do tratamento ou se inserir na referência para assegurar o seu anonimato. Partindo dessa realidade é que muitas equipes não conferem a preferência do paciente tuberculoso na fila de

espera para que o mesmo não seja identificado e, ao mesmo tempo, discriminado pela comunidade. Desse modo, a preferência é dirigida para pacientes que estão iniciando o tratamento ou que estejam debilitados.

Outro fato possível de ser constatado é a ausência de incentivos capazes de estimular a participação do paciente e da família no processo terapêutico como, por exemplo, a distribuição de cestas básicas. Contudo, os depoimentos acrescentaram que tal prática foi implementada por uma das equipes em parceria com a FUNAI, diante de um caso extremo vivenciado no serviço.

Esse fato remete à questão do vínculo existente entre os profissionais e a comunidade local, com a ressalva de que esse processo não se estende para toda a equipe em razão da rotatividade de profissionais no DSEI Potiguara, colaborando com grande número de profissionais novatos. Entre eles, destacaram-se quatro profissionais dos vinte e três participantes dos grupos, que durante a pesquisa revelaram-se desinformados quanto à dinâmica do serviço de TB no DSEI Potiguara. Esse fato deve-se também à ausência de um treinamento específico desses profissionais para atuação específica na área indígena.

Diante de tal fragilidade, muitos participantes revelaram-se preocupados com essas lacunas, demonstrando iniciativas individualizadas em se informar por meio de leituras sobre as doenças, na perspectiva de se manterem preparados para atuarem em campo.

Apontamos também algumas evidências e tendências na cultura organizacional dos serviços de TB, no que concerne à transferência de responsabilidades das ações de controle desta doença para os serviços de Vigilância Epidemiológica do DSEI Potiguara. Desse modo é facilmente observável que as intervenções preconizadas pelo PCT sejam operadas na sua quase totalidade pelo serviço de Epidemiologia local, através da figura do coordenador, sendo essas ações complementadas pelas equipes do DSEI Potiguara. Na perspectiva de que cada um faz a sua “parte”, presume-se a necessidade de quem “juntasse” essas partes, atribuindo essa responsabilização que “junta tudo” para a coordenação.

Nesse estudo, merece destaque o processo de medicalização dos serviços, uma vez que os profissionais atuam dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no hospital, à medida que relataram a preferência pela demanda espontânea na identificação de SR e expuseram a opinião de que o tratamento da TB é papel central da referência. Portanto, mostram-se incapazes de transcender o espaço dos consultórios e clínicas e propor intervenções sobre o coletivo, numa abordagem integralizadora, sem a qual dificilmente se obterá avanços significativos.

Nessa conjuntura, faz-se necessária a organização do serviço de saúde local para a construção dos chamados sistemas integrados de serviços de saúde. Contudo, é indispensável a incorporação da integralidade não apenas como atributo central nos serviços, como também nas práticas de saúde, no que tange à articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos em todos os níveis organizacionais dos sistemas de serviços.

Para tanto, um dos maiores desafios enfrentados pelo SUS para a construção da integralidade na perspectiva do sistema e das práticas, deriva da dinâmica de reprodução do modelo flexneriano cristalizado nas práticas dos profissionais de saúde. Diante desse desafio, é fundamental assinalar a importância do processo de formação e educação permanente dos profissionais, considerando a necessidade de conceber novos perfis ou readequá-los, para que atendam às demandas e possam contribuir para a superação do paradigma vigente.

