

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

JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO

**CONTROLE DA TUBERCULOSE E OS DESAFIOS DA GESTÃO NA ATENÇÃO
BÁSICA DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO

**CONTROLE DA TUBERCULOSE E OS DESAFIOS DA GESTÃO NA ATENÇÃO
BÁSICA DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Linha de pesquisa: Epidemiologia e Saúde

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira

JOÃO PESSOA

2009

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

T828c *Trigueiro, Janaína Von Söhsten.*
Controle da tuberculose e os desafios da gestão na atenção
básica de municípios prioritários da Paraíba/ Janaina Von Söhsten
Trigueiro. – João Pessoa, 2009.
137f.
Orientadora: Jordana de Almeida Nogueira.
Dissertação (Mestrado) – UFPb - CCS

1. Tuberculose. 2. Gestão em Saúde. 3. Saúde – Atenção primária..

UFPb/BC

CDU: 616-002.5 (043)

Responsável pela catalogação: Maria de Fátima dos Santos Alves-CRB -15/149

JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO

**CONTROLE DA TUBERCULOSE E OS DESAFIOS DA GESTÃO NA ATENÇÃO
BÁSICA DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DA PARAÍBA**

APROVADA EM: 10/12/2009.

BANCA EXAMINADORA

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

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

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha – Membro
(Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo)

Prof.^a. Dr.^a. Bertha Cruz Enders – Membro
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

*A Deus, que sempre me proporcionou discernimento e saúde,
iluminando meus passos e abençoando o meu viver. E, aos meus pais,
Marly e Gentil, tradução do mais verdadeiro amor!*

DEDICO.

Agradecimentos

Esta dissertação foi construída com muito cuidado e expressa, em suas entrelinhas, toda dedicação que tive nesses últimos dois anos da minha vida. Não cheguei até aqui sozinha e, por essa razão, quero agradecer a **todos**, que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Ao meu **Deus**, que nesses últimos anos me guiou por caminhos inesperados, me fazendo passar por momentos de dúvida e, com isso, me fez amadurecer como pessoa a partir das minhas escolhas. Ele me conduziu para o melhor lugar, me fez ficar perto das melhores pessoas, porque só Ele, com seu amor divino, tem um propósito para a minha vida. Aprendi que tudo é no tempo Dele.

A **Mainha** e **Painho**, que sempre me incentivaram e nunca pouparam esforços para me proporcionar a melhor educação. Obrigada por todo amor, pelos ensinamentos, vocês são meus exemplos de vida e de honestidade, a minha base, o meu porto seguro. Amo muito vocês!

A toda minha família, em especial aos meus tios e padrinhos queridos **Mara** e **Silveira** e a minha prima **Aninha**, que sempre torceram e vibraram com minhas conquistas.

A minha prima **Débora**, que cuidei quando criança e hoje divide comigo a experiência de realizar pesquisas, de crescer na nossa profissão. Você é um docinho de pessoa, uma menina de Deus, inteligente, competente, um orgulho. Obrigada por sempre me ouvir e por também ajudar na construção desse trabalho.

A **Claudinho**, meu maridinho, meu eterno namorado, meu amigo de todas as horas. Você compartilhou ao longo desses anos todas as minhas vitórias, mas também minhas frustrações, sempre estando ao meu lado com todo amor, paciência e carinho. Sou muito feliz em ter você comigo. Te amo muito!

A **Tom**, fiel companheiro. Nesses quase 13 anos de convivência, fazendo parte da família, tem nos proporcionado tantos momentos de alegria e descontração.

A **Mônica**, irmã de coração. Foi a primeira pessoa que me incentivou a fazer o curso de enfermagem e, sempre torceu para que eu fizesse o meu melhor, para que eu tivesse sucesso e

conseguisse vencer. Sua amizade é muito importante para mim, sua família é minha família também.

A todos os meus amigos, em especial as “melhores”: **Jussy, Manu, Janine, Poly, Isis e Mari**, porque compreenderam minha ausência com muito carinho e amizade. Vocês são essenciais para a minha vida!

A **Júlia**, afilhada mais linda e amada do mundo. Tão pequenina, nem imagina quanta alegria nos trouxe, mostrando que a vida é mesmo um milagre de Deus.

A **Ana Cristina**, que foi uma pessoa fundamental para a realização deste sonho. Minha eterna professora e amiga do coração, agradeço o carinho e a confiança por sempre depositar em mim suas melhores expectativas. Deus foi maravilhoso quando colocou você na minha vida.

A **Gisele**, minha amiga querida, minha “parêa”. Sem dúvida sua amizade é uma bênção de Deus. Com você aprendi a ser menos ansiosa, a encarar os problemas da vida com menos seriedade e com mais leveza. Tenha certeza que hoje sou uma pessoa melhor e você teve grande contribuição para que isso acontecesse.

A **Jo”R”dana**, minha orientadora, quem chamo carinhosamente de “ori” e hoje, para a minha alegria, posso também chamar de amiga. Tive o prazer de conviver e a oportunidade de crescer profissionalmente, aprendendo que o trabalho em equipe e a humildade são essenciais para a nossa vida.

A **Lenilde**, professora e parceira. Mediadora deste sonho, sem ela eu não teria chegado aqui. Obrigada por ser tão atenciosa comigo e por contribuir enormemente para a elaboração deste trabalho. Suas várias sugestões, sempre construtivas, suscitaram em mim o desejo de finalizá-lo com primor.

Aos professores **Pedro Palha e Bertha Enders**, que prontamente aceitaram o convite em participar da banca examinadora, tornando-se fundamentais para o aprimoramento e conclusão deste trabalho.

Ao **Grupo TB/PB**, no qual a paixão pela temática se fortaleceu, dando-me a oportunidade de conhecer um ícone, o **Dr. Antônio Ruffino-Netto**, um senhor educado, que descreve sensivelmente o problema da TB, trazendo consigo uma luz interior que transmite humanidade e simplicidade. Uma honra conhecê-lo.

A turma do mestrado, em especial aos amigos do coração **Fábia, Sandra, Édija e Matheus**. Agradeço a Deus cada momento compartilhado, seja de aprendizado seja também de descontração, vocês serão inesquecíveis para mim. Sucesso e sorte a todos!

A **Janáina**, bibliotecária da FACENE, que sempre tão disponível, me ajudou bastante na organização das normas desse trabalho.

A todos os professores que tive a oportunidade de conhecer no decorrer do mestrado, especialmente à querida professora **Wilma**, que com simples palavras se tornou inesquecível para mim. Seu diferencial é sem dúvida sua sensibilidade.

Aos funcionários do mestrado, **D. Luzinete**, em especial à **Seu Ivan**, que desde a minha inscrição sempre torceu por minha vitória.

A todos os funcionários da secretaria de saúde, dos municípios de Bayeux e de Santa Rita, o meu muito obrigada.

A todos os **gestores** que se dispuseram em participar dessa pesquisa, contribuindo para sua real conclusão.

A Fundação de apoio a Pesquisa do Estado da Paraíba- FAPESQ.

"Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não esqueço de que minha vida é a maior empresa do mundo. E que posso evitar que ela vá à falência.

Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensíveis e perigosos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no interior da sua alma..

É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. E saber falar de si mesmo. E ter coragem para ouvir um "não". E ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta.

Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo... "

Fernando Pessoa

RESUMO

TRIGUEIRO, J. V. S. **Controle da tuberculose e os desafios da gestão na atenção básica de municípios prioritários da Paraíba.** 2009. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, 2009.

A organização das ações de controle da tuberculose (TB) deve associar-se a um trabalho integrado entre os diferentes pontos do sistema de serviços de saúde e a sua eficácia depende das relações que estabelecem entre as pessoas, tecnologia e recursos. Logo, a coordenação se destaca como um instrumento determinante desse processo, cujos efeitos estarão diretamente relacionados à capacidade de prover e articular recursos de informação e conhecimento, organizativos, políticos e financeiros em função do tempo, prioridades estratégicas e operacionais concretamente estabelecidas. Assim, optou-se por avaliar, segundo a percepção dos gestores de saúde, a dinâmica da coordenação que organiza e orienta as ações de controle da tuberculose nos municípios de Bayeux e Santa Rita – PB, bem como investigar as contradições existentes entre as competências atribuídas à coordenação das ações de controle da TB e as ações realizadas pelos gestores. Pesquisa de abordagem qualitativa que envolveu oito profissionais que exerciam cargos de gestão, dentre eles os coordenadores dos Programas de Controle da Tuberculose, da Atenção Básica, da Vigilância em Saúde, da Vigilância Epidemiológica bem como os Secretários de Saúde. O material empírico foi obtido por meio da entrevista semi-estruturada e a análise dos dados fundamentou-se na técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática, que conformou a unidade temática central “Controle da Tuberculose: (re) descobrindo o cenário de atuação da gestão da atenção básica”, e quatro categorias: “A tuberculose no contexto sanitário municipal: planejamento, organização e descentralização das ações prioritárias”; “A operacionalização das ações voltadas para a Tuberculose: revelando a prática na prática”; “Luz, câmera, tuberculose: profissionais protagonistas, fragilidades coadjuvantes ou vice-versa?”; “A gestão de mãos atadas frente à realidade social dos usuários do serviço”. Os resultados evidenciaram que há ausência de planejamento participativo, de articulação entre os gestores, desvalorização da TB como prioridade nos municípios, demonstrando que os profissionais ainda não estão habilitados para trabalhar com este agravo. Outras debilidades foram mencionadas, tais como: o acúmulo de funções e a rotatividade dos profissionais bem como dos gestores, a ausência de perfil para atender a demanda e o uso inadequado dos sistemas de informação. Assinalou-se ainda os fatores que impedem a adesão ao tratamento, sendo citado o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, o tempo prolongado do tratamento e a inadequação dos recursos financeiros o que ocasiona a falta de incentivos. A tarefa de gerenciar deve trilhar um caminho inovador e transformador, que ultrapasse as barreiras burocráticas e alcance o maior desafio que lhe é imposto: equilibrar as inter-relações profissionais no intuito de aperfeiçoar o desempenho do trabalho em saúde.

Palavras-chave: Tuberculose. Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

TRIGUEIRO, J. V. S. **Tuberculosis Control and the challenges of the management in the primary health care of priority cities of Paraiba.** 2009. 137f. Dissertation. (Master in Nursing). Post Graduation Programa in Nursing. Federal University of Paraiba. Joao Pessoa, 2009.

The organization of actions of tuberculosis (TB) control must associate to the integrated work between the different points of the health care system and its efficacy depends on the relations established between the people, technology and resources. Soon, the coordination highlights as a determinant instrument of this process, which effects will be directly related to the capacity of providing and articulating organizational, political and financial resources of information and knowledge, in function of the time, strategic and operational priorities concretely established. Thus, we chose evaluate, according to the perception of the managers of health, the dynamic of the coordination which organizes and guides the actions of tuberculosis control in the cities of Bayeux and Santa Rita- PB, as well as investigate the existing contradictions between the competences attribute to the coordination of TB control actions and the actions done by the managers. Qualitative approach research which involved eight professionals who worked in managerial positions, among them the coordinators of Tuberculosis Control Programs, of the Basic Attention, of the Health Surveillance, Epidemiological Surveillance as well as the Health Secretaries. The empirical data were obtained through semi-structured interviews and the data analysis was based on the technique of Content Analysis, thematic modality, which conformed the central thematic unity "Tuberculosis Control: (re) discovering the scenery of action of the management of the basic attention", and four categories: "Tuberculosis in the sanitary city context: planning, organization and decentralization of the priority actions", "The operationalization of the actions towards tuberculosis: Revealing the practice in the practice"; Light, camera, tuberculosis: professional protagonists, supporting fragilities or vice-versa?", "The management with tied hands facing the social reality of users of the service". The results highlight that there is absence of participative planning, of articulation between the managers, devaluation of the TB as priority in the cities, showing that the professionals are not yet enabled to work with this injury. Other debilities were mentioned, such as: Accumulation of functions and turnover of the professionals as well as of the managers, absence of profile to attend the demanding and the wrong use of the information systems. It was pointed out that the factors which prevent the adhesion to the treatment, being cited the use of illegal or legal drugs, the long time of the treatment and the inadequacy of the financial resources which causes the lack of incentives. The task of managing must follow an innovative path and transformer, which goes beyond the bureaucratic barriers and reach the greatest challenge which is imposed to itself: Balance the professional inter-relationships in order to improve the performance of work in health.

Key-words: Tuberculosis. Health Management. Primary Health Care.

RESUMEN

TRIGUEIRO, J. V. S. **Control de la tuberculosis y los desafíos de la gestión en la atención básica en ciudades con prioridad en Paraíba.** 2009. 137f. Disertación. (Master en Enfermería). Programa de Pós-Graduação em Enfermería. Universidad Federal de Paraíba. João Pessoa, 2009.

La organización de las acciones de control de la tuberculosis (TB) debe vincularse a un trabajo integrado entre los diferentes puntos del sistema de servicios de salud y su eficacia va a depender de las relaciones que se establecen entre las personas, tecnología y recursos. Luego, la coordinación se destaca como instrumento determinante de este proceso, cuyos efectos estarán directamente relacionados a la capacidad de proporcionar y articular los recursos de información y conocimiento, organizativos, políticos y financieros en función del tiempo, prioridades estratégicas y operacionales concretamente establecidas. Así, optamos por evaluar, según la percepción de los gestores de la salud, la dinámica de la coordinación que se organiza y orienta las acciones de control de la tuberculosis en las ciudades de Bayeux y Santa Rita – PB, como también investigar las contradicciones que existen entre las competencias atribuidas a la coordinación de las acciones de control de la TB y las acciones realizadas por los gestores. Pesquisa de abordaje cualitativa que envolvió ocho profesionales que ejercían cargos de gestión, entre ellos los coordinadores de los Programas de Control de la Tuberculosis, de la Atención Básica, de la Vigilancia en Salud, de la Vigilancia Epidemiológica como también los Secretarios de Salud. El material empírico fue obtenido por medio de entrevista semiestructurada y el análisis de los datos se fundamentó en la técnica de Análisis de Contenido, modalidad temática, que conformó la unidad temática central “Control de la Tuberculosis: (re)descubriendo el panorama de actuación de la gestión de la atención básica”, y cuatro categorías: “La tuberculosis en el contexto sanitario municipal: planeamiento, organización y descentralización de las acciones prioritarias”; La realización de las acciones direccionadas para la Tuberculosis: revelando la práctica en la práctica”; “¿Luz, cámara, tuberculosis: profesionales protagonistas, fragilidades coadyuvantes o viceversa?”; “La gestión de manos atadas frente a la realidad social de los usuarios del servicio”. Los resultados evidenciaron que hace falta el planeamiento participativo, de articulación entre los gestores, desvalorización de la TB como prioridad en las ciudades, revelando que los profesionales todavía no están habilitados para trabajar con la gravedad de esta enfermedad. Otras debilidades fueron mencionadas, como ejemplo: el amontonamiento de funciones y la rotación de profesionales como también de los gestores, la ausencia de perfil para atender la demanda y el uso inadecuado de los sistemas de información. Aún se han señalado los factores que impiden la adhesión al tratamiento, siendo mencionado el uso de drogas lícitas y/o ilícitas, el tiempo alargado del tratamiento y el uso inadecuado de los recursos financieros, lo que causaba la falta de incentivos. La tarea de gestionar debe hacer un camino innovador y transformador, que ultrapase las barreras burocráticas y logre al más grande desafío a él impuesto: equilibrar las interrelaciones profesionales con la intención de perfeccionar el desempeño del trabajo en la salud.

Palabras clave: Tuberculosis. Gestión en Salud. Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Localização do município de Bayeux no mapa da Paraíba	57
FIGURA 2 - Demonstrativo do mapeamento geo-sanitário para localização de pacientes de TB por distrito sanitário do município de Bayeux	57
FIGURA 3 - Localização do município de Santa Rita no mapa da Paraíba	59
FIGURA 4 - Divisão do território de Santa Rita por bairros	60

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde	33
QUADRO 2 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa	62

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** – Distribuição de casos de tuberculose no município de Bayeux – PB, no período de 2001-2009. 58
- TABELA 2** – Distribuição dos casos de cura e abandono no município de Bayeux - PB, no período de 2001-2009. 58
- TABELA 3** – Distribuição de casos de tuberculose no município de Santa Rita – PB, no período de 2000-2007. 60
- TABELA 4** – Distribuição dos percentuais de cura e abandono no município de Santa Rita - PB, no período de 2003 a 2007. 61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica da Saúde
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
BAAR	Bacilos Álcool Ácido Resistentes
BCG	Bacilo de Calmette Guerin
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CCS	Centro de Ciências da Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short- Course</i>
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAPESQ	Fundação de Apoio à Pesquisa
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SR	Sintomático Respiratório

SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
VT	Virgem de Tratamento

SUMÁRIO

Lista de Ilustrações

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

Lista de Abreviaturas e Siglas

APRESENTAÇÃO	18
CAPÍTULO 1: CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO	19
<i>1.1 INTRODUÇÃO</i>	22
<i>1.1.1 Tuberculose: a magnitude do problema</i>	23
<i>1.1.2 Delimitação do objeto de estudo</i>	24
<i>1.2 OBJETIVOS</i>	28
CAPÍTULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO	29
<i>2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTORICIDADE, CONCEITOS NO MUNDO E NO BRASIL</i>	31
<i>2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL: DA GESTÃO CENTRALIZADA À DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES</i>	35
<i>2.3 GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS</i>	48
CAPÍTULO 3: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	53
<i>3.1 TIPO DE ESTUDO</i>	54
<i>3.2 CENÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO</i>	56
<i>3.2.1 O Município de Bayeux</i>	56
<i>3.2.2 O Município de Santa Rita</i>	59
<i>3.3 SUJEITOS DO ESTUDO</i>	61
<i>3.4 PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO</i>	62
<i>3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS</i>	63
<i>3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES</i>	64

<i>3.7 ASPECTOS ÉTICOS</i>	65
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
<i>4.1 UNIDADE TEMÁTICA CENTRAL</i>	67
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	132
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista	133
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	134
ANEXO - Documento de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	136

"Sou o que quero ser, porque possuo apenas uma vida e nela só tenho uma chance de fazer o que quero. Tenho felicidade o bastante para fazê-la, das dificuldades fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana e esperança suficiente para fazê-la feliz. As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas, elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos."

Clarisse Lispector

Apresentação

Ao longo desses anos fiz diversas escolhas no sentido de amadurecer como pessoa e crescer profissionalmente. Porém, sem dúvida, tudo que tive a possibilidade de vivenciar, o melhor foi confirmar o que desde criança ouvia dos meus pais: “a coisa mais valiosa do ser humano é a educação”, é colocar o verbo “aprender” em prática. Portanto, quero ser uma eterna aprendiz!

Jamais poderia deixar de mencionar sobre minha graduação em Fonoaudiologia. Esta rica experiência foi de grande relevância, pois contribuiu enormemente para que eu vencesse alguns medos - como o de falar em público - e pudesse dar valor aos ensinamentos que nos são passados pelos docentes no decorrer de um curso de graduação. Como fonoaudióloga, aprendi a cuidar, a esperar o tempo do outro, a ouvir e, sobretudo, a ser mais humana, reconhecendo que todos nós temos defeitos e podemos enfrentá-los. Deparei-me com um campo de trabalho difícil, chegando a atuar por quase dois anos. Entretanto, a realidade era dura, competitiva e repleta de “apadrinhamento político”, o que me frustrou e me fez refletir sobre o que realmente eu queria para a minha vida. Nesse momento cheguei a conclusão de que existia uma lacuna, ressurgindo um sonho que tinha ficado para trás: Ser enfermeira. Esse foi o ponto de partida para o caminho mais gratificante que escolhi trilhar, e assim o fiz.

Enfatizo aqui que após a conclusão do curso de Enfermagem, iniciei minha trajetória como docente na mesma instituição que possibilitou minha formação. Trabalhar nessa Faculdade é um imenso prazer, faz com que, a todo instante, eu reafirme a minha paixão pelo estudo e pela vida de pesquisadora, bem como me proporciona aprendizados contínuos e vivências singulares.

O primeiro contato com a temática surgiu durante a academia de Enfermagem, quando nesta tive a oportunidade de, através das disciplinas de Saúde Coletiva II e Clínica II, conhecer algumas das particularidades da tuberculose e, pude perceber, a dimensão desta enfermidade em nível mundial. Deste modo foi iniciada minha trajetória de aprofundamento e leitura acerca da TB, onde por meio de uma das minhas professoras da graduação, recebi o convite para participar das reuniões do Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose - Grupo TB/PB- vinculado ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba.

