



Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção básica à saúde

Ambivalence regarding tuberculosis control actions in primary health care

Ambivalencia de las acciones de control de la tuberculosis en la atención primaria de salud

Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho¹, Adriana Zilly¹, Aline Aparecida Monroe², Érika Simone Galvão Pinto³, Rosane Meire Munhak da Silva¹, Tereza Cristina Scatena Villa²

Objetivou-se avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre organização e funcionamento do Programa de Controle da Tuberculose em Foz do Iguaçu, PR, Brasil. Pesquisa qualitativa, que teve como eixo temático a estrutura e a centralização/descentralização do controle da tuberculose, realizada por meio de entrevistas abertas, ocorridas em maio de 2009. A partir delas, organizou-se o material empírico à luz da análise de conteúdo. Os resultados revelaram fragilidade em relação à dimensão da estrutura física e dos recursos humanos. Surgiram indagações que indicavam o Tratamento diretamente observado como uma ação paternalista. Evidenciou-se a necessidade de posicionamento dos gestores sobre a descentralização do controle da tuberculose para a Atenção Básica à Saúde. Contudo, a Unidade Temática Central revelou ambivalência quanto a esse tema. Concluiu-se que o Programa, de modo geral, funcionava conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Descritores: Tuberculose; Políticas Públicas de Saúde; Descentralização; Atenção Primária à Saúde; Saúde na Fronteira.

This study aimed to evaluate health professionals' perception regarding the organization and functioning of the Tuberculosis Control Program in Foz do Iguaçu, PR, Brazil. It is a qualitative study, in which the thematic axis was the structure and the centralization/decentralization of the control of tuberculosis. It was undertaken through open interviews, held in May 2009. Based on these, the empirical material was organized in the light of content analysis. The results revealed weakness in relation to the dimension of the physical structure and the human resources. Questions arose indicating Directly Observed Treatment as a paternalistic action. It was evidenced that there is a need for managers to take a position regarding the decentralization of tuberculosis control to Primary Health Care. However, the Central Thematic Unit revealed ambivalence relating to this theme. It is concluded that the Program, generally speaking, functions in line with the Ministry of Health's recommendations.

Descriptors: Tuberculosis; Health Public Policy; Decentralization; Primary Health Care; Border Health.

El objetivo fue evaluar la percepción de los profesionales de salud sobre organización y funcionamiento del Programa de Control de Tuberculosis en Foz do Iguaçu, PR, Brasil. Investigación cualitativa, con eje temático en la estructura y centralización/descentralización del control de la tuberculosis, realizada por medio de entrevistas abiertas, en mayo de 2009. De ellas, se organizó el material empírico a la luz del análisis de contenido. Los resultados revelaron debilidades en relación con la dimensión de la estructura física y los recursos humanos. Surgieron preguntas que indicaban el Tratamiento directamente observado como acción paternalista. Se señaló la necesidad de posicionamiento de los gerentes sobre descentralización del control de la tuberculosis para la Atención Primaria de la Salud. Sin embargo, la Unidad Temática Central reveló ambivalencia acerca de este problema. En conclusión, el Programa, de modo general, funcionaba según las recomendaciones del Ministerio de la Salud brasileño.

Descritores: Tuberculosis; Políticas Públicas de Salud; Descentralización; Atención Primaria de Salud; Salud Fronteriza.

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

Autor correspondente: Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho

Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 – Jardim Universitário. CEP: 85870-650. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: reisobrinho@unioeste.br

Introdução

O ano de 2003 representou um marco para o controle da tuberculose no Brasil, visto que para alcançar as metas internacionais de detecção de 70% dos casos bacilíferos estimados e de cura de pelo menos, 85% dos casos diagnosticados, o Ministério da Saúde inseriu o controle da doença na agenda de prioridades das políticas públicas⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde indicou que em 2010 foram notificados 6,2 milhões de casos de tuberculose em todo o globo, totalizando 5,4 milhões de casos novos, correspondendo a 65% dos casos estimados. Nesse período o Brasil apresentou taxa bruta de incidência e mortalidade de 37,6 e 2,4 casos por 100.000 habitantes respectivamente, melhorando no ranking dos 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo, mas ainda assim a doença permanece como um desafio para o Sistema Único de Saúde⁽²⁾. E, em Foz do Iguaçu-PR a incidência da doença foi de 41,8 casos por 100.000 habitantes, alcançando 67,3% de cura e mortalidade de 1,6 casos por 100.000 habitantes no mesmo período⁽³⁾.