É nesse momento que a coordenação de serviços passa a exercer forte impacto sob a estrutura operacional do sistema de saúde, a partir de suas funções organizativas no estabelecimento de uma rede integrada de serviços que buscará adequar as ações desenvolvidas pelas equipes dentro da proposta de ruptura do paradigma atual de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. et al. Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo, **Anais...** São Paulo: ABEn, 1997. p. 142-149.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**. v. 9. n. 16. Botucatu, Set/Fev, 2005. p. 36-52.
- AMARANTE, J. M; COSTA, V. L. de. A. A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. v. 8. n. 2. Jul/Dez, 2000. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2000000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt > . Acesso em: 18/10/2006.
- ARAÚJO, M. B. de. S. ROCHA, P. de. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 12(2): 445-464, 2007. Disponível em: < http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=258 > . Acesso em: 10/10/07.
- ARCÊNCIO, R. A; OLIVEIRA, M. F. de; VILLA, T. C. E. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.12. n.2. Rio de Janeiro Mar./Abr. 2007.
- BARUZZI, R. G. et al. Saúde e doença em índios Paraná (Kreen-akarôre) após vinte anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência da tuberculose (Brasil Central). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17. n. 2. Rio de Janeiro: Mar/abr, 2001. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200015 > . Acesso em: 22/06/06.
- BASTA, P. C; CAMACHO, L. A. B. Teste tuberculínico na estimativa da prevalência de infecção por Mycobacterium tuberculosis em populações indígenas do continente americano: Uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22. n. 2. Rio de Janeiro, 2006, p. 245-259. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/02.pdf> > . Acesso em: 14/07/07.
- BOLDSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 7. n. 3. 2002, p. 401-412. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002 > . Acesso em: 18/10/2006.
- BOSSERT, T; LARRANAGA, R; MEIR, F. Decentralization of health system in Latin America. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.8, n.1-2, p.84-92, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção

Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Controle da tuberculose: Uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual prático para o controle de tuberculose. **Cadernos de Atenção Básica**. 6. ed. Brasília, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Contextualização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**. Brasília: Setembro, 2003a. CD ROM.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Tuberculose nas comunidades indígenas no período de 2000 a 2002**. Fundação Nacional de Saúde: Brasília, 2003b. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Projeto Vigisus II**. Fortalecimento institucional da capacidade de gestão em vigilância em saúde nos Estados e Municípios. Abril/Maio, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

BUCHILLET, D. Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira. **França-Flash Saúde**. Abril/junho, n. 11. p. 1-9, 1997.

BUCHILLET, D. **Tuberculose, cultura e saúde pública**. Série Antropologia. Brasília, 2000.

CAMPINAS, L. L. S. L. **Conhecimentos e opiniões de usuários sobre o valor do exame de escarro, de um serviço de saúde do município de São Paulo visando qualidade das amostras para o diagnóstico de tuberculose pulmonar pelo método bacteriológico**. São Paulo, 1999. Dissertação Mestrado – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm> >. Acesso em: 22/07/07.

CAMPINAS, L. L. S. L. et al. **Manual de orientação para coleta de amostras de escarro, e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose**. Centro de Vigilância Epidemiológica prof. Alexandre Vranjac. São Paulo: novembro, 2002.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

- CAMPOS, J. de. Q. et al. **Diagnóstico e Administração de Saúde**. São Paulo: Jotacê, 2004.
- CAMPOS, G. W. de. S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: CAMPOS, G. W. de. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.
- CAMPOS, F. E; AGUIAR, R. A. T. Atenção básica e reforma curricular. In: NEGRI, B; FARIA, R; VIANA, A. L. D, organizadores. **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 91-9.
- CAMPOS, F. E. de; BELISÁRIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Minas gerais: agosto, 2001. p. 133-142.
- CARVALHO, R. R; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança na organização da saúde. In: CAMPOS, G. W. de. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 837-868.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, p.161-77, set.2004/fev.2005.
- CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
- COIMBRA JÚNIOR, C. E. A; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5. n. 1. Rio de Janeiro, 2000.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 304 de 09 de agosto de 2000. Disponível em: < <http://www.cns.gov.br/resolucao> >. Acesso em: 10/10/06.
- COSTA NETO, C. Tuberculose, Vila Rosário e a cadeia da miséria: antigas angústias, mais reflexões e novos caminhos. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, 2004; 12(3): 171-183.
- COTRIM, B. C. Potencialidades da técnica qualitativa: grupo focal em investigação sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**. v. 30. n. 3. São Paulo: Junho, 1996.
- CRUZ NETO, O. et al. **Grupos focais e pesquisa social**: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: DCS/ENSP (mimeo), 2001.
- EPIDEMIA ENTRE OS ÍNDIOS. **Almanaque Abril**, 2005. CD ROM.
- ESCOBAR, A. L. et al. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17. n. 2. Rio de Janeiro: mar/abr, 2001.
- FEUERWERKER, L. C. M; CECÍLIO, L. C. de. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.12 n.4. Rio de Janeiro: Jul/Ago. 2007.
- FEUERWERKER, L. C. M; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação, Saúde Debate**, n. 12, julho, p.24-8, 1996.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 6 ed. São Paulo: Ática, 1998.