Cada encontro com o Grupo era uma oportunidade de enriquecer meus conhecimentos e, logo percebi, que algo começara a inquietar meu coração. A partir de então passei a refletir sobre o quão importante era realizar pesquisas nessa área, e estas reflexões suscitaram o desejo, de entender o porquê da persistência dessa doença na sociedade. Por essa

razão, fui direcionando os meus estudos acadêmicos para essa questão, onde meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve o intuito de conhecer sobre as atividades educativas voltadas para a tuberculose. Através do TCC, pretendi iniciar minha contribuição para as pesquisas nesse campo.

Logo em seguida, me submeti à seleção do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, na linha de Epidemiologia e Saúde e, para minha alegria, fui aprovada. Assim, novamente encontrei-me envolvida na investigação da problemática da TB e, dessa vez, a pretensão foi construir e compreender, tendo como referencial a Atenção Primária à Saúde (APS), as características da coordenação que abarca as práticas de controle da tuberculose. Para tanto, o caminho percorrido encontra-se estruturado em cinco capítulos.

No **Capítulo I**, o objeto do estudo foi construído e delimitado. Primeiramente, expusemos o panorama atual da tuberculose no mundo, nas Américas, no Brasil e na Paraíba, destacando sua incidência, tendo em vista a importância desta endemia como fator de morbimortalidade da população. Para esmiuçar o tema, apontou-se a questão da descentralização como sendo fundamental para as ações de controle da tuberculose, enfatizando que a coordenação deve ser percebida como importante aliada às mudanças que a reorganização do serviço demanda. A fim de permitir uma melhor compreensão, conceituamos a coordenação no âmbito da Atenção Primária à Saúde como uma dimensão que integra, dentre seus mais diversos aspectos, um conjunto de ações que devem garantir a assistência aos usuários em sua plenitude. Além disso, com o intuito de fortalecer o Grupo TB/PB, foi feito um levantamento das últimas produções de outros componentes do mesmo, servindo como alicerce para a fundamentação da presente investigação.

A apresentação do quadro teórico é realizada no **Capítulo II**. Nesta etapa abordamos a concepção da atenção primária como eixo orientador dos sistemas de serviços de saúde, especificando o histórico do desenvolvimento desse conceito no mundo e no Brasil, suas características e contribuições. Ressaltamos ainda, minuciosamente, o processo histórico das políticas públicas, evidenciando o desenrolar da gestão centralizada até a descentralização das ações de controle da tuberculose no Brasil. Discutimos os vários acontecimentos sócio-econômicos que contribuíram para a implementação de políticas mais democráticas em nosso país e, que, nos últimos anos, influenciaram, diretamente, as transformações ocorridas no cenário das práticas de gestão da saúde.

O percurso metodológico está contemplado no **Capítulo III**. Nele, são apontados conceitos relevantes para o entendimento do processo de elaboração da pesquisa. Alguns questionamentos iniciam o capítulo: O que é pesquisar? O que é pesquisa em saúde? Em seguida, são demonstrados o tipo do estudo, o cenário da pesquisa - caracterizando cada um dos municípios investigados -, são descritos os sujeitos participantes da pesquisa, as etapas da preparação para o trabalho de campo, as técnicas utilizadas para o procedimento de coleta de dados e análise do material empírico e, por fim, enfatiza-se os aspectos éticos que foram levados em consideração durante a realização da dissertação.

O **capítulo IV** apresenta os resultados e a discussão. Nele destacamos a unidade temática central, a qual se configurou em cinco categorias. Na primeira são apontados aspectos inerentes a inserção da tuberculose no quadro sanitário dos municípios, evidenciando a questão do planejamento e organização das ações prioritárias. Na segunda, abordamos como se dá a operacionalização das ações voltadas para a tuberculose no cotidiano das práticas, revelando a realidade do serviço desde a busca ativa de sintomáticos respiratórios até o tratamento propriamente dito. Já na terceira, demonstramos quais são os profissionais que trabalham no sentido de combater este agravo, enfatizando suas fragilidades e questionando a existência de uma prática integrada. Na seguinte categoria, o foco foi exatamente relatar se há e quais os benefícios da descentralização das ações direcionadas a atender o portador de tuberculose. Por fim, na última categoria, fazemos uma reflexão acerca dos problemas sociais com que os usuários do serviço convivem, o que interfere, diretamente, no êxito do tratamento. Neste tópico assinalamos o uso de drogas, a baixa escolaridade e a falta de incentivos, a exemplo da cesta básica, como questões decisivas para o abandono terapêutico.

As considerações finais são trazidas no **capítulo V**. Enfatizamos os resultados da pesquisa, demonstrando os inúmeros entraves do cotidiano do serviço, mas também citando algumas reflexões acerca de como aprimorar a atuação da gestão no âmbito da saúde, especialmente quando esta nos remete à problemática da TB.

"Eu entendi que realmente o problema da saúde tinha uma solução política e não uma solução técnica. Não se podia lutar contra qualquer doença com a solução técnica só, nem tínhamos elementos, teria de haver uma mudança na infra-estrutura nacional e política, uma vontade política com uma modificação total".

José Rosemberg

Capítulo 1

Construindo o objeto de estudo

1.1 INTRODUÇÃO

1.1.1 Tuberculose: a magnitude do problema

Inicia-se um novo milênio, o século XXI, e o panorama da tuberculose (TB) permanece como um problema de saúde bastante preocupante (SOUZA et al., 2005). Mesmo após atravessar vários séculos, gera inquietação em profissionais de saúde e sociedade, pois embora existam diversos recursos tecnológicos capazes de promover o seu controle, ainda não há uma perspectiva de erradicação (SILVA JUNIOR, 2004).

Paralelamente à co-infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) somam-se outros fatores que favorecem a permanência da TB no mundo, como a má distribuição de renda, a desigualdade social, a intensa elevação da pobreza, o envelhecimento da população, aspectos que vêm impactando negativamente no controle da doença (RUFFINO-NETTO, 2002). Convém ressaltar que a falta de compromisso político e a inadequação da administração dos programas de controle da tuberculose reforçam a persistência desta problemática (VENDRAMINI et al., 2007).

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) caso não haja melhoria no seu controle, no período que compreende os anos de 2000 e 2020, cerca de 1 bilhão de pessoas serão infectadas pelo bacilo de Koch, 200 milhões adoecerão e 35 milhões poderão ir a óbito, demonstrando assim a magnitude dos problemas que esta enfermidade causa e poderá acarretar (BRASIL, 2007a). A situação agrava-se nos países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento, denominados de Terceiro Mundo, cuja endemicidade, associa-se prioritariamente, as iniquidades sociais.

Em 2001 foram notificados 3.813.109 de casos de TB, dos quais 2.422.877 ocorreram em 22 países, sendo eles: Índia, China, Indonésia, Bangladesh, Nigéria, Paquistão, África do Sul, Filipinas, Federação Russa, Etiópia, Quênia, República Democrática do Congo, Vietnã, Tanzânia, Brasil, Tailândia, Zimbábue, Cambodja, Myanmar, Uganda, Afeganistão e Moçambique (KRITSKI; CONDE; SOUZA, 2005). Dentre os países citados, a Índia lidera com um número de 1.060.951 de *casos novos*¹ anualmente e o Myanmar, ocupa o último lugar, como 57.012 novos casos por ano (WHO, 2008).

¹ Casos sem tratamento anterior, tratamento por menos de 30 dias ou com tratamento anterior há mais de 5 anos.

Em 2006, as Américas reuniram um total de 330.724 casos novos da doença, por todas as formas, com uma taxa de incidência de 37/100.000 habitantes (WHO, 2008). Atualmente, estima-se a ocorrência de 9,3 milhões de novos casos de TB no mundo e uma prevalência de 206 casos a cada 100 mil habitantes. O Brasil, que já ocupou o 16º lugar no ranking dos 22 países que concentravam 80% dos casos de TB, atualmente está inserido na 18ª posição, sendo notificados, no ano de 2007, 92.000 casos novos da doença, com incidência de 49 casos para 100 mil habitantes (WHO, 2009).

Vendramini (2001) refere que a morbimortalidade de TB apresenta grandes diferenças, entre regiões brasileiras, ou entre áreas de uma mesma cidade, dependendo de desigualdades sócio-econômicas de grupos populacionais, portanto condicionada às variações das condições de vida da sociedade. Os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Pernambuco são as unidades federativas com a maior representatividade em notificação, registrando 63% dos casos do Brasil. Em relação aos coeficientes de incidência, destacam-se o Rio de Janeiro e o Amazonas, com 83,4 e 73,7 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (HIJJAR et al., 2005).

Atingindo cerca de 22.244 casos novos no ano de 2002, sendo ultrapassado somente pela região Sudeste que, no mesmo ano, apresentava 36.227 casos notificados, o Nordeste ocupa o 2º lugar em incidência de casos de TB no Brasil (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005). No ano de 2003, a Paraíba surge em 6º lugar, com 643 casos registrados da doença, superados pela Bahia, Pernambuco, Maranhão, Ceará e Alagoas (DATASUS, 2006).

Em 2006, o estado da Paraíba, apresentou as respectivas taxas nos percentuais de cura, abandono e óbito: 80%, 7,6% e 2,9%, de acordo com dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) (SOUSA, LIMA, FORMIGA, 2008). Os índices de cura e abandono do tratamento da TB no estado se contrapõem ao objetivo do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que é atingir um percentual de cura acima de 85% dos casos detectados e minimizar o abandono a menos de 5% dos casos.

1.1.2 Delimitação do objeto de estudo

A descentralização das ações de controle da tuberculose (TB) para os serviços de atenção básica vem ocasionando expansão significativa das atividades de controle da doença e consequente ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento. Ressalta-se que a organização

dessas ações deve estar associada a um trabalho integrado entre os diferentes pontos do sistema de serviços de saúde 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. Logo, a coordenação se destaca como um instrumento determinante desse processo, cujos efeitos estarão diretamente relacionados à capacidade de prover e articular recursos de informação e conhecimento, organizativos, políticos e financeiros em função do tempo, prioridades estratégicas e operacionais concretamente estabelecidas.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a coordenação constitui-se um dos elementos processuais ou de desempenho dos serviços e pressupõe um conjunto articulado de ações que garantam atenção continuada aos usuários em todos os níveis do sistema de saúde. 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. Nesta direção acredita-se que o desempenho dos serviços de saúde não se atribui apenas aos afazeres das equipes de saúde, mas associa-se à responsabilidade gerencial, cujo objeto de trabalho deve pautar-se no reconhecimento de que a oferta e o recebimento de serviços envolvem tanto ações por parte dos profissionais de saúde, como as necessidades da população.

Ao reportar o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), evidencia-se que um dos pilares da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) refere-se ao compromisso político do gestor em garantir os recursos para o controle da TB, que envolvem organização da rede laboratorial para diagnóstico e tratamento, garantia do fornecimento regular de medicamentos, tratamento supervisionado, alimentação e análise de dados para a tomada de decisão. Portanto, pressupõe-se que a eficácia destas ações requer organização da rede de serviços, cuja operacionalização associa-se a capacidade gerencial em conseguir coordenar adequadamente este conjunto de ações diversificadas, de modo que elas resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade.

Assim, a opção em avaliar as ações da coordenação ligadas ao controle da TB, surgiu devido às discussões realizadas no Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose na Paraíba - Grupo TB/PB, que se encontra articulado à Área de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose – REDE TB. A principal intenção deste grupo consiste em gerar conhecimentos acerca da tuberculose, tendo como preocupação constante vincular as produções elaboradas com as práticas de saúde, na tentativa de estreitar a relação entre a formação, a gestão e o serviço.

Acresce-se que a temática central que será abordada na presente pesquisa parte de um projeto intitulado “*Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde da família no controle da tuberculose em dois municípios da região metropolitana da Paraíba*”, inserido na linha de pesquisa sobre “*Estudos representativos do estado da Paraíba, sobre as práticas de trabalho no PSF na perspectiva da multidisciplinaridade e intersetorialidade*”, cadastrado ao MS/CNPq/FAPESQ- TC 078/07.

Estudos avaliativos realizados por pesquisadores do Grupo TB/PB, que abordam o problema da TB e o cuidado no âmbito da Atenção Primária a Saúde, apontam 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 Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Tal deficiência provoca certa imobilidade na proposta do PCT, retardando a tomada de decisão e ocasionando a desarticulação entre os serviços (NÓBREGA, 2007).

Ao avaliar o envolvimento dos gestores na sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários da Paraíba, Andrade (2006) evidencia que o acesso ao diagnóstico da TB é prejudicado face à centralização laboratorial para realização de exames. Além disso, identifica deficiência no sistema de referência e contra-referência laboratorial, o que interfere na capacidade de resposta às necessidades e demandas da população atendida pelas ESF.

Marcolino (2007) ao estudar as dimensões de acesso e elenco de serviços em relação às ações de controle da TB no contexto das Equipes de Saúde da Família (ESF) de Bayeux - PB demonstra que as ESF locais operam com capacidades organizacionais heterogêneas. Como exemplo cita que algumas ações previstas para serem realizadas pelas ESF (coleta de escarro para diagnóstico, Vacinação BCG, Teste Tuberculínico) ainda permanecem centralizadas em algumas Unidades de Saúde, comprometendo a atenção continuada dos usuários e, por conseguinte o cumprimento adequado das prescrições oficiais determinadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose e em conformidade com os objetivos da Atenção Primária à Saúde. Destaca que a superação de tais deficiências exige a adoção de mecanismos de gestão que viabilizem a uniformização de recursos estruturais, amplie a capacidade resolutiva das ESF, promova eficiência na prestação de serviços e assegure o acesso da população.

Fazendo uma análise dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose, nos municípios de Bayeux e Santa Rita, Souza (2008) revela a necessidade da equipe de saúde entrar em contato com o universo cultural do doente para melhor conhecer

suas crenças, compreender seus comportamentos e respeitar seus valores relacionados ao processo saúde-doença. A autora conclui que a intersetorialidade se traduz como estratégia eficaz para responder a complexidade do abandono do tratamento da TB e que, é fundamental realizar investimentos na comunicação e parceria de trabalho entre setores do âmbito da saúde e áreas afins, no intuito de delinear políticas públicas transformadoras, que possam garantir o direito à saúde para todos os indivíduos que são marginalizados e vítimas das iniquidades sociais.

Já Oliveira (2008) ao pesquisar as condições de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da tuberculose em serviços de saúde do município de Campina Grande – PB observa que, apesar do cenário de investigação ter sido um dos pioneiros na implantação da Estratégia Saúde da Família, a descentralização das ações de controle da tuberculose é frágil, apresentando lacunas impostas por barreiras que dificultam a acessibilidade, como centralização do atendimento no Ambulatório de Referência; falta de incentivos para deslocamento dos doentes até os serviços e ausência de referência e contra-referência. Como desafios são apontados o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos gestores no incentivo, na viabilização e no monitoramento da situação da tuberculose para que seja dada, efetivamente, atenção à doença no contexto da Atenção Básica à Saúde.

Silva (2009) durante investigação sobre as condições de acesso ao diagnóstico e tratamento da TB no contexto das ESF em Santa Rita - PB, verifica que há insuficiência de providências estruturais e de organização que permeiam as ações voltadas para o diagnóstico e tratamento e, além disso, relata que os serviços operam numa lógica assistencialista, privilegiando ações que envolvem o cuidado ao doente e pouca atenção direcionada para a prevenção. A partir dos resultados o autor finaliza seu trabalho enfatizando que se existir uma agenda pactuada entre os gestores e profissionais de saúde, aprofundando e qualificando os debates em torno da temática, certamente esta poderá contribuir para tornar a gestão pública em saúde comprometida com mudanças mais efetivas que visem atender as necessidades de saúde da população.

Com base nestes estudos, que apontam adoção insuficiente de mecanismos que resultam diretamente do trabalho da coordenação, a delimitação da temática em questão decorre do pressuposto de que a dinâmica da coordenação que organiza e orienta as ações de controle da tuberculose influencia e determina a atenção proporcionada pelas ESF. Nesta direção, enfatiza-se que o processo de descentralização das ações de controle da TB para as ESF requer reordenamento das práticas, tanto no plano do cuidado individual/coletivo, como

no controle e ordenação do fluxo de trabalho, na articulação da rede assistencial, na adequação tecnológica e na instrumentalização das equipes. Estes ajustes devem ser observados pela coordenação, fundamentando-se na capacidade 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.

Este estudo pretende investigar a visão dos gestores em saúde bem como o seu papel frente às ações de controle da tuberculose. Nessa perspectiva, a temática proposta relaciona-se aos arranjos organizacionais que norteiam as práticas de combate a TB, no contexto da coordenação orientada pelos princípios da APS. Sendo assim, perante a magnitude da situação da TB no Brasil, sobretudo nos municípios prioritários investigados na pesquisa, percebe-se que a coordenação é um elemento chave para gerar maior e melhor operacionalização das ações de controle da tuberculose, organizadas e ajustadas às especificidades do sistema de saúde.

Assim, na intenção de conhecer a realidade do trabalho desempenhado pelos gestores é relevante destacar que, este estudo, implica no reconhecimento da subjetividade dos mesmos, levantando questionamentos que irão além das suas competências, extrapolando a práxis, indo direto aos mais íntimos saberes.

1.2 OBJETIVOS

Geral:

Avaliar, segundo a percepção dos gestores de saúde, a dinâmica da coordenação na operacionalização das ações de controle da tuberculose nos municípios de Bayeux e Santa Rita - PB.

Específicos:

- Relacionar as ações desenvolvidas pelos gestores com as funções atribuídas ao gestor segundo a política nacional de ABS;
- Identificar as dificuldades afirmadas pelos gestores para a operacionalização do controle da TB;

- Analisar a relação entre profissionais de saúde e os gestores envolvidos no controle da TB;
- Analisar as contradições existentes entre as competências atribuídas à coordenação das ações de controle da TB e as ações realizadas pelos gestores de saúde;

"A nossa realidade é a miséria. O mycobacterium da tuberculose é amigo da miséria. A vida inteira, toda história da tuberculose está baseada em que as classes populares sempre morriam aos magotes de tuberculose".

José Rosemberg

Capítulo 2

Referencial Teórico

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTORICIDADE, CONCEITOS NO MUNDO E NO BRASIL

O percurso histórico-conceitual da Atenção Primária à Saúde (APS) é centenário. O significado embrionário dos Cuidados Primários de Saúde foi desenvolvido pelo professor Pierre Budin, no ano de 1892 em Paris. No começo do século XX, surgem então nos Estados Unidos da América (EUA), espaços que reuniam atividades educativas, ações de saúde e assistência social, denominados Centros Comunitários de Saúde. O trabalho realizado nesses centros incorporava não somente as noções de territorialidade, população de risco e controle social, mas estimulava a participação ativa da comunidade e a descentralização das ações e serviços de saúde (ALEIXO, 2002).

No ano de 1920, no Reino Unido, foi elaborado por Dawson um relatório que colocou em pauta a disposição dos serviços de saúde em três níveis: os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários e os hospitais-escolas. Essa estrutura indicada no texto oficial fez com que além dos EUA inúmeros países, iniciassem a reorganização dos serviços de saúde, sendo norteados pelas necessidades da população assistida, gerando assim um novo modelo de atenção médica, a APS, subsidiado pelo nível secundário que lhe proporcionava especialistas para as consultas que, por sua vez, também recebia auxílio de um outro nível, o terciário, composto pelos hospitais-escolas, que atendiam casos mais graves (STARFIELD, 2002).

A realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, foi um importante marco da trajetória da APS no século XX. Esse evento, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), contou com a participação de 134 países, resultando na construção da Declaração de Alma-Ata, que reafirma a saúde como sendo um direito humano essencial e uma meta social para o mundo. Por meio desta, estabeleceu-se o objetivo de saúde para todos até o ano 2000, a fim de que todos os cidadãos do mundo levassem uma vida social e economicamente produtiva (STARFIELD, 2002).

Vale salientar que a Conferência de Alma-Ata ocorreu em meio a um panorama econômico de crise monetária internacional e fortalecimento das propostas de ajuste fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial. Nesse período, o Brasil sofreu sérias conseqüências advindas do ideário neoliberal racionalizador das agências financiadoras

internacionais, onde a sua situação de saúde, já fragilizada devido ao fracasso do sistema previdenciário, agravou-se ainda mais. Surge então uma concepção reducionista da saúde, articulada aos significados de pacote básico, baixo custo, focalização e exclusão (GIL, 2006).

Diante do exposto, faz-se necessária a menção do significado da Atenção Primária à Saúde, proposto durante a Conferência de Alma-Ata, citado por Starfield (p. 30-31, 2002):

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 meio aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de confiança e autodeterminação. É parte integral de 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 (OMS, 1978).