Mesmo em face às mudanças e pactos para o controle da doença, os dados mostram que a tuberculose ainda é um grave problema de saúde pública, apontando a necessidade de implementação da atenção em termos operacionais, principalmente no que se refere à maior detecção dos casos, redução do percentual de abandono e aumento da cura⁽⁴⁾. Então, visando garantir a conclusão do tratamento e evitar a multidrogaresistência, no ano de 1997 foi introduzido oficialmente no Brasil o componente Tratamento Diretamente Observado, que consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa⁽¹⁾.

Para um efetivo controle da tuberculose é necessário ter definido um modelo de atenção a saúde como estratégia, desta forma a Organização Mundial da Saúde, destaca a importância da dimensão organização e de desempenho dos serviços de saúde ao afirmar que o problema não está nas formas

de detecção e tratamento, mas, sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de tuberculose⁽⁵⁾.

O Programa de Controle da Tuberculose em Foz do Iguaçu-PR tem operado predominantemente em um ambulatório de forma centralizada, mediante a atuação de equipe especializada em tuberculose, formada por duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira generalista, um enfermeiro especialista em pneumologia sanitária e um médico clínico geral, oferecendo atendimento em horário comercial.

Contudo, se observa que em Foz do Iguaçu o coeficiente de incidência e mortalidade por tuberculose são elevados e o indicador operacional percentual de cura está abaixo de 85% como recomenda a Organização Mundial da Saúde e, em se tratando de uma localidade de tríplice fronteira internacional torna-se relevante uma investigação sobre o *modus operandi* da estratégia escolhida para o controle da doença.

Frente a esse contexto geográfico, epidemiológico e político-organizacional em saúde, o estudo objetivou avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a organização e funcionamento do Programa de Controle da Tuberculose em Foz do Iguaçu-PR, Brasil.

Método

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em maio de 2009 no município de Foz do Iguaçu-PR, que está localizada na fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. A assistência à saúde compreende cinco distritos sanitários, onde se encontram 28 Unidades Básicas de Saúde, 32 Equipes de Saúde da Família, 02 Pronto Atendimentos, 01 clínica municipal de radiologia, 01 ambulatório de especialidades, 01 hospital público municipal e 03 privados conveniados ao Sistema Único de Saúde 01 ambulatório especializado em HIV/Aids e outro de referência para tuberculose⁽⁶⁾.

Todos os serviços de saúde locais são portas de

entrada para as pessoas com suspeita de tuberculose, tendo autonomia para solicitar os exames necessários para diagnose e os principais locais procurados são o Pronto Atendimento e a Atenção Básica à Saúde. Contudo, o Ambulatório de Referência constitui o principal serviço onde ocorre a detecção dos casos⁽⁶⁾.

Numa tentativa de implementar as ações de controle da doença nas unidades de Atenção Básica à Saúde, a coordenação municipal do Programa de Controle da Tuberculose, promoveu capacitações para esses trabalhadores. Entretanto, houve adesão de apenas cinco unidades de Atenção Básica à Saúde, que passaram a realizar integralmente as atividades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do doente por meio de consulta médica, de enfermagem e Tratamento Diretamente Observado. Contudo, após a execução das ações de capacitação e sensibilização continuou prevalecendo a lógica do encaminhamento do caso suspeito ou do doente já diagnosticado para o Ambulatório de Referência por parte dos demais pontos de atenção a saúde do município.

Desta feita, frente à sobrecarga de trabalho, horário de atendimento de seis horas diárias, reduzido número de profissionais na referência, o Tratamento Diretamente Observado era realizado somente nos casos de doentes com coinfeção tuberculose HIV/Aids, para aqueles em tratamento após abandono e para pessoas vivendo em situação de rua.

Esses serviços de saúde também funcionam como referência informal para uma elevada população de paraguaios e brasileiros que migraram para o Paraguai na década de 1970 e que não possuem assistência à saúde naquele país, além de uma parcela de argentinos, refletindo a grande assimetria em saúde na região da tríplice fronteira⁽⁷⁾.

A população do estudo foram dez profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem) da Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu-PR, mediante o critério: participar na gerência ou assistência junto ao Programa de Controle da Tuberculose do município. O roteiro de entrevista inclui as seguintes questões norteadoras: Como se

processa o controle da tuberculose no município a partir da assistência focada em um ambulatório centralizado com uma equipe especializada? Qual é o posicionamento político-administrativo e ou barreiras frente à recomendação de descentralização do controle da doença para Atenção Básica à Saúde?