FRANCO, T. B. MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: VI CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. **Anais**. Águas de Lindóia, 1999. p. 150.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). **Potiguara comemoram consolidação política em Baía da Traição**. Disponível em: < http://www.funai.gov.br/ultimas/noticias/2_semestre_2004/Outubro/un1028_001.htm >. Acesso em: 28/10/07.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20funasa/fraves/noticias> . Acesso em: 11/10/06.

GERMANO, R. M. et al. **Capacitação das equipes do PSF**: desvendando uma realidade. (Projeto). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2005.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; MENDONÇA, M. H. de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27. n. 65, p. 278-289, set/dez, 2003.

GUIMARÃES, M. Bacilo na tribo. **Revista pesquisa FAPESP**. Edição 132, fevereiro, 2007. Disponível em: < <http://revistapesquisa.fapesp.br/index.php?art=3154&bd=1&pg=2&lg=> >. Acesso em: 20/10/2007.

HARTZ, Z. M. de. A; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 10. suppl. 2. Rio de Janeiro, 2004.

ÍNDIOS. Disponível em: < <http://www.funai.gov.br/indios/conteudo.htm> >. Acesso em: 13/10/06.

ÍNDIOS NO BRASIL. **Almanaque Abril**, 2005. CD ROM.

ÍNDIOS NO PERÍODO COLONIAL. **Almanaque Abril**, 2005. CD ROM.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 28/06/07.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. (ISA). Disponível em: < <http://www.socioambiental.org/prg/pibrs.htm> >. Acesso em: 11/10/06.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. (ISA). **Povos Indígenas no Brasil**. Disponível em: < <http://www.isa.org.br/pib/epi/potyguara/turismo.shtm> >. Acesso em: 28/10/07.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 6. n. 3. Rio de Janeiro: setembro, 1990.

LANGDON, E. J; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do Sul do Brasil. **Revista Saúde e sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LINS, M. H. S. de F; VASCONCELOS, O. de. O. A Questão Indígena no Nordeste. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte** – 12 a 15 de setembro de 2004. Disponível em: < <http://www.ufmg.br/congrent/Educa/Educa20.pdf> >. Acesso em: 28/10/07.

LISTA TELEFÔNICA PARAÍBA, 2001. p. 2.

MARQUES, A. M. C; CUNHA, R. V. da. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guarani-Caiuá no município de Dourados, estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. V. 10. n. 1. Jan-jun., 2002.

MARQUES, R. M; MENDES, A. A política de incentivos do ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 163-171, 2002.

MAZZAIA, M. C. **Conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de enfermagem visando a qualidade de amostras de escarro para baciloscopia no diagnóstico de tuberculose pulmonar**. São Paulo, 2000. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde pública. Universidade de São Paulo.

MELO, A. C. R; LIMA, V. M. de. Bioética: Pesquisa em Seres Humanos e Comitês de Ética em Pesquisa. Breves Esclarecimentos. **Revista digital**. Buenos Aires. Ano 10. N. 78. Novembro, 2004. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/> >. Acesso em: 11/10/06.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. E; CECÍLIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate** 2003; 22(64):110-122.

MINAYO, M. C. F. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999.

MONNERAT, G. L; SENNA, M. de. C. M; SOUZA, R. G. de. A reorganização dos serviços de saúde no canário local. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3) 509-521, 2002.

MUNIZ, J. N. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Identificação de Sintomáticos Respiratórios no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto – SP**: um

desafio para a atenção primária à saúde. São Paulo, 2004. 148 f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática dos agentes comunitários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 10(2) 315-321, 2005.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Recife: Ed. Bargaço, 2005.

OPAS/OMS/MS – BRASIL. **Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde**. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 215p.

OS POTIGUARAS. Disponível em: < <http://www.pt.wikipedia.org/wiki/potiguara> >. Acesso em: 13/10/06.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.489-503.

PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PALITOT, E. M. **Parecer Antropológico DSEI Potiguara**. Relatório do Projeto 914BRA1015. FUNASA. João Pessoa, 2005.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de Gestão**. João Pessoa, 2001.

RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização**. 3ª ed. São Paulo, Schwarcz, 1996.

RIBEIRO, I. G; NÓBREGA, R. G. **Projeto Vigisus II**. Rio Tinto, Julho, 2007.