Ainda no que se refere aos aspectos conceituais da APS, Starfield (2002) a reconhece como sendo aquele nível de um sistema de serviço de saúde que proporciona a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, com exceção das muito incomuns ou raras e, coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Starfield (2006) propõe que o nível de cuidados primários em saúde seja visto como um filtro, que seleciona, por características, aqueles que devem obter os benefícios da passagem. Desse modo, a APS, como ponto de primeiro contato com o indivíduo, identifica as reais necessidades de cuidados apresentadas pelo usuário, na tentativa de ampliar a eficácia dos cuidados primários e serviços especializados, minimizando o surgimento de ações desnecessárias e excessivas, que geram altos custos para o sistema de saúde.

Gil (2006, p.1177), por sua vez, relata que existem três principais compreensões acerca da APS:

(1) Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde; (2) Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e (3) Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à

satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade.

Em relação ao termo Atenção Primária à Saúde, este é apontado por diversas interpretações, como pode ser verificado no quadro a seguir:

Interpretações de APS	Definição ou conceito de APS
APS Seletiva Conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre.	A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento (Gofin; Gofin, 2005)
Um nível de Atenção Um sistema de serviços de saúde	APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados.
Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde	Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: serviços acessíveis, relevantes às necessidades de saúde; funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos, e caracterizados por colaboração intersetorial.
Uma concepção de sistema de saúde , uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde.	Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Ministério da Saúde, 2006). Não difere nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.

Quadro 1: Diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde. **Fonte:** CONASS, 2007.

No que diz respeito à consolidação da rede básica em território brasileiro, o cenário somente foi alterado no ano de 1925 através do surgimento dos Centros de Saúde. Até o momento só existiam os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, que contavam com a

participação de médicos sanitaristas e enfermeiras visitadoras. Entretanto, esses centros permitiram que as práticas da APS promovessem uma nova consciência sanitária na população, através de um modelo educativo e preventivo, desenvolvidos por meio do monitoramento e descrição do perfil epidemiológico de cada área, que passa a ser organizada por distritos sanitários, acarretando em uma melhor atuação das equipes de saúde (CAMPOS, 2006).

É de suma importância enfatizar que, a proposta de atenção primária à saúde no Brasil foi, por muitos anos, vinculada a um meio de ofertar serviços às populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência. No entanto, recentemente, vem-se adotando a APS como um modelo de ordenamento do sistema de saúde, na perspectiva de responder apropriadamente às necessidades da população (MENDES, 2002). Desse modo, a fim de dimensionar a complexidade da APS, o sistema de saúde deve adequar-se às alterações que ocorrem no perfil epidemiológico da população, aos constantes e crescentes avanços da ciência e da tecnologia, devendo reafirmar a equidade como um dos princípios éticos mais relevantes na atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Embora haja diversos conceitos e, com o passar do tempo, o seu reconhecimento esteja cada vez mais consolidado, a APS ainda se depara com a ausência de apreciação de suas características e contribuições. Uma atenção primária forte é fundamental para um sistema de saúde forte, no entanto suas funções estão sob constante ameaça de serem banalizadas na tentativa de economizar em serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Portanto, conforme Mendes (2002) é relevante destacar que uma APS 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.

No que concerne à coordenação, eixo central desta pesquisa, é visto que esta 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 (MENDES, 2002).

2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL: DA GESTÃO CENTRALIZADA À DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES

Discutir sobre *políticas públicas de saúde*² voltadas para o controle da TB, não é algo tão simples, considerando que não se reduz apenas a medidas e ações adotadas por governos ao longo do tempo, mas envolve inúmeras dimensões. Concebe-se que a conjuntura histórica, política e social dos séculos XIX e XX, exerceram influência na determinação e oferta de serviços na área da saúde, e que na atualidade impõe reordenamento das práticas na perspectiva de responder às demandas sociais.

A tuberculose, desde a Antiguidade, é considerada uma das piores calamidades que afligem o homem. Seu efeito avassalador foi responsável principalmente pela morte prematura de seres humanos jovens. Essa moléstia, dada a capacidade de atingir vários órgãos do corpo humano, recebeu ao longo da história, diversas denominações. Segundo Waksman (1964, p. 22), os gregos empregavam a palavra “tísica, referindo-se aos efeitos devastadores da moléstia sobre o corpo, devido à abundante diarreia que se manifesta nos estágios finais e aos suores intensos que aparecem nos períodos intermediários e últimos de duração da moléstia”. Gradualmente, a palavra tísica foi substituída pela palavra “consunção”, criada pelos povos ingleses, cuja denominação indicava as febres altas e a destruição do corpo (WAKSMAN, 1964).

De acordo com Waksman (1964), somente na metade do século XIX é que o nome “tuberculose” foi introduzido, indicando a existência de pequena protuberância nos tecidos. Embora o mal tenha sido assinalado nas antigas civilizações, no Brasil não se tem notícias da existência da doença entre os nativos. Acredita-se que a doença tenha sido introduzida pelos seus colonizadores, através dos portugueses e dos missionários jesuítas, por volta de 1500 (RUFFINO-NETTO, 1999).

Conforme relata Ribeiro (1956), é possível que Manoel da Nóbrega tenha sido um dos primeiros tuberculosos vindos para o Brasil e que, em sua atividade evangelizadora, tenha disseminado com abundância o bacilo de Koch entre os índios. Estes, amedrontados com a possibilidade de adquirir a doença, recorriam à fuga como meio de salvação. Como naquela

² Conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade (BRASIL, 2005).

época havia poucos habitantes em todo o país, os núcleos humanos se separavam por longas distâncias, dificultando as inter-relações e a disseminação da doença.

HENRY KOSTER apud Ribeiro (1956) enfatiza que vários foram os fatores que contribuíram para o crescimento da tuberculose no país, como o aumento da população, o tráfico de negros, as precárias condições sanitárias, além da promiscuidade. Segundo Ribeiro (1956) a assistência ao doente com tuberculose era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, ficando o mesmo em enfermarias gerais, ou seja, junto com doentes que apresentavam outras enfermidades. A moléstia foi responsável por crescente número de óbitos, principalmente na cidade do Rio de Janeiro. Em 1835, o Dr. Cruz Jobim calculou que a quinta parte dos enfermos hospitalizados na Santa Casa de Misericórdia sofria de tuberculose. Perante essa realidade, José Clemente Ferreira, preocupado com a possibilidade do contágio intra-hospitalar, recomendou, no ano de 1854, a criação de áreas de isolamento para tuberculosos. No entanto, inexistiam medidas públicas extramuros, de caráter específico para prevenir e assistir a população contra a enfermidade (RIBEIRO, 1956).

O Dr. Carlos Luiz de Saules, durante os anos de 1855 a 1858, realizou balanço estatístico da mortalidade por TB no Rio de Janeiro, revelando que 14,4% dos óbitos se referiam à doença (RIBEIRO, 1956). Neste período, algumas medidas foram adotadas, tais como a higiene domiciliar, fiscalização dos gêneros alimentícios. No entanto, só em 15 de novembro de 1876, através do Decreto 6.387, é que são criadas comissões sanitárias, incumbidas de realizar a polícia de higiene domiciliária, atuação que se limitou por anos, somente às condições de habitação. A atenção das autoridades naquele momento, voltava-se para as doenças de acometimento agudo, como febre amarela, varíola, disenterias, que causavam maior alarme na população devido ao quadro mórbido instantâneo.

Somente em 1883 foi inaugurado o primeiro hospital específico para tuberculosos, “Hospício Nossa Senhora das Dores”, que ficou em funcionamento até 1896, data em que foi fechado sob alegação de que os enfermos, após melhora do quadro, abandonavam o tratamento e só retornavam quando estavam próximos da morte. Nesta ocasião, as Santas Casas de Misericórdia voltaram a prestar a tradicional assistência geral.

Alguns intelectuais da medicina, impressionados com as estatísticas de mortalidade, insistiam sobre a gravidade da doença e reclamavam por medidas sanitárias. Para assentar suas reivindicações, Clemente Ferreira apresenta à Sociedade de Medicina e Cirurgia, um plano contendo princípios estratégicos para o controle da tuberculose. A Sociedade nomeia uma comissão de estudo, a qual, em 17 de julho de 1899, inaugura a Associação Paulista de

Sanatórios Populares para tuberculosos, que vem a ser chamada posteriormente de Liga Paulista Contra a Tuberculose que seguia, devido à ausência da participação do setor público, os princípios de solidariedade e pioneirismo, inspirando outros estados a também tomarem essa iniciativa (HIJJAR et al., 2007).

No Rio de Janeiro, em outubro do mesmo ano, é formada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, com finalidade inserir novos meios de cura e profilaxia, pautados na emergente ciência moderna. Essa Liga procurou garantir o apoio dos poderes públicos, na tentativa conscientizar o governo acerca da sua responsabilidade diante de tal problema, para que adotassem medidas de ações concretas, a fim de evitar que a doença permanecesse com índices de mortalidade tão alarmantes (NUNES, 2005). Cabe ressaltar que as “Ligas” propuseram a implantação de métodos inovadores, tais como as campanhas de educação sanitária, a fundação de dispensários e preventórios, a ampliação do atendimento aos pobres e, até mesmo, capacitação dos profissionais (HIJJAR et al., 2007).

A legislação de 1889, exceto em relação ao saneamento dos portos, estava predominantemente preocupada com os problemas médico-sanitários, no entanto, mesmo procurando apresentar um caráter abrangente, refletia extrema dificuldade de operacionalizar práticas de saúde nacionalmente. Em 1890, foi constituído o Conselho de Saúde Pública e a Inspeção Geral de Higiene, na qual o Estado tornava-se responsável pela vigilância das localidades e habitações populares, assim como pela direção e propagação do serviço de vacinação e pela fiscalização da alimentação pública. As leis reforçaram as medidas no sentido de prevenir e reprimir situações de moradia, casas de comércio de gêneros alimentícios, colégios, oficinas, fábricas, drogarias e casa de saúde que pudessem comprometer a saúde pública (COSTA, 1986).

Ruffino-Netto e Pereira (1981) relatam que, Oswaldo Cruz foi quem primeiro reconheceu a precisão das autoridades sanitárias, a necessidade do envolvimento do poder público na luta contra a TB. Embora não concretizada, a proposta era a implantação de amplas medidas profiláticas no regulamento sanitário e a instituição de sanatórios e hospitais (HIJJAR et al., 2007). À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, organizou e implementou progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das campanhas sanitárias destinado a combater as epidemias urbanas. Fazendo jus ao nome, Modelo Campanhista-Policial, os agentes sanitários retiravam a população à força das casas a serem saneadas, porém estes eram acompanhados pela

vigilância policial, que muitas vezes agia com violência sem motivo, a fim de reprimir uma possível revolta (BERTOLLI FILHO, 1996).

É possível observar que a gestão sanitária nessa época era absolutamente autoritária e adotava ações limitadas ao controle polialesco da doença. Havia sim uma preocupação, mas com a manutenção da força de trabalho produtiva, onde a sociedade capitalista não poderia ser afetada pelas grandes epidemias que ocorriam devido ao descaso do governo em relação à classe mais carente.

Mediante uma série de acontecimentos sócio-econômicos, dentre eles, a recessão econômica, o aumento do desemprego, a exploração no trabalho e as epidemias, o Estado assume a doença e redefine o seu papel frente à falência dos serviços de saúde pública. Em 1920 surge o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido por Carlos Chagas que, criou a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, primeiro órgão governamental de combate à TB, influenciada pela Organização Sanitária Francesa, que tinha como característica a multiplicidade de serviços especializados que incluíam a assistência aos doentes (NUNES, 2005). Neste ano, é criado o primeiro dispensário de tuberculose, ao lado da primeira delegacia de saúde no Rio de Janeiro. Em 1927, já eram cinco, os dispensários em funcionamento naquela cidade. Inicia-se um registro central de tuberculose, e surgem as primeiras visitadoras. No entanto, a assistência hospitalar ao tuberculoso era ainda bastante precária. Havia insuficiência de leitos para doentes pobres e os hospitais gerais se negavam a acolher os tuberculosos. O governo pouco atuava no sentido de satisfazer as necessidades mínimas de leitos.

Plácido Barbosa, no cargo de inspetor, muito reivindicou a favor de melhorias no atendimento hospitalar. Porém, só em 1926, quando Clementino Fraga assume a Direção do Departamento Nacional de Saúde Pública, é que ocorrem mudanças neste cenário, como a ampliação da capacidade de leitos e a construção de pavilhões específicos e reservados aos tuberculosos. A formação dos profissionais, também recebe atenção especial, sendo instituído o curso médico de especialização em tuberculose e criado o primeiro curso de enfermeiras visitadoras da América Latina.

No período compreendido entre 1930 a 1945, o governo Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para tal, recorreu a medidas populistas, nas quais o Estado tinha papel de pai, de tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão. As políticas sociais foram o meio utilizado pelo ditador para justificar o sistema autoritário (BERTOLLI FILHO, 1996). Em relação às ações

de saúde pública, esta é a época do auge do sanitarismo campanhista. O Departamento Nacional de Saúde (DNSP) foi reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país (CUNHA, J.; CUNHA, R., 1998).

Diversas atividades do campo da saúde estavam desmembradas do DNSP e distribuídas em outros órgãos da administração federal. Nesse momento, contrariando o desarranjo das ações que ocorria no âmbito da saúde, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, por intermédio da reforma político-administrativa do governo Vargas (RODRIGUES, 1979 apud Hijjar et al., 2007).

Refletindo acerca das transformações dos paradigmas no cenário da atenção à saúde, pode-se dizer que estas tiveram início na década de 1940, por meio da Reforma Barros Barreto, ampla e arrojada iniciativa que focava sua atenção aos múltiplos aspectos da administração sanitária, com destaque para as doenças transmissíveis, a descentralização em regiões sanitárias e a criação de órgãos executivos de ação direta (RODRIGUES, 1979 apud Hijjar et al., 2007). Concomitantemente, operou-se no país a maior revolução sanitária, sendo introduzida a vacinação com o BCG oral. Foram criados um grande número de dispensários e difundido pelo país o uso da abreugrafia. O governo federal sensibiliza-se com a situação e repassa recursos para a construção de sanatórios, os quais tinham como objetivo a internação do paciente e/ ou a realização de procedimentos cirúrgicos especializados. Várias unidades são inauguradas pelo país. Os Centros de Saúde de diversas capitais do país incluíram em suas atividades, o dispensário de tuberculose, cuja finalidade era “descobrir precocemente os casos novos da doença, com o objetivo de interná-los, para serem submetidos ao tratamento higieno-dietético, ao pneumotórax intrapleural e a outros procedimentos cirúrgicos” (LIMA, 1972, p. 440).

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) que tinha como finalidade estudar os problemas relativos à TB e ao desenvolvimento de ações profiláticas e assistenciais (SÁ et al., 2005). Este serviço foi organizado em três seções: Epidemiologia, Organização e Controle e de Administração. Efetuou-se um plano de ação cujas diretrizes destacavam os princípios norteadores e as atribuições em níveis hierárquicos federal e estadual relacionadas à tuberculose. Este plano foi apresentado na I Conferência Nacional de Saúde, sendo colocado em prática, apenas em 1942, quando foram disponibilizados os recursos necessários. O SNT então inicia no país uma das maiores investigações científicas relacionadas à tuberculose: o Censo Torácico-Tuberculínico, que tinha como objetivo, conhecer a infecção e morbidade por tuberculose. Tinha ainda como finalidade descobrir os

analérgicos, aos quais era recomendada a vacinação do BCG. Foram criados núcleos fixos e móveis de investigação, ambos contendo aparelhagem e material necessário para a realização de exames radiológicos e provas tuberculínicas. Os núcleos foram instalados em várias localidades do país e as atividades eram realizadas por técnico especializado (RIBEIRO, 1956).

Ribeiro (1956) revela que apesar dos esforços despendidos, ainda se podia apontar a tuberculose como responsável por grande número de óbitos. Em 1946, o então diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, Prof. Rafael de Paula Souza, após exaustiva pesquisa epidemiológica no país, não disfarçava a gravidade do problema. Através de um documento encaminhado ao Presidente da República, aponta quanto inoperantes e desarticuladas eram as iniciativas até o dado momento. Propõe a aprovação de um decreto que integre um trabalho coordenado, prolongado, dotado de auxílio financeiro dos poderes públicos, órgãos da previdência e organizações beneméritas.

Somente em 20 de junho de 1946, com a instalação do governo Dutra, durante a fase de elaboração da nova Constituição, foi sancionado o decreto-lei nº 9387/46, instituindo a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), que objetivava coordenar as atividades de controle da TB e descentralizar os serviços de controle (SÁ et al, 2005). Essa Campanha foi desenvolvida com intensidade no país, sendo realizadas 45.500 abreugrafias, e distribuídos 36.400 tubos de BCG. Em 1950 o número de abreugrafias elevou-se para 345.000 e foram distribuídos 717.000 tubos de BCG. Neste momento foram assinados 31 convênios oficiais e 27 privados, elevando-se consideravelmente o número de profissionais especializados e diplomados (RIBEIRO, 1956).

É importante enfatizar que, na Paraíba, a institucionalização da assistência à TB se deu no ano de 1950. Segundo os preceitos da CNCT foram implantados dispensários nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos, Catolé do Rocha e Cajazeiras. Os profissionais que atendiam nessas unidades eram especialistas na área de Tisio-pneumologia, funcionalmente, ligados ao Governo Federal (SÁ et al., 2005).

Em 18 de junho de 1951, o Prof. Rafael de Paula Souza é exonerado a pedido. Com sua saída, a CNCT perde intensidade. Os seus sucessores vivenciaram situações impeditivas, decorrentes da dificuldade da vida política nacional e de recursos orçamentários, destinados para outros empreendimentos. Nesse período o modelo vigente era o médico-sanitário, onde a discussão sobre política de saúde refletia o debate que acontecia sobre a economia. Havia de um lado aqueles que achavam que as condições de saúde melhorariam se fossem utilizadas

técnicas e metodologias adequadas, como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e, do outro lado haviam os sanitaristas que buscavam uma prática articulada com a realidade nacional. Mas por muitos anos, as idéias do primeiro grupo influenciaram a prática do governo (BRASIL, 2005).

Com o descobrimento dos antibióticos, a CNCT modifica seu curso passando os doentes a serem tratados nos dispensários. Sem dúvida, esta nova conquista terapêutica simboliza para muitos a extinção da doença no país. No entanto, na prática se por um lado, observa-se redução no número de óbitos por TB, por outro, reconhece-se que os hospitais permanecem lotados e os serviços especializados continuam sendo numerosamente freqüentados. Ademais, apesar da luta desencadeada em todo o país, muitos dispensários e sanatórios ficaram desprovidos de meios materiais e de pessoal habilitado. Isto ocasionava a descoberta tardia de casos e de altas cifras de óbitos por tuberculose em vários municípios (RIBEIRO, 1956).

Outro fator observado, decorrente da nova terapêutica, dizia respeito à hospitalização. Os doutores Hermelino H. Gusmão e José G. Borba, publicaram na Revista Brasileira de Tuberculose, em abril de 1956, dados sobre a acentuada queda de mortalidade em hospitais de São Paulo, de 60% em 1949 para 26% em 1953. Contudo, o tempo médio de permanência no hospital teve um aumento significativo, de 207 dias em 1949 para 417 em 1953. Esta duplicação no tempo de permanência começou a exigir mudanças nas características hospitalares, impondo a implantação de atividades recreacionais, de laborterapia, ampliação dos serviços de enfermagem de saúde pública, dentre outros. Estas mudanças aumentaram o custo do tratamento hospitalar do portador de tuberculose, bem como bloquearam, por tempo prolongado, os leitos disponíveis (RIBEIRO, 1956).

Não obstante aos esforços empregados e recursos terapêuticos disponíveis, acreditava-se a tuberculose seria controlada no país. Entretanto, após o ano de 1954, os dados demonstraram tendência à manutenção das taxas de morbi-mortalidade.

Em 1961, o Serviço Nacional de Tuberculose emitiu um relatório que esboçava a situação epidemiológica a qual refletia o mau uso da quimioterapia. A utilização incorreta das drogas, seja pela insuficiência ou pela irregularidade no seu emprego, fazia desenvolver a resistência bacteriana, originando uma legião de doentes crônicos, portadores de germes resistentes. Buscando equacionar o problema, a Comissão Técnica da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, estabelece esquemas padronizados de tratamento. Para os doentes

virgens de tratamento (VT), ou seja, os não tratados anteriormente, o tratamento teria a duração de 18 ou 24 meses, conforme o caso.