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo⁽⁸⁾, modalidade Análise Temática, que possibilitou organizar o conjunto de falas emitidas (cada fala identificada pela letra F seguida de números arábicos sequenciais) durante as entrevistas para descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência podem revelar aspectos importantes para a análise da organização e o funcionamento do programa de controle da tuberculose.

As entrevistas foram realizadas individualmente, e as falas foram gravadas e transcritas na íntegra com a autorização dos sujeitos participantes do estudo, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Unioeste, protocolo nº. 022/2009.

Resultados

A codificação dos depoimentos resultou na construção de dois núcleos de sentido: “insuficiência na estrutura disponível (recursos humanos, recursos físicos) para o controle da tuberculose e; a digressão na organização da atenção a pessoa acometida pela tuberculose”. Estes núcleos de sentido permitiram a construção de uma Unidade Temática Central: “Ambivalência quanto à manutenção da centralização da assistência e a necessidade de incorporação das ações de controle da tuberculose na Atenção Básica à Saúde”.

Em relação à “insuficiência na estrutura disponível para o controle da tuberculose (recursos humanos e recursos físicos)”, verificou-se entre os depoimentos a necessidade de envolvimento de um

número maior de profissionais qualificados, bem como a fragilidade quantitativa de recursos físicos. *Às vezes a dificuldade é com o serviço. Temos realizado supervisões intermitentes, na segunda, quarta e sexta-feira, porém, existem dificuldades com o transporte. Um dia o carro está quebrado, no outro não tem motorista (F-1). Outras vezes o serviço tem a certeza de que está criando obstáculos ao tratamento, devido falta de gente, carro e/ou motorista ... (F-2). Os indicadores da tuberculose não estão bons ... baixa detecção de sintomáticos respiratórios ... o percentual de cura em Foz do Iguaçu está abaixo do parâmetro recomendado, acredito que precisa de mais gente qualificada, de mais recursos ... (F-3). Um grande nó é o insuficiente número de profissionais capacitados para apoio técnico, planejamento e assistencial frente às ações para a tuberculose no nível municipal (F-3).*

No que tange a “digressão na organização da atenção a pessoa acometida pela tuberculose” emergiram depoimentos sobre o Tratamento Diretamente Observado, centralização da assistência, descentralização como política de gestão municipal, ambivalência quanto à descentralização, inclusive, adesão à descentralização como necessidade de responder à pressão externa.

Chama a atenção as considerações tecidas sobre o Tratamento Diretamente Observado no relato a seguir; *Para as pessoas responsáveis, conscientes, que assume o seu tratamento, quais seriam as vantagens do Tratamento Diretamente Observado? Seria a demonstração de uma relação de desconfiança ...quando chegávamos lá em torno de 9 ou 10 hora a pessoa ficava até esse horário sem o café, sendo que ela poderia ter tomado a medicação ...e já estar trabalhando. Num caso desses o Tratamento Diretamente Observado ajuda ou atrapalha? (F-2).*

Observou-se em algumas falas o posicionamento favorável a centralização do programa. *Os usuários são atendidos mensalmente nesse serviço... com consultas médicas e/ou de enfermagem. A medicação é dispensada no próprio ambulatório, não havendo necessidade de ficar em fila de farmácia... os exames radiológicos e baciloscopia são realizados todos aqui. A primeira amostra para baciloscopia é coletada aqui no primeiro atendimento... faz-se tudo num mesmo lugar (F-1). No ambulatório temos pote para coleta de escarro, formulários, geladeira, disponibilidade de insumos para a prova tuberculínica, medicamentos. Algumas unidades de Atenção Básica à Saúde até tentam fazer o diagnóstico e tratamento*

da tuberculose, mas o grosso é aqui (F-4).

O processo de mudança na oferta de programas e serviços de saúde contempla o envolvimento e posicionamento dos gestores. *Falta sensibilização dos gestores para que a estratégia de descentralização da tuberculose ocorra efetivamente. Não temos obtido êxito no processo de descentralização plena das ações de controle da tuberculose, isso envolve decisão política e administrativa (F-5).*

A ambivalência (implícita em outros depoimentos) relacionada à possibilidade de descentralização; *...As dificuldades operacionais do programa como a baixa detecção, alto abandono... são extremamente preocupantes e demanda um enfrentamento mais sério do problema por parte dos profissionais, governos em todas as esferas, instituições e da população como um todo, mas tenho dúvidas se a descentralização é o caminho (F-5). ...Para ocorrer a descentralização é fundamental promover a capacitação das equipes de saúde da família, especialmente os agentes de saúde (F-6). Não sei se descentralizar é bom, tem casos que ela não ajuda (F-5).*