RUBIO TYRRELL, M. A.; ROCHA, C. R. da; SIQUEIRA, P. R. A. de. O cotidiano da assistência ao recém-nascido: propostas governamentais e bases operacionais. **Revista de Enfermagem da Escola Ana Nery**. v.5, n.3, p.315 –324, 2001.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Jornal de Pneumologia**. v. 6. n. 4. São Paulo, Jul/ago, 2000. p. 159-162.

RUFFINO-NETTO, A; VILLA, T. C. S. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB – USP, 2006. 210p.

SÁ, L. D. et al. A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios

paraibanos. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades Regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP, 2006. Cap.,5. p.141-166.

SANTOS, S. R. dos. **Administração aplicada à enfermagem**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 1995, 227 p.

SANTOS, T. M. dos; COSTA, F. X. P. da. **GT Indígena e o Povo Potiguara**. Disponível em: < http://www.pr5.ufrj.br/cd_ibero/biblioteca_pdf/cultura/06_artigo_gti.pdf >. Acesso em: 28/10/07.

SCHERER, M. D. dos. A; MARINO, S. R. A; RAMOS, F. R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n.16, p.53-66, set.2004/fev, 2005.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE (SES). Disponível em: < <http://www.saude.pb.gov.br> >. Acesso em: 28/06/07.

SENA, E. C. **Capacitação profissional**. Disponível em: < www.entreamigos.com.br/textos/trabalho/capacitacao.htm >. Acesso em: 01/09/07.

SILVA, M. da. S. H. da. **Resistência indígena Potiguara: o caso de Jacaré de São Domingos**. João Pessoa :1993. 85 f. (Dissertação de Mestrado). Universidade federal da Paraíba. Disponível em: < <http://www.socioambiental.org/pib/epi/potyguara/notas.shtm> >. Acesso em: 08/10/07.

SILVA, M. J. P. S. **Comunicação tem remédio**. A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.

SILVA, A. T. M. C. da. **Relatório da disciplina Elementos de Análise de Discurso Aplicados a Pesquisa de Enfermagem**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2000. Mimeografado.

SILVA, C. M. V. da. **Caracterização clínico-epidemiológica da tuberculose nas comunidades indígenas da Paraíba**. João Pessoa, 2006. 58 f. Monografia. (Graduação em Enfermagem). Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba.

SILVA, N. C. de; GONÇALVES, M. J. F; LOPES NETO, D. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2003. Jul/Ago. 56(4):382-391.

SOTO, M. J. D. C. M. Planejamento Institucional: capacidade de conduzir ações. **São Paulo em perspectiva**, 17(3-4): 198-204, 2003.

SOUSA, M. F. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contextos e possibilidades. **Revista Saúde em Debate**. n. 1. Rio de Janeiro: Dezembro, 2000.

SOUSA, H. M. de; SAMPAIO, L. F. R. Atenção Básica: Política, Diretrizes e Modelos

Coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B; FARIA, R; VIANA, A. L. D. **Recursos Humanos em Saúde**: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas, SP: Unicamp, 2002. p. 09-32.

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

STORNNI, M. O. T. **A fitoterapia na identidade cultural Potiguara**. Departamento de Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal da Paraíba. 200_.

TANCREDI, F. B; BARRIOS, S. R. L; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 2. (Série Saúde & Cidadania).

VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2001.

VILLA, T. C. S. et al. As políticas de controle da tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1998-2005). In: VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO A. (org.). **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006a. p.29-47.

VILLA, T. C. S. et al. Experiência da Implantação da Estratégia DOTS no Estado de São Paulo (1998-2005) In: VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO A. (org.). **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006b. p.75-139.

WESTPHAL, M. F. et al. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. v. 12. n. 6. Panamericana: Jun, 1996, p. 472-482.

APÊNDICES

LISTA DE TEMAS (GUIA DO MODERADOR)

- **IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS (BUSCA ATIVA)**

- Existe?

- Como?

- Dificuldades

PRECONCEITO

ACESSO

HORÁRIO DO POSTO

EMERGÊNCIA NA HORA DO ALMOÇO

ACESSIBILIDADE

TRANSPORTE

FREQUÊNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES

Nº DE FAMÍLIAS

TEMPO DE ESPERA NO POSTO

PRIORIDADE AO PORTADOR DE TB

TEMPO DA CONSULTA

- **SOLICITAÇÃO DE BACILOSCOPIA**

- Quem?

- Como?

- Onde?