Em 1965 e 1966, este prazo de duração do tratamento foi reduzido para 12 meses. (LIMA, 1972). Neste período diferem-se dois tipos de tratamento. O difásico, iniciado no hospital com duração de 90 a 120 dias, e o monofásico, aquele realizado desde o início, no dispensário ou ambulatório, ambos com duração de 12 meses. Estabeleceram-se critérios para internação, visando maior rendimento dos leitos. Alguns trabalhos avaliaram a eficácia dos esquemas padronizados, dentre estes Lima (1972), cita a experiência do Dr. Flávio Poppe de Figueiredo, que apresentou resultados do esquema difásico, utilizado em população virgem de tratamento. Após 12 meses de tratamento, 70% obtiveram resultados bacteriologicamente favoráveis; 13,2 % representaram a soma dos bacteriologicamente desfavoráveis e óbitos, e taxa de abandono situada em torno de 10%. O autor cita ainda a experiência relatada pelo Prof. Hélio Fraga, referente ao tratamento monofásico, utilizado em 17 dispensários distribuídos pelo país, em que o percentual de cura obtido após os 12 meses foi de 65,5%.

Nesta ocasião a Fundação SESP destaca-se com experiência exitosa, cujas unidades de saúde registraram um percentual médio de cura de a 76,1%. Estas unidades encontravam-se localizadas em sua maioria no interior do país, e contavam com escassos recursos, humanos e materiais. Caracterizavam-se por inscrever somente pacientes virgens de tratamento, por não disponibilizarem recursos para tratar pacientes com medicamentos de segunda linha. O diagnóstico era realizado através de exame direto do escarro, pois somente pouquíssimas unidades dispunham de aparelhos de Raios X. Pacientes cuja adesão ao tratamento era questionável, ou que foram tratados por menos de trinta dias e apresentaram abandono, eram submetidos a tratamento sob supervisão. No âmbito da Fundação SESP, pode-se afirmar que houve implantação parcial do “tratamento supervisionado”. Este método era especificamente indicado em “casos onde não se confiava no tratamento auto-administrado ou para doentes submetidos a re-tratamento” (JORNAL...,1997, p.318). Ressalva-se que, a FSESP já utilizava o tratamento supervisionado, em unidades de todos os níveis de complexidade, sendo esse realizado pela enfermagem (RUFFINO-NETTO; PEREIRA, 1981).

Segundo Lima (1972) os índices de abandono e percentuais de resistência bacteriana apresentaram queda no final da década de 1960 entre os pacientes virgens de tratamento. Contudo, os resultados foram menos favoráveis nas clientela crônicas (já tratados

anteriormente), pelo fato de não disporem os dispensários e ambulatórios dos chamados medicamentos de segunda linha.

Em 1970, é implantada a Divisão Nacional de Tuberculose (DNT), substituindo o antigo SNT. No ano seguinte, a Comissão Técnica da Divisão Nacional de Tuberculose, foi convocada pelo então Presidente, Professor Edmundo Blundi, para uma reunião, cuja finalidade era discutir a situação da tuberculose no país, bem como elaborar um “relatório traçando diretrizes para compor um novo modelo brasileiro de ação antituberculose” (REVISTA..., 1972, p.276). A Comissão reconheceu que apesar de existirem as ferramentas de trabalho e capacitação técnica para a erradicação da tuberculose, o problema não estava equacionado. Dados de incidência não demonstravam mudanças expressivas no perfil epidemiológico da doença. Deste modo, propõe-se a implantação sistemática das atividades do programa em unidades gerais de saúde. Esta iniciativa resulta em parte de experiências positivas vivenciadas pela FSESP (REVISTA..., 1972).

Este período constitui-se em um novo marco na luta contra a TB, onde a então Comissão Técnica da Divisão Nacional de Tuberculose define como necessário que:

[...] se firme uma filosofia, um conceito geral de luta contra a tuberculose que defina seus exatos objetivos, fixe uma ordenação precisa de prioridades, estabeleça a necessidade imperiosa de uma integração coesa de esforços e de economias, evitando ao máximo despesas paralelas [...] (REVISTA..., 1972, p.278).

Frente a este reconhecimento estabelece-se uma dinâmica de ações ordenadas, dividida em três frentes de combate (REVISTA..., 1972, p.282-283):

- a) **prevenção:** através da vacinação em massa, (introdução do BCG intradérmico, em âmbito nacional, sob o patrocínio do Ministério da Saúde).
- b) **diagnóstica:** para a identificação de casos através do teste tuberculínico, do exame microscópico do escarro e da abreugrafia. Utilizava o teste tuberculínico para levantar o índice de infectividade, selecionar os susceptíveis passíveis de vacinação e apontar áreas de possível ação profilática. O exame microscópico de escarro, eleito como método prioritário para identificar o caso de tuberculose. O exame radiológico, utilizado quando possível, no diagnóstico, no controle de tratamento, e na avaliação da cura.
- c) **tratamento:** para assegurar o direito ao tratamento adequado a todos os doentes, através da utilização de drogas conjugadas, regular e gratuitamente distribuídas. Propõe-se ainda

estender o tratamento para as unidades polivalentes (Centros de Saúde) em todo o território nacional a fim de generalizar a campanha.

A Comissão recomenda que as Secretarias de Saúde dos Estados adequem suas estruturas sanitárias e suas atividades de rotina, à luta contra a tuberculose. Para acelerar o processo, oferece “incentivos sanitários à base de apoio técnico, administrativo e financeiro” (REVISTA..., 1972, p.286). Equipes móveis de ensino realizam treinamentos destinados aos profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares. Finalmente, propõe-se a criação de equipes móveis técnico-administrativas a fim de supervisionar periodicamente as unidades periféricas. É incentivado o tratamento domiciliar, pois além de lograr os mesmos resultados que o tratamento hospitalar, é de menor custo (REVISTA..., 1972).

O Sistema de Informação é unificado, no ano de 1973, sendo notificados 45.655 casos novos de tuberculose no Brasil. É importante ressaltar que em 1975, foi promulgada a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que, embora tivesse idéias inovadoras, reforçava a dualidade do setor saúde dando ao Ministério da Saúde caráter apenas normativo e ações na área de interesse coletivo e ao Ministério da Previdência a responsabilidade pelo atendimento individualizado (BRASIL, 2005).

Em 1975 houve a criação o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), tendo por finalidade integrar os diferentes níveis do governo para reduzir a morbidade, mortalidade e problemas sócio-econômicos decorrentes da TB (RUFFINO-NETTO; PEREIRA, 1981). O Brasil teve o mérito de ser o primeiro país a padronizar no tratamento da TB esquemas de seis meses de duração, utilizado na rede de serviços públicos de saúde, com todas as drogas por via oral. (HIJJAR et al., 2007). Com a introdução deste novo esquema terapêutico, a maioria dos doentes passou a realizar o tratamento auto-administrado, recebendo os medicamentos nas unidades de saúde para o consumo mensal, sendo responsáveis pela sua ingestão. Esta medida, segundo TEIXEIRA (1998, p. 3), não se constituiu em “negação das virtudes do tratamento supervisionado”, utilizado parcialmente em ambulatórios e/ou unidades de saúde, “mas uma posição coerente com as características de estrutura e operação do sistema nacional de saúde”. O autor coloca ainda que os resultados obtidos com o tratamento auto-administrado apresentados em reuniões internacionais, davam sustentação a essa prática.

Enfatiza-se, no entanto que, apesar de oferecer vantagens aos serviços de saúde, o tratamento auto-administrado trouxe grandes prejuízos ao paciente. Este padrão de intervenção transferiu para o paciente a responsabilidade do seu tratamento, afastando-o dos

serviços, reduzindo seu contato com a equipe de saúde. Ao longo da década de 1980, medidas como a “visitação domiciliar”, apesar de preconizadas, deixaram de ser prioridade para os serviços. Concorre que, neste período fortalece-se progressivamente um sistema de atenção médica por meio de uma proposta de medicina social e preventiva; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituídos por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na saúde propriamente dita; o desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica; a consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991).

Ressaltam-se aqui as peculiaridades do modelo médico-assistencial privatista, cuja ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Exemplo do descaso com as ações coletivas e de prevenção é a diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, que chega a representar menos de 1,0% dos recursos da União (BRASIL, 2005).

Com os crescentes gastos na saúde, a inquietação por parte do governo que antes já havia, só aumentava. A incorporação de grandes contingentes de trabalhadores no sistema, o desenvolvimento de novas tecnologias médicas mais complexas, que encareciam os atendimentos, e a má distribuição desses recursos tornavam a assistência médica previdenciária extremamente onerosa. Tudo isso, num quadro de crise econômica, prognosticava a falência do modelo (BRASIL, 2005).

Nasceram, ainda fora do aparato estatal, idéias embrionárias a respeito de uma corrente contra-hegemônica que preconizava a melhoria da assistência médica no país através da descentralização, articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, através da extensão de cobertura a setores até então descobertos, a exemplo dos trabalhadores rurais. Eram feitas críticas ao modelo hospitalocêntrico e propostas que enfatizavam os cuidados primários como prioridade do setor público. Surgia o movimento sanitário, mas é somente ao final dessa década que as propostas defendidas pelos sanitaristas passam a prevalecer no discurso oficial (BRASIL, 2005).

Conforme França (1998), entre 1981 e setembro de 1984, o país vivenciou uma crise econômica, momento tumultuado na saúde, tendo em vista a quebra de hegemonia do modelo anterior, e é quando se iniciam as políticas racionalizadoras na saúde e as mudanças de rota com o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e as Ações

Integradas de Saúde (AIS). Foi o CONASP que elaborou um novo plano de reorientação da assistência médica, propondo melhorar a qualidade da assistência fazendo modificações no modelo privatizante, tais como a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela (BRASIL, 2005).

Em 1986, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na formulação das propostas de mudança do setor Saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. O seu documento final consiste na redefinição da saúde, que passa a ser compreendida como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade etc., sendo colocada como direito de todos e dever do estado (CUNHA J.; CUNHA, R., 1998).

Por conseguinte, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou, em 1988, a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Esta seção sobre Saúde incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da VIII Conferência, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e da implementação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

Convém destacar que através da criação do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, em 1984, tendo como um dos alicerces o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, instituído desde 1976, houve subsídios para que o controle da TB fosse incorporado ao processo de municipalização decorrente do SUS (HIJJAR et al., 2007). Nesse sentido, o processo de descentralização, começa a se concretizar por meio das Leis Orgânicas da Saúde, que regulamentaram a organização e a participação social na área da saúde (BRASIL, 2000).

É visto que as aspirações dos sanitaristas começam a despontar com o rompimento dos modelos até então hegemônicos, com a tão almejada implantação e regulamentação do sistema único de saúde, promovendo um novo olhar sob a saúde, um novo modo de agir frente às necessidades da sociedade, exigindo assim uma mudança no perfil dos atores que participam decisivamente no processo saúde-doença, dentre eles os profissionais de saúde, os gestores e diversos setores articulados e, fundamentalmente, os próprios usuários do serviço.

Diante da solicitação de múltiplas transformações no setor saúde brasileiro e a urgência declarada mundialmente por controle da tuberculose, o Ministério da Saúde junto à

Coordenação do PNCT, estabelece diretrizes para a elaboração do Plano de Ação Emergencial para os Municípios Prioritários, objetivando implementar:

O controle da tuberculose, nos municípios onde a doença atingisse sua maior força no Território Nacional, e nos quais o emprego de recursos pudesse alcançar melhores resultados proporcionando considerável impacto na redução da doença (BRASIL, 1997, p.2).

Em outubro de 1998, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), introduzindo algumas inovações: tratamento supervisionado diretamente observado; instituição de bônus no valor de 150 reais por cada paciente com diagnóstico de TB que fosse devidamente curado; e a descentralização das ações para o âmbito da atenção básica. (RUFFINO-NETTO, 2002). O plano dá ênfase à atuação das Equipes Saúde da Família (ESF) e sugere que tal parceria poderia contribuir para a ampliação das ações do Programa de Controle da Tuberculose, ampliar a suspeição e diagnóstico de casos, melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono do tratamento (MUNIZ et al., 2005).

É importante destacar que a Estratégia Saúde da Família, proposta pelo MS em 1994, é reconhecida como um eixo da Atenção Primária a Saúde, oferecendo grande potencial para a reestruturação do modelo de atenção em saúde no Brasil. Sugerindo uma transformação na dinâmica existente entre o serviço de saúde e a comunidade, essa estratégia reconhece a saúde como direito de cidadania e, uma de suas principais preocupações, é tornar os indivíduos mais conscientes e participativos no processo de promoção da qualidade de vida e intervenção sobre os fatores que a colocam em risco. Esta Estratégia tem como finalidade a humanização das ações de saúde, visando a satisfação do usuário pelo estreitamento da relação equipe-comunidade, gerando assim maior responsabilização e compromisso ético por parte do profissional, repercutindo diretamente no cuidado a saúde integral (BRASIL, 2000).

Unir, em todo o país, as ações de combate e controle da tuberculose às ações das ESF, levando em consideração a extensão territorial do Brasil e a complexidade existente no sistema de saúde, é sem dúvida um grande desafio. Opondo-se justamente a tradição centralizadora do PNCT, o processo de descentralização traz o conceito de que o município é o melhor cenário para o gerenciamento das ações de saúde, dada a proximidade com a realidade da população. Portanto, para o cumprimento de tal proposta, seria imprescindível a organização de um trabalho que adotasse o planejamento e a gestão das inúmeras atividades envolvidas, destacando a capacitação dos profissionais, para a definição de competências,

estruturação dos sistemas de referência e contra referência, a fim de atender ao aumento da demanda gerada no âmbito da atenção básica (TEIXEIRA, 2000).

2.3 GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Nos últimos anos, a questão da saúde no Brasil retrata a busca incansável do desenvolvimento de um processo de participação da sociedade na definição das políticas públicas, no sentido de reorganizar as ações e os serviços, com o intuito de assegurar os princípios do SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade, visando a proteção e a recuperação da saúde da população brasileira (BRASIL, 2005b).

Assim, a implementação do SUS transformou o município em um ambiente privilegiado para a gestão dos serviços de saúde, sendo imperativa a recuperação dos atores políticos e das instituições que definem o sistema local. Nesse sentido, é essencial perceber a descentralização como um processo que envolve a definição de novos atores sociais e novas formas de relação público/ privado que esbarram, constantemente, em mecanismos e atores políticos tradicionais (BODSTEIN, 2002).

Todavia, para que a descentralização ocorra de fato, esta requer uma capacidade gerencial para a qual os gestores ainda não estão qualificados. Há ausência de uma gerência autônoma, capaz de interagir com grupos da comunidade e entidades governamentais, observando-se formas improvisadas de se conduzir programas sociais, o que vem exigindo, incontestavelmente, a capacitação de recursos humanos para os serviços de saúde (FERREIRA, 2004).

A atuação técnica do gestor do SUS é permanentemente permeada por variáveis políticas, unificando-se através do exercício das *funções gestoras*³ na saúde. Didaticamente, podem-se identificar quatro grandes grupos de funções ou “macrofunções” gestoras na saúde: formulação de políticas/ planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação; e prestação direta de serviços de saúde. Para que tais funções sejam exercidas de maneira efetiva, é necessário que haja informação acerca dos problemas que a população enfrenta (SOUZA, 2002).

³ Conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessário para a implementação de políticas na área da saúde, desempenhadas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (SOUZA, 2002).

Partindo dessa premissa, o planejamento é a ferramenta que permite aperfeiçoar 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 instrumento de ação governamental para a produção de políticas, que possam se constituir no processo de gestão das organizações e como prática social (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

A qualidade do planejamento não se desenvolve da soma de planos pontuais e isolados bem-sucedidos, mas se confirma 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, funcionais e de coordenação é fundamental, porém, ainda precário, sendo indispensável que o interesse cresça por parte dos funcionários e da direção, a motivação em persistir e ter presente um saudável sentido de urgência (SOTO, 2003).

Assim, a saúde como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção, sejam eles usuários, profissionais de saúde, gestores do setor sanitários e de outros setores. Entende-se, portanto, que promover saúde é utilizar um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que propõe o diálogo entre as diversas áreas que envolvem a saúde, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos sejam conscientes de seus atos e de seus direitos como cidadãos (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que, o reconhecimento da condição de sujeito do usuário nas práticas de saúde harmoniza-se com a noção de saúde Paidéia, método que nasceu do conceito grego de desenvolvimento integral do ser humano. O agir Paidéia representa uma quebra das relações de poder/saber construídas historicamente entre profissionais de saúde e usuários, nas quais os primeiros detêm o saber dito científico e, por conseguinte, são aqueles que melhor definem a conduta terapêutica. Dessa forma, o método Paidéia valoriza projetos pedagógicos em saúde que potencializam a participação ativa dos usuários nos processos de gestão dos problemas de saúde (CAMPOS, 2003).

A gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, e uma diretriz ético-política fundamental para a humanização e o bom funcionamento do sistema municipal de saúde. A gestão pode ser vista como o modo de

racionalizar os meios para atingir um fim, uma maneira de democratizar o poder, de motivar e de educar os trabalhadores (CAMPOS, 2003).

Entretanto, a realidade no serviço é bastante distorcida da teoria colocada e esperada pelos estudiosos, pois há muitas fragilidades verificadas no âmbito gerencial, devendo-se ressaltar que as relações de gestão muitas vezes fogem a produção de autonomia e escondem certas posturas autoritárias. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas sobre as equipes e os gestores de serviço como se fossem regras divinas e não resoluções de certa administração. Os ambientes para a tomada coletiva de decisões continuam a se escassos e pouco investidos. Há pouca explicitação ou contratação sobre o que caberia decidir a cada nível hierárquico da administração, e isso gera equívocos e conflitos (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006).

É relevante destacar que os países em desenvolvimento, onde as doenças transmissíveis assumem indicadores dramáticos, como no caso da TB, são os que possuem baixa capacidade institucional, particularmente para implementação da política setorial. Tais países, a exemplo do Brasil, têm confirmado recorrentes fracassos na prestação de serviços que atendam aos objetivos do setor. O planejamento e o gerenciamento de recursos humanos da saúde configuram-se como pontos essenciais para a solução dos profundos problemas relacionados a essa capacidade limitada (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Considera-se que a melhora do modelo de atenção requer alterações do modelo de gestão, de modo que os atores envolvidos assumam papéis de relevância, potencializando o estabelecimento de práticas humanizadas bem como a eficiência e efetividade do sistema de saúde. Dentre os obstáculos mais importantes nesse processo destacam-se a gestão que centralizada e vertical, que desapropria o trabalhador, impedindo ou dificultando o seu protagonismo e a sua autonomia na execução das políticas e na produção da saúde (HENNINGTON, 2008).

Outra séria fragilidade do sistema é a qualificação de profissionais para atuarem no SUS, sobretudo no setor da gestão, que, por conseguinte, tem-se tornado um dos alvos prioritários da política de saúde no Brasil, no que tange à formação de recursos humanos para atuar principalmente na atenção básica (ANDRADE, 2006). Não há como propor qualificação e humanização da gestão e da atenção sem antes haver um equilíbrio de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com usuário. Primeiramente porque, ao contrário, as decisões serão centralizadas em um serviço de saúde ou profissional da equipe, reduzindo o trabalho dos outros profissionais a uma simples

execução, o que, além de ser frustrante para estes, será péssimo para a qualidade da atenção já que o envolvimento com o usuário tende a diminuir e o trabalho tende a se burocratizar (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Em segundo lugar, se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz justamente o contrário, ou seja, causa a fragmentação desta equipe. Assim, fica evidente que a gestão e a atenção produzem subjetividades, afetos e mobilizam emoções, pois refletem as inter-relações existentes no âmbito do trabalho (CARVALHO; CUNHA, 2006). Frente ao exposto, Santos (1995) coloca 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 do local de trabalho para que alcancem os objetivos organizacionais. Fundamenta-se, especialmente, nas comunicações, ou seja, nas informações e orientações que devem ser transmitidas em todas as direções e em todos os níveis e setores.

A percepção de que a gestão em saúde torna-se um terreno de produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, estimula a busca de ferramentas conceituais e operativas que procurem intervir sobre o processo de trabalho em saúde e valorizem o papel das relações intersubjetivas no dia-a-dia do fazer/pensar saúde (CARVALHO; CUNHA, 2006). Por sua vez, na demanda por coordenação, são verificados os objetivos da gestão, tais como a 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). Nessa perspectiva, Carvalho e Cunha (2006), enfatizam a proposta de que não somente deve ser mudado o modelo de atenção à saúde vigente, mas sim possibilitar aos serviços e ao sistema de saúde a ampliação da autonomia na escolha dos seus recursos e na produção de modelagens adequadas à composição singular que compõe o trinômio usuário-profissional-gestor.