Nos conteúdos das falas a seguir aparece claramente a necessidade de descentralização como uma resposta às orientações recebidas das esferas político-administrativa externas ao município e, ainda a verbalização da necessidade de planejamento para avançar em direção à proposta da descentralização. *Penso que é necessário implementar a descentralização das ações de controle da tuberculose, a Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde tem cobrado do município (F-6). Seria importante buscar parceria com a Coordenação do Centro de Controle de Zoonoses para inserção da busca ativa de casos nas visitas dos agentes de endemias... parceria com o pessoal da assistência social e Universidades do município em se tratando da descentralização, pois temos sido cobrados (F-5).*

Discussão

Frente ao Plano emergencial, no Paraná as estratégias indutoras consistiram em repassar aos municípios prioritários o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças⁽⁹⁾ para fomentar o controle da tuberculose. Com esse suporte o município de Foz do Iguaçu-PR ampliou a

estrutura física, os recursos humanos, a qualidade na biossegurança do ambulatório de tuberculose e, integração com a Atenção Básica à Saúde, estimulando a busca de casos e o encaminhamento destes para o ambulatório de referência, prevalecendo como lógica organizativa a centralização da assistência.

Atualmente a organização da assistência em tuberculose é heterogênea no Paraná, alguns municípios transferiram as responsabilidades assistenciais de controle da doença para a Atenção Básica à Saúde e outros permaneceram centralizados. Semelhante movimento também foi verificado em municípios do estado de São Paulo, decorrente das recomendações do Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾. No entanto, dificuldades de incorporação das ações de controle da tuberculose pela Atenção Básica à Saúde emergiram entre os municípios paulistas que optaram pela descentralização⁽¹⁰⁾, deste modo, não há garantias de que essa estratégia alcançará os objetivos previstos⁽⁴⁾.

“A insuficiência na estrutura disponível (recursos humanos, recursos físicos) para o controle da tuberculose e a digressão na organização da atenção à pessoa acometida pela tuberculose, (evidenciada pela mudança de posicionamento sobre o Tratamento Diretamente Observado e o modelo de atenção em tuberculose encontrado nas falas dos respondentes)” configuraram os principais obstáculos identificados nos depoimentos sobre a realidade estudada, os quais perpassam a centralização/descentralização do controle da tuberculose.

Há que se destacar também o fato de o município situar-se em uma região de tríplice fronteira internacional, sujeito a atender um grupo populacional extra, o qual busca atendimento no Brasil, devido à gratuidade dos serviços do Sistema Única de Saúde e, essa população influencia e pressiona o modo como se aloca os recursos financeiros e organização do sistema de saúde local⁽⁶⁾.

Dentre as problemáticas no funcionamento do programa observou-se o transporte, uma vez que, o veículo disponibilizado também é compartilhado com outro serviço e invariavelmente há necessidade

de negociação quanto ao horário, levando a atrasos na supervisão do Tratamento Diretamente Observado. Nessas situações o profissional de saúde não pode desenvolver adequadamente o cuidado resultando na perda da capacidade resolutiva dos serviços, no processo de interação com o doente de tuberculose, bem como o vínculo e adesão ao processo terapêutico⁽¹⁰⁾. A impossibilidade de executar as atividades planejadas favorece o imprevisto, frustração e desânimo.

Percebeu-se a preocupação dos entrevistados em relação à capacitação dos profissionais para o planejamento e produção do cuidado ao usuário, aspecto fundamental na assistência em tuberculose⁽⁴⁾. A capacitação em tuberculose assume importante papel e deve garantir a compreensão da doença e seus condicionantes, bem como de instrumentos e tecnologias utilizadas para sua prevenção e controle⁽¹⁰⁾.

Somado a capacitação profissional, a supervisão do tratamento é comprovadamente eficaz no controle da doença, entretanto, pressupõe o envolvimento dos gestores, profissionais de saúde e comunidade, para que de forma articulada ocorra um incremento na efetividade do programa⁽⁴⁾.