- Dificuldades

POTE

TEMPO DE ENVIO DA AMOSTRA

TEMPO DO RESULTADO DO LABORATÓRIO

SOLICITAÇÃO DE OUTROS EXAMES

- **NOTIFICAÇÃO DE TB**

- Quem?

- Onde? (REGISTRO/LIVRO PRETO)

- Dificuldades (CONHECIMENTO DA FII

SERVIÇO DE EPIDEMIOLOGIA

CONHECIMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

- **TRATAMENTO SUPERVISIONADO**

- Quem?

- Como?

- Onde?

- Dificuldades

MEDICAÇÃO

REAÇÃO MEDICAMENTOSA

ALCOOLISMO

CO-INFECÇÃO COM HIV

ABANDONO
 CONVOCAÇÃO DOS FALTOSOS
 QUESTÃO CULTURAL

- Contribuições.

• **ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO**

- Existe?

- Como?

- Dificuldades

POTE

LABORATÓRIO

UNIDADES DE REFERÊNCIA

ABANDONO

FALTA DE COOPERAÇÃO DA FAMÍLIA

• **ENCAMINHAMENTO PARA AS UNIDADES DE REFERÊNCIA**

- Quando?

- Quem?

- Como?

- para onde?

- Dificuldades

TRANSPORTE

COMUNICAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA

• **ACOMPANHAMENTO DOS COMUNICANTES**

- Existe?

- Quem?

- Como?

- Por quê?

- Dificuldades

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

• **ORIENTAÇÕES PARA A COMUNIDADE**

- Existe sensibilização?

- Quando?

- Como?

- Dificuldades

APOIO FINANCEIRO

PARCERIAS

- Contribuições



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Esta ficha tem por finalidade orientar a discussão do grupo focal

ESCREVA CINCO AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE JÁ REALIZADAS POR VOCÊ OU QUE VOCE ACREDITA QUE DEVA SER FEITA, DESCRREVENDO O QUE É, COMO É E POR QUÊ REALIZOU.

Função: _____

Data: ____/____/____

AÇÕES	DESCRIÇÃO (o que é, como e por quê)
1	
2	
3	
4	
5	

Convite

Contamos com a sua presença!

Convidamos você para participar de um grupo de discussão que ocorrerá dia _____ às _____ horas, no seguinte endereço: _____.

Esse grupo tem a finalidade de discutir aspectos relacionados à tuberculose na população indígena Potiguara e poderá contribuir para melhorias nas políticas de saúde voltadas para essa população.

A sua participação é muito importante, pois você é conhecedor da realidade local e poderá, através de sua vivência, trazer importantes contribuições para a pesquisa que estamos desenvolvendo.

Ao final da reunião, serviremos um lanche para confraternização do grupo!!

Agradecemos a sua valiosa contribuição!!

Rafaela Gerbasi Nóbrega
Mestranda

Profª Dra. Jordana de Almeida Nogueira
Professor/Orientador



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) senhor(a) para participar do estudo intitulado “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde indígena no controle da tuberculose na Paraíba”, que será realizado pela fisioterapeuta e aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba Rafaela Gerbasi Nóbrega, sob a orientação da professora Dra. Jordana de Almeida Nogueira.

O objetivo deste estudo é avaliar a organização do serviço de tuberculose e o desempenho das equipes de saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara nas ações de controle desta doença. Essa pesquisa contribuirá para melhorar o planejamento e a organização do serviço de tuberculose para essa população. Dessa forma, solicito sua colaboração para participar de 3 encontros, onde participarão médicos, enfermeiros, auxiliares em enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS) dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, para falar sobre questões relacionadas ao controle da tuberculose na população indígena Potiguara. Durante os encontros as opiniões dos profissionais serão gravadas para serem analisadas pela pesquisadora.

Esclarecemos que esse estudo não oferece nenhum risco previsível para os participantes. A sua participação é voluntária, não havendo nenhuma forma de pagamento por ela, visto que a mesma é de livre e espontânea vontade. É importante lembrar que o(a) senhor(a) poderá desistir de participar deste estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o seu trabalho.