É preciso desenvolver ações relativas, não apenas para a saúde, mas também ações intersetoriais que recomendem novos patamares de desenvolvimento econômico e social, correspondendo às desigualdades e às especificidades regionais e locais (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004). Nessa conjuntura, esta compreensão remete a um desafio, o de experimentar novas formas de gerir e organizar as instituições de saúde, objetivando a superação das práticas tradicionais de administração do setor, que demonstram distintas maneiras de minimizar os trabalhadores em saúde à condição de recursos “humanos” e de

instrumentos submissos aos objetivos dos dirigentes e instituições prestadoras de serviços (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Por suas características peculiares, o trabalho em saúde pode ser tanto emancipador, transformador e produtor de sentidos, como produtor de sofrimento e desgaste. Repensar a gestão, os processos de trabalho e a tarefa de produzir saúde traz, como conseqüência, um maior entendimento desse elo vital na construção de uma rede de atenção humanizada e solidária. No entanto, é indispensável reconhecer, apreender e conviver com essa dinâmica na organização das práticas e serviços de saúde, a fim de que haja a construção de dispositivos que permitam chegar o mais próximo possível da realidade presente (HENNINGTON, 2008). Sendo assim, o agir na perspectiva da coordenação é criar instrumentos de distribuição ordenada do trabalho em equipe, com a intenção de obter a unidade de ação para chegar a um resultado comum (CHIAVENATO, 1983). 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 estabelece relações entre as várias partes do trabalho, constituindo uma sincronia entre as ações de saúde desenvolvidas (NÓBREGA, 2007).

Quanto ao sistema de gestão em uma organização, ressalta-se a importância da coordenação a partir de suas funções, enfatizando a captação e a organização de dados e informações; a análise; a disseminação; a comunicação interna e externa; a adequação e inserção de tecnologia na otimização de processos; e o desenvolvimento das competências institucionais e individuais (SOTO, 2003). O que se espera dos gestores é que eles apoiem e garantam a estrutura dos serviços de saúde, realizando um trabalho que indique resultados positivos. Para isso é preciso que sejam realizados investimentos, tanto no espaço físico e material, como, também, na capacitação de recursos humanos para que a ação coordenada se estabeleça de maneira eficaz (ANDRADE, 2006).

É evidente que investir na melhoria do gerenciamento dos serviços de saúde, contribui para uma assistência de maior qualidade na APS. A eleição do tema “coordenação” enquanto um atributo gerencial, para pautar a discussão desta investigação, foi pensada na perspectiva de compreendê-la como um instrumento capaz de contribuir para a transformação da prática assistencial no que concerne a melhoria da atenção à TB.

“...pesquisar sobre algo é aumentar suas possibilidades de conhecer, avançar e reinventar. Somente quando realmente sabemos profundamente sobre algo é que temos condições de defendê-lo ou refutá-lo”.

Joseph Razouk Junior

Capítulo 3

Considerações Metodológicas

Antes de apresentar o percurso metodológico utilizado no decorrer do trabalho, convém destacar o significado de pesquisa. Para Gil (2002) esta é definida como o procedimento racional e sistemático que objetiva buscar respostas aos problemas que são propostos, podendo se desenvolver ao longo de um processo que possui fases que vão desde a formulação do problema até a apresentação dos resultados. Para Michel (2005, p. 31) “pesquisa é a atividade básica da ciência; a descoberta científica da realidade. É anterior à atividade de transmissão do conhecimento; é a própria geração do conhecimento; é a atividade científica pela qual descobrimos a realidade”.

Segundo Minayo (2006) o ato de pesquisar é uma atitude e uma prática teórica de constante investigação e, por isso, tem a característica do acabado temporário e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação contínua da realidade que nunca se esgota, pois faz uma combinação entre teoria, dados, pensamento e ação.

Desse modo, as investigações na área da saúde são, indubitavelmente, componentes indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento da sociedade, pois, contribuem para a saúde de maneira direta (a partir de terapias, intervenções, diagnósticos, tecnologias e melhoria da qualidade no fornecimento da atenção à saúde que resultam da pesquisa) e indireta, por meio do impacto potencial da melhoria da saúde na atividade econômica, devido aos benefícios econômicos prospectivos da própria pesquisa em saúde e ao fato de que ela fornece subsídios para manter uma cultura de evidência e da razão (BRASIL, 2007b).

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2002) a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, com a finalidade de torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, tendo como objetivo principal o aperfeiçoamento de idéias e/ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é bastante flexível e possibilita a consideração de diversos aspectos relativos ao evento estudado. Comumente envolve levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Já a pesquisa descritiva tem como objetivo fundamental descrever as peculiaridades de certa população ou fenômeno, ou ainda, estabelecer as relações entre as variáveis.

Evidencia-se que as pesquisas descritivas são, em conjunto com as exploratórias, as comumente realizadas quando se há a preocupação em conhecer a atuação prática de um determinado indivíduo ou grupo (GIL, 2002).

Por esse motivo, no intuito de analisar a atuação dos gestores da atenção básica e na tentativa de esclarecer determinados aspectos da realidade das práticas exercidas, elegeu-se a pesquisa qualitativa, uma vez que o método quantitativo pode não gerar a subjetividade esperada. Infere-se, portanto, que a abordagem qualitativa aplicada à saúde não busca somente estudar os fenômenos em si, mas apreender seu significado individual ou coletivo (TURATO, 2005).

Ainda no que concerne à abordagem qualitativa, esta é um método aplicado ao estudo da história, das relações, das percepções, dos produtos das interpretações que os homens têm a respeito da maneira que vive, de como constroem seus artifícios e a si mesmos. Nesse tipo de investigação há uma menor preocupação quanto à generalização e maior comprometimento com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Esse método de conduzir a pesquisa caracteriza-se como um modo de compreensão e de reflexão sobre o tema (MINAYO, 2006).

A mesma autora relata que a especificidade do método qualitativo é exatamente congrega as questões do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Destaca-se que pesquisar a temática da Tuberculose, doença que interage com o ambiente, com um referencial somente quantitativo seria insuficiente, pois, embora realize quantificação, hierarquização e associação, nem sempre consegue esclarecer o processo de maneira satisfatória. Trabalhar essa temática requer a apresentação de questões do tipo “por quê?” e “como?”, elementos da metodologia qualitativa, que propõem buscar a profundidade, o holismo e a interdisciplinaridade, dos significados e sentidos (RUFFINO-NETTO, 2004).

3.2 CENÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO

Atualmente, seis municípios da Paraíba são considerados prioritários para o controle da TB, são eles: *João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras* (SÁ *et al*, 2005). Destes municípios, três localizam-se na região metropolitana de João Pessoa, um na região da Borborema e dois situam-se no sertão paraibano.

O cenário do estudo abrangeu dois municípios pertencentes à região metropolitana da cidade de João Pessoa: Bayeux e Santa Rita. Essa escolha motivou-se pelos resultados de um estudo realizado sob coordenação da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), intitulado “*Situação da implantação do DOTS para o controle da TB em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais*”, que envolve doze estados brasileiros e, dentre eles, a Paraíba.

3.2.1 O Município de Bayeux

O município de Bayeux, fundado em 15 de dezembro de 1959, é limitado ao Norte e ao Leste com a cidade de João Pessoa, ao Sul com o município de Santa Rita e a Oeste com o Rio Sanhauá, ocupando uma área geográfica de 32 km² (ver **Figura 1**). A sede do município tem uma altitude aproximada de 11 metros, distanciando-se cerca de 7 km da capital do estado. Destaca-se pela importância de seu aglomerado urbano que envolve municípios vizinhos, constituindo a chamada Grande João Pessoa, que é o principal centro político, econômico do estado (NÓBREGA, 2003; PARAÍBA, 2001).

Conforme os dados do IBGE (2007), estima-se que a população residente em Bayeux totaliza cerca de 92.891 habitantes, dentre os quais 40.436 concentram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, apresentando elevado grau de urbanização (99,86 %). O crescimento da densidade demográfica, nos últimos 10 anos, variou de 2.828,14 hab/km² para 3.185 hab/km², sendo bastante significativa.

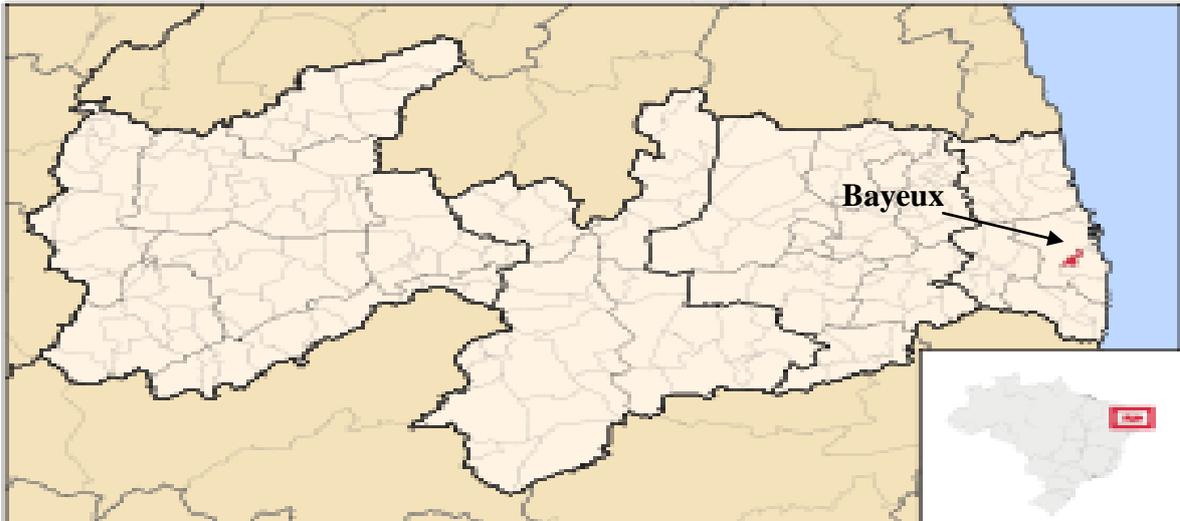


Figura 1 – Localização do município de Bayeux no mapa da Paraíba. **Fonte:** internet, 2008.

Os 14 bairros do município distribuem-se em 5 Distritos Sanitários (DS) de Saúde, são eles: Baralho, São Bento, Centro, Sesi, Brasília, Tambay, Imaculada, Jardim São Vicente, Jardim Aeroporto, Alto da Boa Vista, Rio do Meio, Mário Andreazza, Comercial Norte e Jardim São Severino, como ilustrado na **Figura 2**.

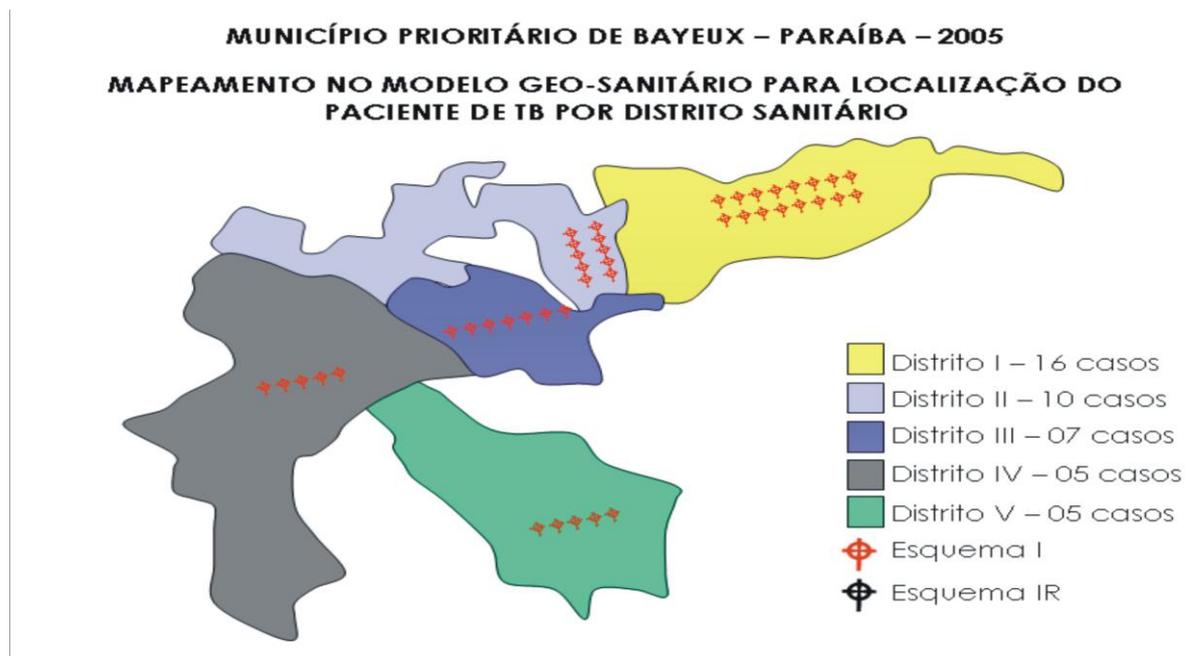


Figura 2 – Demonstrativo do mapeamento geo-sanitário para localização de pacientes de TB por distrito sanitário do município de Bayeux. **Fonte:** Coordenação Municipal do PCT de Bayeux (2006).

Desde 2003 o município de Bayeux está habilitado na Gestão Plena de Sistema em Saúde. Conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR), o mesmo integra a primeira microrregional de saúde - João Pessoa, como sede de módulo assistencial, não tendo município satélite. Contudo, Bayeux vem passando por um amplo processo de mudança na organização da prestação de serviços de saúde aos usuários e, a partir da ascensão do gestor municipal em 2004, tem como principal proposta a reorganização da Estratégia Saúde da Família, a qual atualmente é responsável por uma cobertura de 92% da população (LIMA, 2005).

A situação da TB em Bayeux evidencia dados com certo incremento de notificação, porém, em seguida, há a diminuição nos casos notificados, como demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 1: Distribuição de casos de tuberculose no município de Bayeux – PB, no período de 2001-2009.

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Casos notificados	17	49	40	43	37	47	43	37	19

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bayeux (2009).

A cura, na maioria dos anos, foi de mais de 50% dos casos, entretanto em relação ao abandono do tratamento no município verificou-se um aumento do número de portadores que não completaram o esquema terapêutico:

Tabela 2: Distribuição dos casos de cura e abandono no município de Bayeux - PB, no período de 2001-2009.

Situação/Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cura	05	13	39	39	35	33	42	30	12
Abandono	01	02	02	01	03	05	04	06	04

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bayeux (2009).

3.2.2 O Município de Santa Rita

O município de Santa Rita, criado em 1897, possui uma área territorial de 727 km² e uma população de 122.454 habitantes. Sua origem está vinculada a criação do Engenho Real de Tibiri no ano de 1585, pelos colonizadores da Capitania da Paraíba (LIMA, 2008). Localiza-se na Mesorregião da Mata Paraibana do Estado da Paraíba, como ilustrado na **Figura 3**, e possui uma ocupação predominantemente urbana, limitando-se ao norte com os municípios de Lucena, Rio Tinto, Mamanguape, ao sul com Alhandra e o Conde, ao Leste com Bayeux, João Pessoa, e a oeste com Pedras de Fogo, Cruz do Espírito Santo e Sapé (IBGE, 2007).

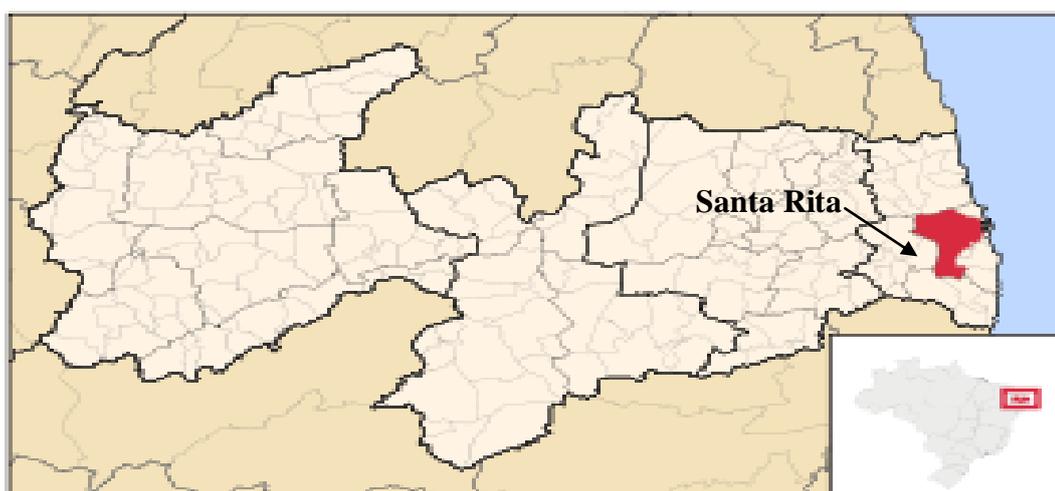


Figura 3 – Localização do município de Santa Rita no mapa da Paraíba. **Fonte:** internet, 2008.

Semelhante a Bayeux, o município de Santa Rita é habilitado em Gestão Plena do Sistema em Saúde, conforme a Comissão Intergestora Bipartite – CIB. Efetua suas ações gerenciais no tocante à Atenção Básica de média complexidade do nível 1, além de desenvolver ações de epidemiologia e controle de doenças, adquirindo recursos do Fundo Nacional de Saúde.

Sua rede de serviços está distribuída territorialmente em 5 Distritos Sanitários (DS), que recortam toda a extensão do município, com o objetivo de organizar a rede de cuidado do sistema de saúde. Possui 50 estabelecimentos de saúde, sendo 36 de caráter público e 14 privados (IBGE, 2007). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita a ESF

conta, atualmente, com o trabalho de 37 equipes, onde todas realizam o tratamento supervisionado (TS) para o controle da TB.

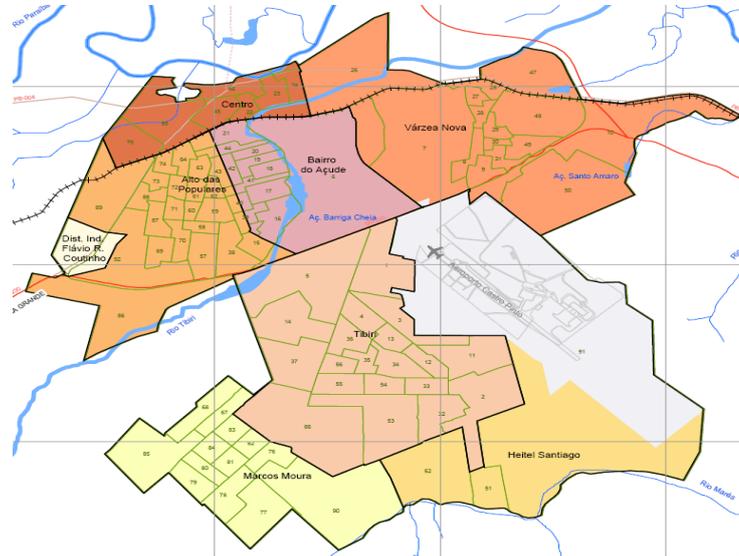


Figura 4 - Divisão do território de Santa Rita por bairros.

Fonte: Santa Rita (2008).

O PCT municipal encontra-se descentralizado para a rede básica de saúde desde janeiro de 1999. Como ações estratégicas, garante os insumos para o tratamento dos doentes, realiza campanhas educativas para a busca de sintomáticos respiratórios de forma articulada com o PCT estadual e, juntamente com este, capacita os recursos humanos do município.

Desse modo, faz-se mister retratar a situação da TB em Santa Rita, na qual os dados evidenciam que há diminuição nos casos notificados no período compreendido entre 2000 a 2007, como demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 3: Distribuição de casos de tuberculose no município de Santa Rita – PB, no período de 2000-2007.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Casos notificados	48	52	39	50	53	51	42	40

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita (2009).

Os percentuais de cura e abandono no município encontram-se dentro das metas estabelecidas pela OMS (ver **Tabela 4**), no entanto há a migração dos doentes mais graves

para os hospitais de referência da capital do Estado, o que favorece os melhores índices de Santa Rita, pois muitos desses usuários são notificados e acompanhados junto ao município de João Pessoa.

Tabela 4: Distribuição dos percentuais de cura e abandono no município de Santa Rita - PB, no período de 2003 a 2007.