Em uma pesquisa realizada em municípios prioritários do estado de São Paulo identificou-se depoimentos sobre a resistência a incorporação do Tratamento Diretamente Observado, sendo que, alguns profissionais percebem o Tratamento Diretamente Observado como trabalhoso e um ato paternalista⁽¹⁰⁾. Contudo em Dourados, Mato Grosso do Sul verificou-se as potencialidades dessa estratégia para a adesão e aumento do percentual de cura⁽⁴⁾. Para o controle da tuberculose tal concepção é preocupante, pois pode comprometer a adesão das pessoas ao tratamento medicamentoso. Ademais, a adesão depende do vínculo e do acolhimento proporcionado pelos profissionais de saúde ao doente durante a prática do tuberculose⁽¹¹⁾.

Outro aspecto organizacional diz respeito ao posicionamento de que o cuidado em tuberculose deve

ocorrer obrigatoriamente em serviços especializados, tem sido um obstáculo para a incorporação do controle da doença na Atenção Básica à Saúde, situação potencializada pelas equipes de saúde que veem o cuidado em tuberculose como competência exclusiva dos centros de referência, o que contribui para a ausência de responsabilização da Atenção Básica à Saúde no controle da doença⁽¹⁰⁾.

Destaca-se que a assistência em tuberculose na Atenção Básica à Saúde e nos serviços especializados pode coexistir devido à existência de atividades complementares entre eles. Quanto ao desempenho destes serviços, verificou-se em Campina Grande-PB, a ausência de divergências na qualidade especialmente em relação ao prazo para conseguir consulta no prazo de 24 horas, perder o turno de trabalho para consultar e aguardar mais de 60 minutos para o atendimento⁽¹²⁾.

Em relação ao Tratamento Diretamente Observado, este ocorreu com maior frequência nas unidades de Atenção Básica à Saúde do que no ambulatório de referência, por outro lado os doentes que faziam tratamento no ambulatório de referência precisaram gastar com transporte para deslocamento mais frequentemente que os doentes tratados na Atenção Básica à Saúde⁽¹²⁾. A descentralização das ações em saúde desencadeada no Sistema Único de Saúde apresenta fortalezas e debilidades e o controle da tuberculose está envolto nesse contexto.

Um depoimento apontou que a descentralização ainda não foi exitosa devido a entraves político-administrativos. O adiamento das discussões sobre os rumos do controle da endemia no município pode ser explicado pela posição que o tema ocupa na agenda político-gerencial (compromisso político do governo) no país⁽¹³⁾, a começar pelo nível decisório e executivo, por isso a tuberculose tem sido um tema negligenciado.

Contudo, essa discussão constitui um conjunto de propostas jurídico-legais que vem sendo consolidado no país desde a criação do Sistema Único de Saúde, que busca tornar o município o gestor das ações de saúde e, a descentralização da tuberculose

tem origem neste desdobramento⁽¹³⁾.

As formas de prestar o cuidado e as estratégias de intervenção adotadas nos sistemas de saúde são influenciadas e se altera especialmente, devido o planejamento e posicionamento administrativo e político dos gestores⁽¹⁴⁾. Os gestores devem ser sensibilizados para a importância de estratégias de gerenciamento no enfrentamento das condições crônicas, tais como a tuberculose⁽¹⁰⁾. Contudo, é notório que ocorra descontinuidade nos cargos administrativos, seja político ou assistencial dificultando a sequência dos processos de gestão outrora iniciados.

Experiências envolvendo a descentralização das ações de controle da tuberculose mostraram a existência de fragilidades/barreiras, devido a lacunas de conhecimento, que comprometeram a execução de determinados aspectos das estratégias, no entanto, avanços significativos foram materializados, com destaque a estrutura (recursos humanos e físicos) em alguns cenários^(4,14).

A descentralização das atividades em saúde é uma questão complexa e envolve a dimensão político-gerencial, capacitação dos profissionais, intersetorialização, financiamento das ações, ordenação do sistema de informação, organização do fluxo de referência-contrarreferência para exames de apoio diagnóstico e especialidades no contexto de uma rede de atenção em saúde.

Ampliar o escopo de atuação da Atenção Básica à Saúde necessita cautela, planejamento e estratégia de transferência gradual de responsabilidade, visto que a realização das ações de controle não depende somente de altruísmo e engajamento, mas de equipes qualificadas para assistir pessoas com uma doença complexa^(10,15).

Para além da discussão sobre as dificuldades da organização do controle da tuberculose no âmbito municipal, cabe acrescentar que Foz do Iguaçu-PR por ser uma cidade de tríplice fronteira internacional, se depara com a complexidade sanitária ligada ao planejamento de estratégias conjuntas para o controle

de doenças infecciosas em espaços transnacionais, onde o convívio de pessoas é constante sem demarcação territorial, mas, com acesso a serviços de saúde diferentes que não se comunicam.