Além do seu consentimento, peço também a sua permissão para a divulgação dos resultados desta pesquisa em eventos científicos e em revistas da área de saúde, deixando claro que o seu nome será mantido em segredo.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Caso necessite de mais informações sobre o presente estudo, favor ligar para Rafaela Gerbasi Nóbrega. Telefone: 3216-7109 - Coordenação do Mestrado em Enfermagem -UFPB

Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB

Telefone: 3216-7791

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre o objetivo e contribuição da pesquisa e de como será a minha participação no trabalho e da responsabilidade da pesquisadora em manter meu nome em segredo quando for divulgar os resultados, eu **Agente Indígena de Saúde**, **AUTORIZO** a minha participação no estudo:

Nome do(a) participante da pesquisa

Nome da pesquisadora responsável

Em: _____ de _____ de 2007



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do Projeto: “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde indígena no controle da tuberculose na Paraíba”.

Pesquisadoras responsáveis: Rafaela Gerbasi Nóbrega (Aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba) e Prof^ª Dr^ª. Jordana de Almeida Nogueira (Orientadora)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Somos pesquisadores e estamos realizando um estudo com o objetivo de avaliar a organização do serviço de tuberculose e o desempenho das equipes de saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara nas ações de controle desta doença. Essa pesquisa contribuirá para a criação de estratégias que melhorem o planejamento e a organização do serviço de tuberculose local, proporcionando benefícios de saúde para essa população.

Esse estudo pretende realizar 3 encontros, onde participarão médicos, enfermeiros, auxiliares em enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS) dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, para falar sobre questões relacionadas ao controle da tuberculose na população indígena Potiguara. Durante os encontros as opiniões dos profissionais serão gravadas para serem analisadas pelas pesquisadoras em um segundo momento da pesquisa.

Esclarecemos que esse estudo não oferece nenhum risco previsível para os participantes, que a participação dos mesmos é voluntária e que não será prejudicado de forma nenhuma aquele que não quiser participar do estudo, sendo também garantido ao participante o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique.

Além do seu consentimento, peço também a sua permissão para a divulgação dos resultados desta pesquisa em eventos científicos e em revistas da área de saúde, deixando claro que o nome dos participantes será mantido em segredo.

Após término da pesquisa, entregaremos 2 cópias do trabalho para os órgãos competentes (FUNAI/FUNASA).

Esperando contar com o seu apoio, desde já agradecemos a sua colaboração.

Caso necessite de mais informações sobre o presente estudo, favor ligar para Rafaela Gerbasi Nóbrega. Coordenação do Mestrado em Enfermagem –UFPB - Telefone: 3216-7109.

Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB

Telefone: 3216-7791

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre a pesquisa “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde indígena no controle da tuberculose na Paraíba”, eu **Líder Indígena**, **AUTORIZO** a realização do estudo na aldeia _____, município de _____.

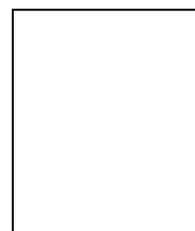
Nome do(a) Líder Indígena

(Testemunha)

(Testemunha)

Nome da pesquisadora responsável

Em: _____ de _____ de 2007





**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Título do Projeto: “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde indígena no controle da tuberculose na Paraíba”.

Pesquisadoras responsáveis: Rafaela Gerbasi Nóbrega (Aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba) e Prof^a Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira (Orientadora)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) senhor(a) para participar do estudo apresentado que tem como objetivo avaliar a organização do serviço de tuberculose e o desempenho das equipes de saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara nas ações de controle desta doença.

Essa pesquisa contribuirá para a criação de estratégias que melhorem o planejamento e a organização do serviço de tuberculose para essa população. Dessa forma, solicitamos sua colaboração para participar de 3 encontros, onde participarão médicos, enfermeiros, auxiliares em enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS) dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, para falar sobre questões relacionadas ao controle da tuberculose na população indígena Potiguara. Durante os encontros as opiniões dos profissionais serão gravadas utilizando fita cassete para gravador de voz.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Esclarecemos que esse estudo não oferece nenhum risco previsível para os participantes e que caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo.