Situação/Ano	2003	2004	2005	2006	2007
Cura	97,1%	97,9%	98,2%	96,0%	95,0%
Abandono	0%	0%	0%	0%	5,0%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Rita (2009).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A população estudada foi a totalidade de profissionais que exerciam cargos de gestão nos municípios descritos anteriormente no ano de 2009, dentre eles os coordenadores dos Programas de Controle da Tuberculose, da Atenção Básica, da Vigilância em Saúde, da Vigilância Epidemiológica bem como os Secretários de Saúde.

Todavia, a amostra constituiu-se a partir dos profissionais diretamente envolvidos com os cargos de gestão e que, concordaram em participar desse estudo, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Segundo Monroe (2007, p. 73) “o termo envolvimento é compreendido como a forma de participação dos referidos atores na incorporação, execução e sustentabilidade das ações/estratégias de controle da TB”.

Definir a amostra, segundo a abordagem qualitativa, é buscar o aprofundamento e a compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação. Sugere-se então que os sujeitos pesquisados possuam os atributos que se deseja conhecer, e que contenham o conjunto de experiências que se pretende captar (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Por essa razão, o critério de escolha dos entrevistados foi intencional, pois como refere Minayo (2006), este tem a capacidade de refletir a totalidade do estudo nas suas

múltiplas dimensões, pois considera todos os profissionais que exerçam funções específicas no local da averiguação.

Respalhando-se pela resolução 196/96 do CNS, a fim de evitar a quebra de sigilo de informações ou de identidade, os atores-chave, isto é, todos os profissionais entrevistados caracterizaram-se, nesta etapa da pesquisa, por siglas que referiram a ordem de suas entrevistas, respectivamente: G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7 e G8. Utilizou-se o mesmo critério para os municípios investigados, ambos foram denominados de M1 e M2. O quadro abaixo apresenta os sujeitos investigados segundo sexo, idade, formação e tempo no cargo de cada gestor participante do estudo:

Gestor/Município	Sexo	Idade	Formação	Tempo no cargo
G1/M1	feminino	52	Enfermagem	2 anos de 10 meses
G2/M1	masculino	50	Biologia	2 anos e 7 meses
G3/M1	feminino	44	Enfermagem	4 meses
G4/M1	feminino	30	Enfermagem/direito	5 meses
G5/M1	feminino	31	Farmácia	10 meses
G6/M2	feminino	54	Nutrição	2 anos e 6 meses
G7/M2	feminino	39	Enfermagem	4 anos e 6 meses
G8/M2	feminino	66	Enfermagem	4 anos e 6 meses

Quadro 2: Caracterização dos sujeitos da pesquisa. **Fonte:** dados da pesquisa.

3.4 PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO

Convém enfatizar que para a execução do trabalho de campo algumas medidas prévias foram seguidas, tais como:

- Elaborar o cronograma, organizando um roteiro de atividades, fazendo contatos prévios, agendando as visitas, entrevistas e outros que se fizeram indispensáveis;
- Preparar todos os insumos, equipamentos e instrumentos que foram necessários.

3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Este estudo elegeu a entrevista como instrumento para coleta de dados. A escolha desta ferramenta partiu do pressuposto que esta permite fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema. Conforme Gil (2007, p.117), “pode-se definir entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. Entende-se por entrevista o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha conhecimentos acerca de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional, podendo ser um meio de investigação, de coleta de dados ou servir de auxílio no diagnóstico ou tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Deste modo, decidiu-se utilizar a entrevista semi-estruturada, por permitir ao entrevistador discorrer sobre o tema sem condições pré-fixadas e, ao entrevistado, alcançar a liberdade e espontaneidade durante a investigação. Parte de questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses e, em seguida, apresentam inúmeras interrogativas que surgem, na medida em que as respostas dos entrevistados são fornecidas (TRIVIÑOS, 1992). Por ter um apoio na sequência das questões, esse tipo de entrevista, que também é chamado de semi-aberta, facilita a abordagem e assegura, sobretudo, os investigadores inexperientes de que suas suposições ou seus pressupostos serão garantidos durante a conversa (MINAYO, 2006). Sendo assim, utilizou-se um roteiro de perguntas, **Apêndice A**, que centraram-se na inserção da TB no contexto sanitário municipal, organização das ações, atores envolvidos e potencialidades e fragilidades administrativo-gerenciais/ financeiras /operacionais.

A coleta de dados propriamente dita ocorreu nos meses de maio e junho do corrente ano. É importante ressaltar que, ao início de cada entrevista foi explicitado o objetivo da pesquisa, com a finalidade de obter maior aproximação entre entrevistador-informante e também um maior esclarecimento sobre o que seria realizado. Após as devidas explicações, todo entrevistado recebeu informações sobre o destino dos dados colhidos, que estabelece a

garantia do sigilo na sua utilização. A partir da concordância na colaboração da pesquisa, foi solicitado o preenchimento do **Apêndice B**, firmando-se consentimento, por escrito. As entrevistas foram gravadas após aquiescência dos entrevistados e posteriormente transcritas pela pesquisadora. Cabe aqui ressaltar que não foi possível realizar as entrevistas com todos os gestores, devido à falta de tempo de alguns e a não disponibilidade em participar da pesquisa.

3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para analisar as informações obtidas foi empregada a técnica de análise de conteúdo, que se refere a um método de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas as deduções sobre dados de um determinado contexto, através de procedimentos especializados e científicos. Dentro dessa análise foi utilizada a modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 2006).

Segundo Bardin (2004) a análise de conteúdo pode ser definida como sendo um conjunto de técnicas de análise de comunicação que tem a finalidade de obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a dedução de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Foram adotadas, para a análise de conteúdo das falas, as seguintes etapas: leitura do material para entendimento do todo; identificar pontos convergentes nos questionamentos; agrupamentos de idéias semelhantes; identificação de categorias, denominadas de acordo com os significados em cada agrupamento (BARDIN, 2004).

Norteando-se pelas etapas citadas, após a transcrição cuidadosa dos depoimentos gravados, deu-se início a análise dos dados obtidos, identificando os pontos relacionados ao objeto do estudo, possibilitando a titulação da unidade temática central; realizando o recorte das falas; agrupando os trechos que se referiam aos temas, permitindo assim a elaboração das subcategorias, as quais elucidam a categoria central identificada.

Sob o ponto de vista da pesquisa qualitativa, acredita-se que o grande desafio está em interpretar os dados na perspectiva dos entrevistados, não se baseando na visão do

pesquisador ou à luz da literatura, já que sua principal contribuição está na produção de conhecimentos originais para o avanço da ciência e não somente para a confirmação de teorias já existentes (TURATO, 2005).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa a qual se vincula este projeto foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS) da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, atendendo às orientações inerentes a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), aprovada em 29/01/07, sob o protocolo de nº 001/06.

Ademais, foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).

“Nada de politicamente útil acontece até que as pessoas comecem a dizer coisas nunca ditas antes, permitindo assim que visualizemos práticas novas, ao invés de apenas analisar as velhas”.

Rorty

Capítulo 4

Resultados e Discussão

4.1 UNIDADE TEMÁTICA CENTRAL

A Unidade Temática Central definiu-se a partir da análise minuciosa dos discursos dos participantes do estudo, intitulado-se “*Controle da Tuberculose: (re) descobrindo o cenário de atuação da gestão da atenção básica*”.

Para possibilitar uma discussão mais aprofundada acerca da Unidade Temática Central, mediante a técnica de Análise de Conteúdo na Modalidade Temática, desta emergiram quatro categorias, permitindo assim um melhor direcionamento do estudo, são elas: “A tuberculose no contexto sanitário municipal: planejamento, organização e a descentralização das ações prioritárias”; “A operacionalização das ações voltadas para a Tuberculose: revelando a prática na prática”; “Luz, câmera, tuberculose: profissionais protagonistas, fragilidades coadjuvantes ou vice-versa?”; “A gestão de mãos atadas frente à realidade social dos usuários do serviço”.

CATEGORIA 1: A tuberculose no contexto sanitário municipal: planejamento, organização e a descentralização das ações prioritárias

A inserção da TB no quadro sanitário mundial se deu em 1998, com o surgimento do movimento conhecido como *Stop TB Initiative*, que tinha como principal finalidade eliminar essa doença, a partir da adoção de novas diretrizes de trabalho e estratégias para seu controle. No entanto, somente no ano 2000, baseando-se pela Declaração de Amsterdã, foram assumidos compromissos políticos globais, como a ampliação do acesso, a garantia de recursos financeiros e humanos, o monitoramento e a avaliação dos programas nacionais de TB. Assim, pactuando com os padrões estabelecidos pela OMS, seriam tomadas medidas, como ser transparente na implementação das ações, apoiar as Organizações Não-Governamentais (ONG) e disponibilizar os medicamentos necessários para o tratamento (AMSTERDAM DECLARATION TO STOP TB, 2000).

De acordo com Ruffino-Netto (2002), ainda em 1998, o Conselho Nacional de Saúde revelou a situação da TB no Brasil e concluiu que o Plano Emergencial necessitava de diversas adequações, a fim de que fossem ampliados recursos, decidindo então que a tuberculose passaria a ser prioridade na saúde pública brasileira. Nesse mesmo ano, foi

lançado como suporte a algumas fragilidades apontadas, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), declarando que era de competência dos municípios desenvolverem seus programas de controle da TB, baseando-se nas normas e orientações do PNCT em vigor (BRASIL, 2000b).

A fim de prover subsídios ao PNCT, o “Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil para o período de 2001 a 2005”, foi instituído pelo MS no ano 2000, na tentativa de gerar parcerias com os serviços da ABS, principalmente com a atual Estratégia de Saúde da Família. Nessa configuração, colocando a TB como prioridade na atenção básica junto a uma gestão capacitada e comprometida, espera-se que haja sucesso no alcance das metas cuja pauta principal é o controle deste agravo (BRASIL, 2000b).

Quando questionados a respeito de como a tuberculose se enquadrava no contexto sanitário municipal, alguns gestores revelaram discursos semelhantes no que se refere ao planejamento das ações:

Em relação ao planejamento existe todo um trabalho de cálculo, que é realizado em cima da população, da área adscrita, números de baciloscopia, de sintomáticos respiratórios, enfim, faz tudo isso para planejar as metas que são propostas anualmente (G3/M1).

O planejamento é feito anualmente, dando prioridade às necessidades do programa, como por exemplo, os exames laboratoriais, quantos mais ou menos a gente vai ter que realizar... a gente faz a análise anual e em cima dela faz a mensal (G1/M1).

No início de cada ano a gente avalia o anterior, a partir daí faz um plano anual de ações, para cada coordenação, sabe? No caso da tuberculose, a gente faz um específico (G7/M2)

Nós, todo ano, fazemos o planejamento de saúde, das ações, e apresentamos ao Conselho Municipal de Saúde, para ser aprovado. Aí nesse planejamento, levantamos as questões de todos os materiais necessários para exames diagnósticos, para os eventos que realizamos, como o dia mundial da tuberculose, é por aí sabe? (G8/M2)

Ainda que todos tenham afirmado realizar planejamento, observa-se que a principal preocupação é quantitativa, isto é, em fornecer certa quantidade de insumos para a execução de exames, campanhas, fazendo uma previsão mensal e anual a fim de que as necessidades do município sejam atendidas. Porém, não é assinalada pelos gestores a pretensão de planejar no sentido de qualificar as ações, de repensar o que seria indispensável para um doente de TB,

como por exemplo, ter uma equipe capacitada a fim de que as necessidades singulares e coletivas sejam atendidas. Nessa perspectiva, almeja-se a superação de uma tradição gerencial calcada na redução de pessoas à condição de sujeitos subordinados aos objetivos das instituições de saúde, transformando-os em insumos ou objetos (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Enfatiza-se que, para elaborar estratégias, é preciso planejar e, planejar o gerenciamento das ações de controle da TB acaba por suscitar a integralidade, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, na tentativa de determinar estratégias que propiciem a cura e a reinserção do indivíduo na sociedade. Conforme Peres e Ciampone (2006), esse é o primeiro passo a ser dado por um gestor, servindo como alicerce do processo decisório, pautado na perspectiva ampliada do saber técnico, considerando as dimensões política e social do gerenciamento. Sendo assim, para que haja um planejamento estratégico, é imprescindível a presença de todos os atores envolvidos, para que possam participar da construção de metas que visam a resolutividade das ações (ERMEL; FRACOLLI, 2003).

André e Ciampone (2007) destacam que para conseguir planejar os modelos gerenciais no âmbito das organizações públicas, é primordial tomar por base alguns questionamentos, os quais poderão nortear o trabalho a ser cumprido: “Qual é o problema ou o objetivo que motiva a ação por intermédio dessa organização? Que situação da realidade se quer transformar e em que direção? Como o sistema organizacional deve funcionar? Qual é o papel do gestor?”.

É fato então que a ação de planejar produz um plano, no qual deva conter um projeto de ação que traga sugestões para articular outras ações, isto é, organizar as formas de gerenciamento do trabalho que produzirá os serviços. Tais tecnologias estão intrínsecas à gestão, que geram um saber capaz de conduzir a forma planejada de desempenhar o trabalho em saúde (SCHRAIBER et al., 1999). Seguindo o raciocínio, Schraiber et al. (1999, p. 230) complementam dizendo que:

Se o plano é uma orientação para a ação, uma proposição de otimização dos trabalhos de outros, que não o do planejador, essa modalidade de atuar é como se fosse um trabalhar sobre trabalhos, fundado na necessidade de racionalização do trabalho produtor direto dos cuidados, pois a finalidade do planejamento é instruir e a da gestão é processar tal instrução sobre processos de intervenção em saúde. Planejamento e gestão realizam ação estratégica quanto ao trabalho em saúde.

É visto que o trabalho gerencial deve fornecer meios para a organização e programação das ações, como capacitação técnica e administrativa para planejar, programar, controlar e operacionalizar as ações de saúde, a fim de ampliar a autonomia. Dessa forma, o estabelecimento de vínculos por meio da base territorial, adscrição da população e conhecimento do quadro sanitário é primordial para o sucesso das ações (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007; ERMEL e FRACOLLI, 2003; FERREIRA, 2004; PERES e CIAMPONE, 2006).

Nesta compreensão, a arte de gerenciar vai além das responsabilidades de planejar, organizar, controlar e coordenar. Esta deve, de fato, instigar a mobilização e o comprometimento por parte dos trabalhadores na organização e na produção de serviços que atendam as necessidades de saúde da população, devendo gerar ainda a interlocução com o conjunto de movimentos de implementação do SUS (CECCIM, 2002; BERTUSSI; MISHIMA, 2003).

Reforçando a menção supracitada, Rezende (2007) diz que o trabalho gerencial deve sustentar, colaborar com a condução e articular o trabalho dos diversos agentes presentes, na intenção de viabilizar projetos técnico-assistenciais voltados para a integralidade, a fim de aprender a enxergar o outro, reconhecendo-o como um ser de necessidades e sentimentos singulares.

Assim, acredita-se que, para haver um bom desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, especialmente no que tange ao controle da TB, é imprescindível que o planejamento efetive-se de maneira participativa, os quais diferentes níveis, dentro de suas funções específicas, se articulem para organizar e orientar a prestação da assistência. É visto que somente um dos participantes referiu sobre o exercício dessa articulação:

Na verdade esse planejamento, ele é feito a nível de Ministério da Saúde, devendo ter parceria com a Secretaria de Saúde e o Município, né? São as três esferas, onde se coloca a Vigilância em Saúde, a Epidemiológica, como também dentro da Atenção Básica, todos em conjunto com Programa da TB. (G2/M1)

O discurso supracitado evidencia o que o MS já preconiza: as secretarias municipais de saúde devem criar, implementar e fortalecer estruturas de gestão, objetivando valorizar os trabalhadores do SUS. Por um lado, estas devem contar com o apoio institucional dos gestores e, por outro, com o suporte de equipes qualificadas e recursos tecnológicos apropriados, alcançando efetividade nos seus objetivos de gestão do trabalho em saúde (BRASIL, 2005c).

Embora alguns coordenadores de programas que supostamente são envolvidos com o controle da TB tenham acesso às informações, o planejamento das ações parece se dar de forma bastante específica e restrita, isto é, esse papel cabe somente ao coordenador do programa de TB. Alguns relatos demonstram a inexistência de um planejamento participativo, que envolva os diversos atores. Na verdade há sim uma falta de comunicação entre os gestores, o que certamente refletirá na prática dos profissionais diretamente envolvidos no cuidado aos usuários.

Em relação ao planejamento, isso aí é uma coisa mais específica, que até assim, para eu me aprofundar, como eu tenho uma visão mais macro, isso aí é mais com a coordenação do Programa, né? (G5/M1)

O ruim aqui é o seguinte, não existe integração das vigilâncias sanitária, epidemiológica e em saúde, com a atenção básica também, é tudo muito separado e não deveria ser assim, porque dificulta o trabalho. (G3/M1)

No estudo desenvolvido por Santos (2009) verifica-se que os coordenadores municipais envolvidos com o controle da TB são vistos como atores intermediários, que possuem cargos gerenciais na maioria das vezes sem respaldo algum, que se deparam com situações conflitantes, dificultando o desempenho na sustentabilidade das ações, conformando-se em sérios desafios de ordem política, técnica e operacional.

Foi constatado por Monroe et al. (2007) que existe grande descaso por parte dos gestores municipais de saúde frente às políticas e estratégias de controle da TB, pois ela está dentre as doenças que não suscitam visibilidade política e, conseqüentemente, não representam prioridade. Todavia, para que os programas de controle desse agravo sejam resolutivos, é fundamental que o gestor o coloque como prioridade na agenda de saúde municipal (MONROE et al., 2008). Além do mais, para inserí-la como prioridade de saúde no município, constantes negociações devem ser feitas com os diversos níveis, envolvendo as equipes a fim de incorporar as ações de TB na esfera local (MUNIZ, 2004).

Nessa perspectiva, é perceptível no depoimento a seguir que, de fato, há certo desconhecimento sobre a TB como prioridade no município:

Na verdade, nem sei te responder direito essas coisas, eu vou deixar para a coordenadora do Programa de TB dizer isso pra você, tá certo? Porque isso não cabe a mim, foge sabe? (G6/M2)

Pesquisas revelam que o desempenho gerencial na assistência à saúde dos serviços públicos é dependente da ancoragem das práticas gerenciais em novos modelos de gestão. Este fato remete a necessidade de um perfil diferenciado dos gerentes, preferencialmente como atores sociais que demandam competências para atender às necessidades de saúde da população (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007; ERMEL e FRACOLLI, 2003; FERREIRA, 2004; SCHRAIBER, 1999).

Diante o exposto, Garvin (2002) relata que a superação das deficiências nos cargos de gestão é uma tarefa árdua e demanda organização e um permanente processo de adaptação, o que exigirá flexibilidade e capacidade de aprendizagem contínua. Para que a gestão tenha êxito nas práticas de saúde, é imperativo que haja discussão a respeito da diversidade humana, um diálogo entre os diferentes atores, reconhecendo as singularidades do meio biológico, social, político e cultural (ERDMANN et al., 2006).

O enfrentamento dos desafios que envolvem a responsabilidade dos atores que gerenciam programas e serviços para promover melhoria das condições de saúde traz à tona a necessidade de compromisso dos responsáveis pela formulação, organização e execução das políticas públicas de saúde, como relata Santos (2009). Concordando com o que diz a autora, Monroe et al. (2007) proferem que, mediante a necessidade de conscientização dos gestores do nível macro, no sentido de reconhecer a doença como prioridade na agenda pública de saúde, estes devem empregar medidas que ofereçam meios para implementação de estratégias de controle da TB. No que se refere aos coordenadores municipais dos programas que atuam na gerência de ações voltadas para a TB, estando no nível meso, estes assumem uma função fundamental como mediadores entre o nível de decisão política, o nível macro, e o de operacionalização, conhecido como nível micro, a fim de que as ações preconizadas pela estratégia DOTS sejam viabilizadas (SANTOS, 2009).

Faz-se necessário um redesenho dos macroprocessos de trabalho, principalmente no que diz respeito ao entendimento de que as competências da gestão devem ser ampliadas, criando assim condições de melhoria dos serviços públicos oferecidos à população, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007). Mishima (2003, p. 29) acrescenta que a gestão é compreendida como um:

[...] instrumento com potência para desencadear no conjunto dos trabalhadores um processo de reflexão e revisão de sua prática que encaminhe para a adesão e comprometimento a um processo de produção de cuidados à saúde e não de cumprimento de tarefas fragmentadas centradas no desenvolvimento de procedimentos isolados.