Diferentes estudos mostram assimetrias no financiamento, organização conjunta de estratégias sanitárias e assistenciais entre sistemas de saúde entre países vizinhos, mesmo entre nações signatárias de tratados econômicos, como a União Europeia e MERCOSUL. Essas diferenças são evidenciadas quando ocorre o trânsito interno das populações nesses territórios, especialmente quando o indivíduo visualiza uma assistência mais efetiva fora de seu país, ocasionando dificuldades organizativas aos sistemas de saúde buscados, visto que estão orientados para atender a demanda interna^(6,16).

Destaca-se que a demanda por serviços de saúde no Brasil por paraguaios, argentinos e brasileiros imigrados ocorrem em Unidades de Urgência emergência, serviços especializados e também nas Unidades de Atenção Básica à Saúde. Assim, cabe viabilizar uma estratégia de vigilância, diagnóstico e tratamento da tuberculose compartilhada entre os municípios da tríplice fronteira, visto a presença de desigualdades territoriais em saúde, por isso se faz premente adequar os sistemas de saúde de modo a oferecer respostas inovadoras e resolutivas⁽⁶⁾.

Salvaguardando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e a filosofia da Estratégia Saúde da Família, a Atenção Básica à Saúde poderia ser um lócus privilegiado para o controle da tuberculose, ampliando seu escopo de atuação para além da ideia de adscrição e territorialidade em se tratando dos espaços transfronteiriços. A que se ponderar também a necessidade de pactuar e formalizar os projetos de cooperação em saúde pública, detalhando as fontes de financiamento, responsabilidades e deveres entre os países.

Considerações Finais

O programa se organiza e funciona com base nas normas operacionais e clínicas do Ministério da Saúde, porém existem dificuldades na sua execução, fazendo com que algumas recomendações sejam adaptadas à realidade do município.

A centralização das ações de controle da tuberculose em um ambulatório dificulta o acesso resolutivo na busca de atenção e cuidado focado na família e comunidade. O Tratamento Diretamente Observado tem sido realizado somente para doentes em extrema vulnerabilidade, pois existem obstáculos como o transporte e falta de recursos humanos.

Evidenciaram-se questões a serem resolvidas em relação ao controle da tuberculose, em função da magnitude e complexidade do cuidado e, conseqüentemente, da organização da assistência, num cenário que exige o congraçamento entre os gestores, coordenadores do programa de controle da tuberculose, profissionais da Atenção Básica à Saúde e sociedade para a elaboração de um projeto assistencial colaborativo, plausível e executável em um ambiente de tríplice fronteira internacional, concebido sob o pensamento nos direitos sociais e acesso à saúde.

Agradecimentos

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, pelo apoio financeiro.

Colaborações

Silva-Sobrinho RA, Monroe AA e Villa TCS participaram da concepção e elaboração do projeto, análise de dados, redação e análise crítica do artigo. Zilly A, Pinto ESG e Silva RMM contribuíram com a confecção do artigo científico.

Referências

1. Santos J. Brazilian response to tuberculosis control. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(supl 1):89-93.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Especial tuberculose. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2012 out 02]; 43: 1-12. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Sala de situação em saúde. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [citado 2014 jan 26]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
4. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS. *Saúde Soc*. 2010; 19(4):794-802.
5. World Health Organization. WHO report 2009: global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva: WHO; 2010.
6. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAS, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplex fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(6):461-68.
7. Jiménez RP, Nogueira VMR. La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: los desafíos de las fronteras. *Rev Katál*. 2009; 12(1):50-8.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2306, de 4 de dezembro de 2003. Acresce recursos ao teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças – TFECD e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino-Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):262-67.
11. Freitas KG, Sobrinho ECR, Piai TH, Figueiredo RM. Family health nursing assistants knowledge on tuberculosis. *Rev Rene*. 2013; 14(1):3-10.
12. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Performance of primary health care services in tuberculosis control. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5):825-31.
13. Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da tuberculose no estado de São Paulo (1998 a 2004). *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):98-104.
14. Protti ST, Silva LMC, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Nogueira JA, et al. Managing the basic health unit in tuberculosis control: a field of challenges. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):665-70.
15. Feitoza DS, Clares JWB, Rodrigues LV, Almeida PC. Epidemiological surveillance in the context of the tuberculosis control program: limits and Possibilities. *Rev Rene*. 2012; 13(5):1066-74.
16. Queiroz LG, Giovanella L. Mercosur's regional health agenda: architecture and themes. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 30(2):182-88.