Solicito sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e em revistas da área de saúde. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em segredo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Caso necessite de mais informações sobre o presente estudo, favor ligar para Rafaela Gerbasi Nóbrega - Coordenação do Mestrado em Enfermagem –UFPB - Telefone: 3216-7109.
Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB
Telefone: 3216-7791.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre o objetivo e contribuição da pesquisa e de como será a minha participação no trabalho e da responsabilidade da pesquisadora em manter meu nome em segredo quando for divulgar os resultados **AUTORIZO** a minha participação no estudo:

Nome do(a) participante da pesquisa

Nome da pesquisadora responsável

Em: _____ de _____ de 2007

ANEXOS

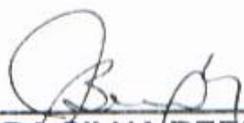
CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA – CONDISI

Fundado em 23/09/1999.Portaria nº 1.163/99-GM.Lei nº9.836/99

DECLARAÇÃO

Declaramos, que em reunião da Comissão para Assuntos Extraordinários do CONDISI, em 13/02/2007, realizada na FUNAI AER JPA, foi analisada a solicitação da realização da pesquisa referente ao projeto AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS E DE DESEMPENHO DAS EQUIPES DE SAÚDE INDÍGENA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE NA PARAÍBA, da pesquisadora RAFAELA GERBASI NÓBREGA, estando todos os membros presentes de acordo com a solicitação, deliberando pela emissão da presente declaração.

João Pessoa/PB, 13 de fevereiro de 2007.



JOSE DA SILVA BERNARDO
Presidente do CONDISI



UFPB

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CERTIDÃO:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 80ª Reunião Ordinária, realizada no dia 28/02/07 o projeto de Pesquisa da Interessada Rafaela Gerbasi Nóbrega intitulado “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das Equipes de saúde Indígena no controle da tuberculose na Paraíba”. Protocolo nº.891/07

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Prof. Etiane Marques D. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS

CIDADE UNIVERSITÁRIA – CAMPUS I – CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – TELEFONE: 32167791



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 703/2007

Registro CONEP: 14001 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro no CEP: 891

Processo nº 25000.078542/2007-01

Projeto de Pesquisa: "Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das Equipes de Saúde Indígena no controle da Tuberculose na Paraíba".

Pesquisador Responsável: Dra. Rafaela Gerbasi Nóbrega

Instituição: Fundação Nacional de Saúde - FUNASA

CEP de origem: Universidade Federal da Paraíba - CCS/UFPB

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: não se aplica

Sumário geral do protocolo

O presente projeto de pesquisa se propõe a avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde indígena nas ações de controle da tuberculose e identificar e analisar elementos culturais relacionados à concepção e ao manejo adotados pelas equipes de saúde indígena em suas práticas sanitárias, tendo como referência as ações do Plano Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa. Como instrumental técnico, será utilizado o grupo focal precedido da técnica de observação para elaboração de um diário de campo a ser utilizado pela pesquisadora como recurso facilitador do processo investigativo. Está prevista a realização de cinco grupos focais distribuídos nos três municípios.

Para análise dos dados obtidos serão adotados procedimentos de elaboração das estruturas de análise qualitativas, destacando-se a análise de conteúdo, tendo como foco central a fala dos sujeitos.

Os sujeitos de pesquisa serão em número de 43 e envolvendo as categorias de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde indígena.

O estudo será realizado nas aldeias indígenas dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Tradição, pertencentes à região do Litoral Norte no estado da Paraíba. A escolha desses municípios deu-se em função da distribuição demográfica dos povos indígenas Potiguaras, cujas terras encontram-se localizadas especificamente nos três municípios citados.

O projeto resultará numa dissertação de conclusão de curso de pós-graduação em enfermagem da UFPB. Encontra-se estruturado e fundamentado teoricamente e com extensa bibliografia. O cronograma do estudo prevê a duração de doze meses do ano de 2007, sendo que a coleta de dados está prevista para o mês de julho. O orçamento financeiro especifica uma despesa no valor de R\$ 890,00 (oitocentos e noventa reais) a ser financiada pela pesquisadora.

Acham-se anexados ao projeto: o roteiro de questionamento norteador da discussão a ser desenvolvido pelos grupos focais; cópia da declaração assinada pelo presidente do CONDISI manifestando o de acordo dos membros do referido conselho com a realização da pesquisa. O currículo da orientadora foi localizado na base Lattes do CNPq e apresenta a devida qualificação.

Cont. Parecer CONEP 703/2007.

Considerações

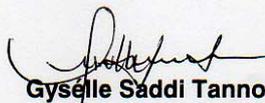
Ao se proceder à análise do projeto de pesquisa em questão, em resposta ao Parecer CONEP nº 545/2007, cabem as seguintes considerações:

- a) A Folha de Rosto foi adequadamente preenchida.
- b) Os modelos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as diversas categorias pesquisadas foram reformulados e apresentam-se agora adequados.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 04 de setembro de 2007.



Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)