É óbvio que muito ainda há por fazer no caso da TB no Brasil. Os órgãos responsáveis pela saúde pública devem, em caráter prioritário, intensificar a busca de casos, o tratamento, a prevenção e a promoção da saúde. Isto implica em ações que, aliadas às políticas públicas destinadas a melhoria da qualidade de vida da população e que têm efeitos diretos no comportamento dessa doença, coloquem o país no caminho certo a fim de cessar o surgimento desse agravo. Nessa perspectiva, o governo possui uma base nacional, institucional e pública que o habilita a enfrentar o problema da TB. Trata-se de uma tática de combate que requer empenho coletivo, de todos os estados e municípios no âmbito social, considerando suas peculiaridades geopolíticas (TEIXEIRA, 2002).

Entretanto, sérios problemas no campo da saúde pública impedem o andamento dessa estratégia de governo. Primeiramente no que diz respeito à continuidade dos programas e, segundo, no que se refere à adequação das propostas, pois estas muitas vezes entendem o problema da TB somente como um conjunto de portadores, onde se sabe que, na realidade, este inclui essencialmente a sociedade como um todo. A solução para o doente implica em tratamento, porém a saída para a TB, demanda por programas que visem qualidade de vida para a população em geral (RUFFINO-NETTO, 2002).

Neste sentido, percebe-se que a definição de estratégias de intervenção é um processo sinuoso, que envolve não somente a identificação das necessidades e das demandas em saúde, mas também o esclarecimento das condições institucionais para a viabilização de iniciativas pertinentes. Porém, o governo poderia trilhar um caminho linear e multifacetado, no intuito de promover ações que minimizem o caso da TB no Brasil (COSTA; LIONÇO, 2006).

Para tal, é preciso que os princípios do SUS sejam compreendidos como elementos obrigatórios para as políticas de saúde que, por sua vez, mesmo na presença dos impasses, necessitam ser recolocados permanentemente como questões para gestores e trabalhadores do sistema (COSTA; LIONÇO, 2006). Desse modo, a promoção da saúde requer estratégias de gestão, cuja melhoria continuada das ações constitui-se em uma prática permanente (ERDMANN et al., 2006).

Um dos principais desafios não só dos gestores, mas também dos profissionais das equipes, está exatamente na tentativa de criar novos modos de trabalhar, os quais consigam combinar o cuidado em si com resultados que revelem cura, prevenção e promoção da saúde (MERHY, 2002).

Assim, para alcançar os resultados esperados, é fundamental reconhecer que esses desafios são extremamente complexos e que o processo de trabalho do gestor se configura como o eixo central que carrega múltiplas funções, que deve articular diversos profissionais e setores entre si para atingir as metas desejadas. Do mesmo modo, o difícil está em superar as contradições existentes entre o que se deve e que o que se pode fazer na realidade municipal.

Partindo desse pressuposto, a transferência das ações de combate à TB para a ABS pode gerar benefícios no sentido de ampliar o acesso e possibilitar maior vínculo entre o profissional e o usuário, favorecendo assim a adesão ao tratamento (HINO et al., 2005).

Por outro lado, Frieden e Driver (2003) relatam que a descentralização das ações do PCT traz oportunidades, mas também riscos para a sustentabilidade das ações. Em relação às oportunidades, os autores apontam que pode suscitar melhora da eficiência e qualidade dos serviços bem como um aperfeiçoamento da análise e utilização dos dados. Já no que se refere aos riscos, estes são vistos como significativos, na medida em que a descentralização pode implicar na quebra da responsabilidade, na fragmentação dos esquemas de tratamento, ocasionando lacunas no sistema de informação e dificuldade em desenvolver o TS.

Frente ao exposto, quando indagados a respeito dos benefícios da descentralização das ações do PCT os gestores expressaram satisfação e vêem o lado positivo desta para o controle da TB no município:

Foi muito bom para o município, né? Agora o usuário tem perto da sua casa o médico, o enfermeiro, o agente comunitário que passa ali diariamente, fazendo a visita. Para o usuário é muito bom! (G1/M1)

Essa descentralização, graças a Deus, ela veio para acontecer e, no que diz respeito à tuberculose, ela tá dando certo, sabe? (G2/M1)

Eu acho que a descentralização foi muito boa, muito eficaz. Primeiro porque você tira de um nível central, da referência, fazendo com que abra um leque maior, favorecendo a equidade na ação. É um ganho para todos os envolvidos, os profissionais e principalmente os portadores de TB (G3/M1).

Os benefícios são inúmeros, desde o bem-estar do usuário por ter um melhor acesso a equipe de saúde até o trabalho da equipe propriamente dita. Ela tem a oportunidade de estar em contato direto com o usuário, acompanhando, vendo como esse paciente tá evoluindo, né? (G5/M1).

A descentralização foi um grande avanço, né? Agora o usuário, o acesso dele ao serviço de saúde melhorou muito. Foi bom também pela questão do

acompanhamento dos casos, diariamente. Para o município também foi maravilhoso, porque não precisa mais deslocar aquele determinado paciente para a unidade de referência, o Clementino. (G7/M2)

Os princípios do SUS, fixados na Constituição Federal Brasileira de 1988, delineados pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) e a 8.142/90, são resultantes de um processo histórico-social que buscou intervir nas condições de saúde e na assistência prestada à população (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Sem dúvida, um dos principais avanços do SUS, ao longo da década de 1990, foi o princípio organizacional da descentralização, havendo progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais (SOUZA, 2001).

Para Barata, Tanaka e Mendes (2004) são inegáveis os benefícios que a descentralização trouxe para os municípios brasileiros, os quais passaram a executar e organizar os serviços de saúde no âmbito da atenção primária, centrados na família e na comunidade, integrados com os vários níveis de atenção e operacionalizados pela ESF. É visto que a esfera municipal tornou-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde e, por conseguinte, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde (BODSTEIN, 2002).

É de suma importância referir que o município se estabelece como sendo um local de observação e análise da organização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, de desenvolvimento gerencial a partir da descentralização. Assim, é imprescindível reconhecê-la como conceito primordial para a reorganização dos serviços e compreender a gerência como condutora do processo de trabalho (BERTUSSI; ALMEIDA, 2003). No entanto, devido às dimensões continentais do País, a assimetria na distribuição de recursos humanos e financeiros e a concentração da rede de serviços nas capitais estaduais, o processo de municipalização pode ter acentuado a fragmentação e o isolamento dos serviços de saúde em alguns municípios brasileiros, estabelecendo-se como um fator que pode dificultar a coordenação das ações (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Andrade (2006) relata em seu estudo que 100% dos municípios paraibanos encontram-se habilitados em uma das formas de gestão, ou na NOB 01/96 ou na NOAS 01/02, onde cada um assumiu a responsabilidade pelos serviços de saúde, sobretudo no que se

refere às ações da ABS e à descentralização das ações, como está previsto entre os princípios do SUS.

Ressalta-se que com o surgimento do SUS, a ABS foi definida como principal porta de entrada dos usuários, o que implicou na universalização do acesso aos serviços. Porém, apesar de tantos esforços no sentido de descentralizar as ações de promoção e prevenção, a ABS ainda encontra sérias dificuldades estruturais, especialmente aquelas que se relacionam com a inadequação e com a falta de perfil dos profissionais de saúde (FACCHINI et al., 2006).

É evidenciado por Bertussi e Almeida (2003) que há necessidade de analisar e discutir acerca do gerenciamento dos serviços da ABS, pois, confirmando o que foi citado anteriormente, esses são a porta de entrada do sistema local de saúde, onde os reais problemas da população podem ser identificados e atendidos e, o bom trabalho da gerência, pode transformar o modo de produzir saúde.

Quando citado a política de saúde e de implantação do SUS, um aspecto determinante foi a concepção dos Conselhos de Saúde nas diferentes instâncias de gestão do sistema, que indicou uma nova institucionalidade e a ampliação do espaço e da agenda pública. No âmbito municipal, na medida em que constituem pré-requisito para a habilitação dos municípios na gestão descentralizada, os Conselhos se fazem presentes, atualmente, na grande maioria dos municípios brasileiros (BODSTEIN, 2002). O princípio da participação popular nasce como ferramenta essencial para a adequação do SUS às verdadeiras necessidades coletivas de saúde (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Assim, o processo de descentralização se constitui em um avanço do diálogo entre as políticas públicas e a sociedade e, é considerada como sendo a condição para a eficácia política em razão da exigência de fluxo de informação a partir da base e do reconhecimento de sua autonomia (GIDDENS, 2001 apud BODSTEIN, 2002).

Outro aspecto crucial remete as Normas Operacionais do SUS, as quais também têm se constituído em importante dispositivo de regulamentação do processo de descentralização, pois de forma negociada, elabora mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios (SOUZA, 2001). No que diz respeito à transferência de responsabilidades das ações de saúde para a ABS, esta deve considerar sua incompatibilidade diante do curto tempo político bem como considerar as competências técnicas e gerenciais locais (MENDES, 1998).

Compreendendo a descentralização como instrumento promotor de reordenação das práticas, de redistribuição de papéis, esta se torna condição necessária para ampliar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade e a equidade no âmbito da saúde (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000). Ademais, de acordo com Arnadottir et al. (2002), a descentralização das ações de saúde para a ABS concebe-se como relevante estratégia, pois favorece diretamente a população uma vez que deve garantir a integralidade e a resolutividade das ações e serviços.

Contudo, as disputas de poder e de interesses político-partidários, tanto no âmbito estadual como no municipal, provocaram distorções na organização dos serviços, reproduzindo práticas alienadas acerca das reais necessidades da população (SANTOS; MELO, 2008). Dessa forma, novos desafios são colocados em pauta no que se refere à descentralização, para que o desenvolvimento do sistema possa alcançar o seu objetivo de garantir acesso universal e equânime da população à saúde (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

No tocante à descentralização das ações de controle da TB para a ABS, esta se deu somente em 2004, com a adoção da estratégia DOTS, quando o PNCT brasileiro reconheceu a relevância de expandir as ações de combate a essa enfermidade a todos os serviços do SUS. Figueiredo et al. (2009) durante pesquisa realizada em Campina Grande – PB, declaram que para integrar as ações de controle com a atenção básica, seria necessário garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, e isso, só seria possível através das atividades do PSF.

Santos-Filho (2006) diz que embora a descentralização ofereça várias oportunidades, os riscos são bastante consideráveis, uma vez que a expansão do DOTS requer transformações na organização da atenção bem como na formação dos profissionais. Descentralizar a estratégia DOTS para os pontos periféricos de atenção a saúde, isto é, para o PSF, significa seguir uma diretriz preconizada pelo SUS, que tem a finalidade de propiciar o acesso aos serviços e ações de saúde, garantindo a resolutividade (SANTOS, 2009).

Destacam-se ainda como vantagens da descentralização, a ampliação do alcance das ações de controle, a proximidade das decisões em relação à população, a efetividade dos recursos e o favorecimento da implantação do tratamento supervisionado (RUFFINO-NETTO E SOUZA 1999). Além disso, verifica-se que o processo de descentralização abrange outros aspectos como o envolvimento dos diversos atores, uma vez que viabilizar a descentralização

das ações de saúde requer a disposição para administrar responsabilidades e efetiva participação de atores dos diferentes níveis (MUNIZ et al., 2005).

É nesse sentido que o tratamento e o acompanhamento dos casos de TB deveriam ser descentralizados para as unidades de saúde, baseando-se nos seguintes pontos: acessibilidade geográfica, domínio dos casos e estabelecimento de vínculo, para a conseqüente melhora na adesão terapêutica. Deste modo, a fim de que as ações relacionadas à TB tornem-se realmente descentralizadas, é imprescindível refletir acerca da organização dos serviços de saúde, na tentativa de criar um novo caminho, de transformar a lógica de trabalho, onde as ações visem o envolvimento, o interesse e o compromisso ético (MUNIZ, 2004).

Todavia, a descentralização das ações da TB está sendo implantada passo a passo, deparando-se com as diversas fragilidades do serviço da ABS, tais como as dificuldades de ordem técnica, econômica, cultural e de captação e capacitação dos recursos humanos (PALHA et al., 2009; PROTTI et al., 2009).

A descentralização das ações para o âmbito de atenção das equipes de saúde da família, segundo Santos e Melo (2008, p. 4);

[...] não se trata apenas de repassar mais uma função para as equipes do PSF, e sim de assumir a responsabilidade sanitária sobre a área de abrangência, realizando intervenções através da articulação intersetorial. Compreendemos também que os problemas de saúde da área de abrangência deverão ser direcionados conforme a complexidade e disponibilidade de recursos, assegurando a integralidade da atenção e a melhoria dos indicadores de saúde.

É imperativo apontar que a descentralização é um processo que abarca aspectos administrativos, técnicos e políticos da organização do SUS e que, alguns pontos são categóricos para o sucesso da mesma, tais como a participação dos cidadãos no sistema de saúde, a autonomia dos profissionais na realização das ações, a educação permanente das equipes e, principalmente, a vontade política do gestor local (SANTOS; MELO, 2008).

Embora o governo brasileiro venha adotando medidas técnicas-operacionais para modificar o quadro assolador da TB, é necessário promover atitudes no sentido de assegurar o acesso a serviços de qualidade. Na atual conjuntura é inegável que o enfrentamento da doença requer mobilização e participação social. Mesmo assumindo o compromisso político de controlar a TB, quando o colocam na prática permanece deficitário (SANTOS-FILHO, 2006).

Ferreira (2004) refere que ainda há desafios na expectativa de avançar no processo de descentralização do SUS e, para que isso aconteça, é necessária uma capacidade gerencial na qual a gestão ainda não parece estar qualificada.

Assim, os desafios e riscos advindos da descentralização das ações de controle da TB mostram que o foco dos problemas depende do tipo de gestão em saúde adotada pelo município. O modelo tradicional de gestão, presente na maioria dos municípios brasileiros reforça a lógica da atenção centrada na cura, desconhecem o sentido e o significado do conceito de processo saúde-doença, não reflete sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde e nem tão pouco sobre a burocracia que estanca a organização dos serviços de saúde. Dessa forma, esse modelo de gestão impede a efetividade não apenas das ações do controle da TB na ABS, mas, principalmente, cria obstáculos à mudança do modelo de atenção à saúde consoante com os enunciados do Movimento pela Reforma Sanitária e da consolidação do SUS, que coloca em pauta a saúde como direito de cidadania operacionalizada seguindo os princípios doutrinários.

CATEGORIA 2: A operacionalização das ações voltadas para a Tuberculose: revelando a prática na prática

Esta categoria inicia-se com alguns questionamentos: Quais as ações específicas do controle da TB que o gestor terá que desenvolver? Quais ações devem estar sob a mira do gestor para que a prática do controle da TB seja efetiva?

O novo paradigma da saúde pública está focalizado em construir sistemas de saúde e serviços de atenção primária para oferecer acesso à atenção à saúde para todos, e traz novos desafios para a gestão do programa de TB (RAVIGLIONE, 2007; WHO, 2006). Segundo Grabois e Ferreira (2009, p. 160) é importante ter protocolos de tratamento, porém é preciso praticar uma clínica “centrada no sujeito, na sua vivência concreta, onde a saúde é parte dessa vivência”. O novo paradigma da saúde impele para que a gestão seja pautada na integralidade do cuidado.

Assim, considerando que o desafio do gestor em saúde está exatamente em compreender o processo de gestão, este pode se constituir numa importante ferramenta para a condução, revisão e resignificação dos processos de produção do cuidado no cotidiano dos serviços (REZENDE, 2007).

Autores como Monroe et al. (2007) e Peres e Ciampone (2006) abordam estas questões afirmando que, quando direcionamos o trabalho da gestão para a TB, este requer preparo técnico e gerencial, conhecimentos e habilidades pertinentes para a obtenção de um planejamento apropriado, que irá promover a capacitação e supervisão dos recursos humanos bem como a avaliação epidemiológico-operacional do PCT, além de articular com os setores políticos, sobretudo quando há a intenção de angariar recursos para facilitar o resultado das ações implementadas.

De acordo com o Pacto de Gestão (2005) é necessário, que o gestor trabalhe em função de estabelecer um elenco de procedimentos que os municípios devem garantir em seu território e estes sejam intransferíveis. Para garantir a resolutividade necessária, é preciso que o gestor envide esforços para assegurar o acesso a um conjunto de outros procedimentos que podem ser pactuados regionalmente (BRASIL, 2005b). No Pacto de Gestão foi definida como prioridade o estabelecimento de diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2006b).

Em se tratando de uma doença que requer controle no âmbito mundial, os gestores devem delinear políticas e ações que envolvam as prioridades acima elencadas, pois do contrário, tendem a fortalecer um modelo de gestão hegemônico. Além do mais, Grabois e Ferreira (2009) consideram que garantir saúde pressupõe lidar com definições do que seja saúde e, é importante que o gestor tenha a compreensão de conceitos de clínica ampliada, modelo de atenção à saúde, projetos terapêuticos singulares, acolhimento e equipes de referência (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Em 2002, o MS propôs que as ações para o controle da TB no Brasil tivessem como principal meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar no mínimo 85% dos casos diagnosticados. Para tanto, previa-se que a expansão dessas ações se daria no âmbito da atenção básica, na qual os gestores municipais, junto à gestão estadual, atuariam de maneira planejada e articulada, no intuito de assegurar a implantação das ações sugeridas, tais como: estruturar a rede de serviços para identificação de sintomáticos respiratórios, organizar a rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos etc. (BRASIL, 2002).

As ações de controle da TB, com foco no conceito ampliado de saúde, requerem que a gestão de sistemas e serviços considere “fortemente a intersetorialidade, uma visão

sistêmica e ampliada das necessidades de um indivíduo ou de uma coletividade” (GRABOIS; FERREIRA, 2009, p. 160).

É relevante enfatizar que, em meio às prioridades do PNCT para os anos 2001-2005, houve destaque para o diagnóstico precoce, pois muitos casos de tuberculose não estariam sendo diagnosticados, talvez por falta de acesso aos serviços de saúde ou pela deficiência na atenção que deveria ser dada aos sintomáticos respiratórios das áreas de adscrição (MUNIZ et al., 2005).

Porém, para realizar o diagnóstico de maneira precoce, é essencial reconhecer que o passo inicial é dado através da busca ativa de sintomáticos respiratórios e dos contatos, a qual deva ser uma atitude constante na rotina de atividades de todas as unidades do PSF e dos demais serviços de saúde municipais (BRASIL, 2000b). Além disso, de acordo com Villa et al. (2006) a busca ativa representa a primeira dentre as várias ações de controle indispensáveis para a chamada continuidade do serviço. Frente à questão do modo como se dá a busca ativa e quais os exames solicitados para diagnosticar a TB em seu município de atuação, os discursos revelaram-se bastante coesos:

Digamos que o agente comunitário de saúde faz a busca ativa, então se ele sente que tem algum sintomático respiratório ali na sua área, ele é encaminhado para a Unidade [Unidade de Saúde da Família]. Aí o enfermeiro ou o médico solicita os exames, baciloscopia, que é feita no próprio município, o raio X de tórax e depois, se detectado mesmo, o paciente retorna para a unidade. (G1/M1)

Todo paciente suspeito, o ACS manda para o médico do saúde da família. Esse médico faz a solicitação dos exames necessários, onde são realizados dentro do município mesmo. (G2/M1)

Se é detectado algum sintoma, faz-se a baciloscopia, vai para o laboratório, a gente espera chegar o resultado. Tem também a realização do raio X de tórax, né? (G5/M1)

Para o diagnóstico, primeiro vem a busca ativa, quando encontrado algum suspeito, faz o diagnóstico clínico, depois o laboratorial e o radiológico para confirmar, né? (G7/M2)

O primeiro do diagnóstico é a parte clínica. Depois vem a baciloscopia, que é de praxe e, logo em seguida, pede o raio X, para ajudar no diagnóstico, é isso aí né? (G6/M2)

Todavia, a fim de garantir a realização de exames de qualidade, é essencial que haja uma rede de laboratórios, com equipamentos adequados e equipe habilitada, fundamentando-

se nos princípios a seguir: adoção de normas nacionais, baseadas nas orientações internacionais; descentralização dos serviços de diagnóstico; comunicação entre os membros, em vários níveis da rede bem como o funcionamento interno e externo de gestão de qualidade, incluindo a supervisão e avaliação das atividades (WHO, 2006). Entretanto, Andrade (2006) revela que muitas vezes não é importante uma grande quantidade de laboratórios, pois isso não garante a qualidade do serviço. É indispensável repensar uma maneira de determinar a união de uma gama de condições que favoreçam a organização e a resolutividade das ações.

Nas ações municipais, existem alguns requisitos para a realização do diagnóstico da TB. No primeiro momento é resgatada a história clínica do indivíduo, visando à detecção dos sinais e sintomas característicos da doença. Dada a suspeita, faz-se então a solicitação de um exame indispensável, o bacteriológico, conhecido como baciloscopia. Para auxiliar no diagnóstico é pedido o exame radiológico, raio X de tórax, que permite visualizar imagens que confirmarão ou descartarão a presença do bacilo de Koch (BRASIL, 2002).

O exame bacteriológico é, sem dúvida, o método primordial para a detecção dos casos de TB e, para que este seja eficiente, é necessário que as unidades de saúde possuam funcionários capacitados para orientar o paciente, com informações claras em relação à coleta do escarro (WHO, 2006; BRASIL, 2002).

No que tange à operacionalização da baciloscopia, sabe-se que a conservação e o transporte do escarro são de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde (WHO, 2006; BRASIL, 2002). Sobre essa questão Campinas et al. (2002) relatam que se deve 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. Porém, conforme estudo realizado por Muniz (2004) com 81 ACS, evidenciou-se diversos entraves no encaminhamento do material coletado para o laboratório em virtude da inviabilidade de transporte. É acrescentado por Cerqueira (2008) que muitas vezes a viatura é dividida entre o PCT e os serviços da vigilância epidemiológica, como por exemplo, levar e buscar materiais utilizados nas campanhas.

Partindo dessa premissa, ao analisar alguns depoimentos, constatou-se como séria fragilidade pelos gestores, de ambos os municípios, justamente a falta de transporte adequado dos potes de coleta das unidades de saúde para os laboratórios de referência:

Não é uma rotina de ter o transporte, um motoboy ou ter uma pessoa, sabe? Uma das minhas lutas é essa, para ter uma pessoa que passe para pegar, com caixa

térmica, tudo direitinho, porque a gente sabe que nem todas as unidades têm casos de TB. Mas até o momento eu não consegui. (G1/M1)

Nós temos um veículo, uma moto, e ele passa todos os dias nas unidades, pega o material, transporta até o laboratório. Mas assim, ele transporta de tudo, ne? A moto tem um tipo de divisória no baú, coloca os potes num canto e outras coisas que precisar levar no outro. (G2/M1)

Um transporte específico para isso nós não temos, quando tem carro vai nele, quando tem moto vai nela, é assim. (G7/M2)

Espera-se que o gestor esteja preparado para enfrentar desafios como este e que, não haja lacunas na sua coordenação, a fim de que esta consiga operacionalizar o processo de diagnóstico de maneira resolutiva. Porém, o que se vê é um serviço falho e desarmônico e que não responde as expectativas da população e do que é preconizado.

Outra debilidade mencionada foi a demora na entrega dos resultados dos exames, o que certamente contribui para o atraso do início do tratamento medicamentoso. É mister referir que em poucos dias após o começo do tratamento, os bacilos da tuberculose praticamente perdem seu poder infectante, de tal modo que a convivência dos doentes com sua família e comunidade não deva ser impedida (BRASIL, 2002).

Uma coisa que precisa ser melhorada é a relação com o laboratório. Na realidade é fazer com que o laboratório daqui emita o laudo da baciloscopia com maior brevidade possível, porque isso dificulta a notificação e o tratamento. Ou quem sabe pelo menos ter uma melhor comunicação conosco, sobre os casos positivos. (G3/M1)

Torna-se indispensável que a gestão trabalhe junto às equipes de saúde da família, estando integradas a uma rede de serviços, pondo em prática um sistema de referência e contra-referência que assegure a resolutividade e permita o acompanhamento integral dos pacientes (STARFIELD, 2002).

Vale salientar que quando a TB é apontada como questão social, é imprescindível que todo suspeito seja examinado e, uma vez comprovado o diagnóstico, a meta será a realização da investigação epidemiológica e a adoção de medidas de controle. Na investigação epidemiológica está previsto o exame das pessoas do convívio do indivíduo doente, com a finalidade de descobrir a fonte de infecção e de encontrar outros casos oriundos do caso-índice (BRASIL, 2000b).

As narrativas abaixo expõem certa organização no que diz respeito às medidas profiláticas e de controle, o que por sua vez infere-se que há atuação positiva nesse fator:

Em relação aos contatos, sempre que é descoberto, eles vão na unidade, são examinados, é feito pelo menos um raio X de tórax, uma ausculta, uma conversa né? E ficar sempre mantendo contato e dizer a importância disso, né? (G1/M1)

A partir do momento que a gente diagnostica a gente já faz avaliação dos contatos, onde ficam sendo acompanhados pela equipe, os ACS. Qualquer mudança, tosse, qualquer sintoma suspeito de TB, procura imediatamente a unidade de saúde, aí é solicitado o exame e graças a Deus o resultado tem sido bom. (G2/M1)

Quando a gente diagnostica que é tuberculose, todas aquelas pessoas diretas e indiretas a gente faz aquele bloqueio, aquela busca ativa e faz os exames. Se for necessário, faz o tratamento preventivo. (G4/M1)

A avaliação dos contatos é feita através da unidade de saúde, onde ela faz a orientação, para evitar a disseminação da doença. No momento que descobre um sintomático, antes de fechar o diagnóstico já começa a avaliar a família, os contatos, né? (G5/M1)

Assim que se encontra um caso de TB, a avaliação dos contatos ela é feita através do raio X e, se precisar da baciloscopia faz também. (G7/M2)

Do ponto de vista técnico, algumas ações como a do controle dos comunicantes, marcam ponto positivo para a gestão. Quanto às outras atividades mais elaboradas, como o planejamento de ações sob a perspectiva da integralidade, a fala do gestor deixa lacunas.

Por conseguinte, é imperativo que todos os comunicantes dos doentes de TB, principalmente os intradomiciliares, compareçam à unidade de saúde para serem examinados. Os sintomáticos respiratórios deverão submeter-se à rotina prevista para o diagnóstico de TB, já os assintomáticos terão que realizar o raio X de tórax (BRASIL, 2002).

Após esse trâmite, os casos identificados serão informados através do preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), pelo profissional de saúde da unidade que atendeu o paciente, o enfermeiro ou o médico (BRASIL, 2002). É de suma importância destacar que, a Lei Orgânica da Saúde prevê como competências e atribuições comuns à União, estados e municípios, organizar e coordenar o Sistema de Informação em Saúde (SIS), no qual o SINAN é parte integrante deste e é considerado como “principal fonte de registro das doenças transmissíveis entre elas a tuberculose” (NOGUEIRA et al., 2009). No decorrer das entrevistas os gestores fazem alusão de como e por quem é feita a notificação da TB no seu município:

Depois de confirmado o diagnóstico faz a notificação, feita pela enfermeira ou o pelo médico, com mais frequência a enfermeira, faz a notificação na ficha do SINAN, onde ali é colocada a data do diagnóstico, início do tratamento. Essa notificação ela é alimentada no sistema, na medida que for entrando, todo dia que tiver caso confirmado. (G1/M1)

A partir do momento que tem o diagnóstico, já começa a fazer a notificação da doença. Então assim, é notificado semanalmente, porque existe uma semana epidemiológica, aí cada vez que aparece um caso dentro daquela semana é notificado e, automaticamente já está sendo solicitada a medicação para que aquele doente possa iniciar seu tratamento. É uma coisa que ta bem organizada sabe? (G3/M1)

Santos (2007, p. 91) caracteriza o SINAN como “o pilar mais importante para as ações de planejamento, monitoramento e avaliação no controle das doenças” e, conforme Nogueira et al. (2009), as informações geradas por ele jamais devem ser entendidas exclusivamente como originárias de uma ação burocrática, mas sim adequadas pelos gestores e profissionais de saúde no dia-a-dia dos serviços. No discurso a seguir é assinalada a questão do acompanhamento dos casos, sendo este o único gestor que confirma essa prática como rotina de sua atuação:

Mensalmente nós extraímos do sistema de informação, do SINAN, um boletim de acompanhamento das “TB’s” e assim, com esse boletim de acompanhamento, solicitamos aos enfermeiros das equipes de saúde da família que passem informações em relação como é que anda aquele tal caso. Aí podemos monitorar como está o tratamento, os casos de abandono, de transferência, toda informação colhida será acrescentada àquela que já existe, né? (G3/M1)

Deparando-se com esta mesma realidade, a partir da pesquisa realizada com municípios prioritários no estado da Paraíba, Nogueira et al. (2009) constataram que a avaliação mensal dos casos de TB ainda é um procedimento desorganizado no que tange aos serviços de saúde. Desse modo, é pertinente enfatizar que, além do preenchimento das fichas de notificação, também é preconizado o preenchimento do “Livro de Controle de Tratamento”, ferramenta utilizada para listar dados sobre resultados de exames, critérios de alta etc. (BRASIL, 2004b). Contudo, somente um gestor relatou sobre a existência e a importância desse livro:

É importante um acompanhamento do livro com o SINAN. Fazer essa comparação do livro com o SINAN, a gente faz quase sempre, sabe? A gente senta com a digitadora, analisa os dados, porque se tiver algo errado dá para consertar. E as vezes a gente acha muito erro. (G1/M1)

Mesmo demonstrando certo conhecimento a respeito do SINAN é evidente a ausência de responsabilização da maioria dos gestores frente às atribuições das equipes de saúde quanto à atualização de informações sobre a TB nos municípios investigados. Sendo assim, observa-se um acréscimo na demanda por sistemas informatizados que ofereçam informações sistematizadas e adequadas sobre as condições de saúde da população, onde isto remete a necessidade de uma gestão comprometida e articulada com os diversos sistemas de saúde (MORAES; SANTOS, 2001).

Portanto, apesar de ser uma enfermidade grave, contagiosa e de notificação compulsória, a TB é curável em praticamente 100% dos casos novos. A ação terapêutica, realizada através de medicamentos disponíveis gratuitamente em todas as unidades de saúde da família, é uma atividade prioritária para fins de controle, uma vez que permite extinguir rapidamente as fontes de contaminação (BRASIL, 2002). Perante o exposto, o relato a seguir demonstra como o tratamento é realizado após a confirmação do diagnóstico:

Após confirmação do diagnóstico, nesse caso a medicação é gratuita e vem direto do Estado pra cá, então encaminhamos essa medicação para o PSF, para os casos ficarem sendo acompanhados por lá. Alguns casos de TB vão até a unidade para tomar o medicamento lá e outros a enfermeira entrega na casa do paciente. (G5/M1)

É de extrema relevância que o usuário esteja envolvido em todas as etapas do tratamento da TB e que a equipe promova essa participação, esclarecendo as informações em linguagem acessível (SOUZA, 2008). Arcêncio (2006, p.16), referindo-se aos novos rumos que a doença vem tomando, declara que “o paciente de posse dos medicamentos passa a ser o principal responsável pelo seu tratamento”. Embora este autor tenha apontado que o mais importante nesse processo é o paciente, ressalta-se a necessidade de uma responsabilidade compartilhada. Neste sentido, o próximo depoimento retrata situações em que há essa responsabilização do paciente frente ao seu tratamento bem como evidencia a falta de comprometimento das equipes:

A gente orienta as equipes de saúde para quinzenalmente estar entregando as medicações. Se os pacientes forem resistentes a enfermeira ou o agente vai na casa algumas vezes pela manhã, para fazer aquela medicação em casa e observar realmente o paciente tomando, né? Mas quando é um paciente mais consciente da doença, menos resistente, que a gente confia nele, então ele que vai fazendo isso sozinho em casa. (G4/M1)

Logo, o sucesso do tratamento implica no compromisso da equipe de saúde, demanda supervisão periódica da ingestão do medicamento e realização de exames de controle, necessita de consultas de retorno, avaliação social etc. (MUNIZ et al., 2005). Para tal fim, é preciso haver supervisão da ingestão dos medicamentos, na unidade ou na residência, certificando-se que o doente da TB os tome em doses diárias, onde esse acompanhamento deve ser realizado no local de preferência do doente por algum membro da equipe de saúde e/ou alguma pessoa da família devidamente instruída para essa atividade (BRASIL, 2002). Infelizmente, durante leitura minuciosa das entrevistas, percebeu-se que somente um gestor demonstra preocupação em relação a isso:

Uma coisa que eu sempre cobro é para ninguém entregar a medicação para o mês todo, que ali, a pessoa entregando já tá supervisionando. O paciente vai hoje, pega a medicação, toma e leva a do dia seguinte. Mas aí no outro dia vai ter que estar lá na Unidade de novo. Então tem como controlar. Quando é para o fim de semana, na sexta dá a medicação para o sábado e para o domingo. Mas, a gente sabe que tem colegas nossos aqui que, por mais que você cobre, não faz isso sabe? (G1/M1)

Refletindo acerca do tratamento supervisionado (TS), Arcêncio (2006) enfatiza que este pode ser entendido como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, que visa promover um ambiente propício para as ações de controle da TB, na busca de “sanar problemas relacionados à organização dos serviços”.

Quanto ao significado do TS, é mencionado na obra de Terra e Bertolozzi (2008, p. 3) que este se refere a “ver, controlar e observar a ingestão da medicação”, no intuito de garantir a adesão terapêutica. Com isso, acredita-se que é possível cessar a cadeia de transmissão, impedir que haja erros no tratamento onde, respectivamente, será feito também o acompanhamento dos comunicantes. É visto, sobretudo, que por meio do TS, há a oportunidade de reorganizar as práticas e a rotina das equipes de saúde, permitindo que “todos falem a mesma língua”, na tentativa de atingir o objetivo primordial, que é a obtenção da cura.

É de suma importância enfatizar que o Brasil foi o precursor, no mundo, no que concerne ao emprego do tratamento de curta duração para TB, antecipando-se em mais de uma década à recomendação da OMS. Dessa forma, acarretou grandes transformações não apenas no modelo terapêutico, mas também nos aspectos da estratégia de controle da TB, a inserindo de maneira definitiva nas ações básicas de saúde, gerando assim uma reorganização do serviço, o que possibilitou a simplificação do tratamento e, por conseguinte, viabilizou a ampliação da cobertura populacional do programa (NATAL et al., 2008).

No tocante à implantação do DOTS na Paraíba, sabe-se que esta se deu no início de 1999 (SÁ et al, 2005) e, desde então, a busca pela reorganização das práticas é constante, sobretudo na tentativa de solucionar os problemas inerentes ao controle da tuberculose nos municípios estudados. Por essa razão, é imprescindível reconhecer que um dos pilares do DOTS é exatamente a implementação de um sistema de gestão que possa prover os medicamentos necessários para o tratamento da TB de maneira dinâmica, o que é essencial para controlar esta enfermidade e, disponibilizá-los gratuitamente a todos os portadores (WHO, 2006). Contudo é preciso relatar que o próprio DOTS reduz o gestor a essa questão tão limitada.

Santos (2009) em sua pesquisa aponta que o DOTS foi introduzido em alguns municípios do estado de São Paulo sem que os gestores e os profissionais compreendessem a estratégia como um meio de conter a doença. Os discursos nesse estudo revelam uma percepção limitada da estratégia apenas ao DOT/TS, vista como a simples ingestão do medicamento sob a supervisão de um profissional da equipe de saúde (SANTOS, 2009). De acordo com Monroe (2007) o DOTS “caracteriza-se pela observação e monitoração da administração dos medicamentos, mas não deve ser concebida apenas como tal”. Desse modo, quando questionados sobre a existência de dificuldades para trabalhar com a TB, foi possível observar que os gestores deixam claro a falta de preparo profissional em relação ao DOTS:

Uma colocação que quero fazer é a questão dos profissionais ainda não terem uma capacitação propriamente dita em relação ao DOTS, então assim, deixa muito a desejar. (G3/M1)

A dificuldade em trabalhar com TB, assim, na verdade a gente ainda tá engatinhando em relação ao DOTS. Agora é que a gente tá organizando para ver se capacita as equipes no DOTS, sabe? (G4/M1)

É necessário destacar que o papel do gestor torna-se quase impossível quando se trata em operacionalizar o DOTS de modo efetivo, uma vez que esse profissional não possui uma equipe devidamente capacitada para tal fim.

Em relação a dar sustentabilidade ao DOTS, Monroe et al. (2007) e Santos-Filho (2006) relatam que o problema da TB na sociedade brasileira ainda encontra grandes obstáculos, considerando a carência de capacitação dos atores que operacionalizam as ações de controle, representando enorme desafio para os coordenadores dos programas direcionados

à TB. Ainda, este desafio torna-se mais intenso frente à complexidade da doença e às particularidades da organização dos serviços. Soma-se o fato de que os coordenadores dos PCTs locais abarcam mais responsabilidades sem sequer obter apoio político e financeiro que possa fornecer subsídios para que este consiga gerenciar as ações indicadas pela estratégia DOTS (SANTOS, 2009).

Para Monroe et al. (2007) o coordenador do PCT é responsável por organizar a rede laboratorial, dar apoio na detecção dos casos de TB, garantir o fornecimento permanente dos medicamentos padronizados, acompanhar os resultados do tratamento, promover um sistema eficaz de registro e notificação de casos bem como capacitar, supervisionar e gerenciar, constantemente, as equipes de saúde que colocam em prática as ações de prevenção da doença.

Na intenção de expandir o DOTS, os serviços e os profissionais de saúde de organizações governamentais e não governamentais devem estar adequadamente preparados e integrados ao PNCT (VÉRON et al., 2004). Dessa forma, com o escopo de promover melhor desempenho das equipes de saúde no manejo dos casos de TB, os serviços devem ser organizados e ajustados às especificidades hierárquicas do sistema de saúde, viabilizando o trânsito do usuário pelos diferentes níveis de atenção (NÓBREGA, 2007). Percebe-se que a obtenção do sucesso terapêutico vai além da eficácia farmacológica, pois existem grandes dificuldades inerentes ao paciente, ao tratamento empregado e à operacionalização do cuidado nos serviços de saúde (SÁ et al., 2007).

Perante essa realidade, Monroe (2007, p. 57) fazendo alusão a Mendes (2002), conclui que é preciso ver o DOTS como “uma estratégia para o controle da TB que possui dimensões políticas, gerenciais e técnicas inseridas no sistema de saúde”. Frente ao exposto, a coordenação deve envolver diversos setores, atores e redes de apoio social no intuito de levar uma assistência digna e de qualidade aos portadores desta doença que ainda é tão negligenciada pela sociedade.

Entretanto, *para que haja o possível envolvimento e compromisso dos diversos setores, isto é, para que haja a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, a mobilização social torna-se imperativa*⁴, os atores sociais devem ser colocados como elementos-chave na

⁴ Palavras proferidas pelo Dr. Antônio Ruffino-Netto durante a cerimônia de abertura da I Jornada Nordestina de Tuberculose: desafios do controle e assistência no SUS, realizada na cidade de João Pessoa – PB, no período de 01 a 03 de outubro de 2008.

integração e efetiva implantação das ações de controle da TB, permitindo assim a tomada de decisões políticas coerentes às necessidades da população.

Perante as discussões trazidas nas categorias 1 e 2, observa-se nos municípios estudados que não existem evidências de planejamento criativo. Os atos gerenciais ancoram-se em um discurso normativo (importante, mas não fundante), moldam-se no ente federado, isentando o processo de gestão de um planejamento mais situacional/estratégico. Os modos de apropriação e o padrão de atuação fundamentam-se em um discurso protegido pela racionalidade técnica/operacional e de propostas de intervenção decorrentes exclusivamente do desenho de um certo “deve-ser”, sem antes compreender com profundidade o que acontece na realidade.

CATEGORIA 3: Luz, câmera, tuberculose: profissionais protagonistas, fragilidades coadjuvantes ou vice-versa?

A ABS, enquanto ponto de atenção estratégico tem grande relevância para o sistema de saúde, pois é a partir e em função dela que os outros focos de atenção devem ser elaborados e organizados. Investir em ações nesse âmbito significa trazer resolubilidade e qualidade na prestação dos serviços de saúde, porém isto requer integração e competência do sistema, com fins de proporcionar assistência adequada no que diz respeito à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (MENDES, 2002).

Baseando-se na proposta da ABS, a gestão em saúde concebe-se como o ponto norteador dos processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, que deve desenvolver ações de planejamento, organização, gerenciamento e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais, aplicados para produzir os serviços de saúde (PAIM, 2003).

O processo de incorporação das ações de controle da TB vem ocorrendo de forma gradual e diversificada na ABS, sendo que algumas ações tendem a permanecer centralizadas nos PCT com modelo de organização vertical (VILLA et al., 2006b), uma vez que a TB acaba sendo encarada como uma doença que demanda ações pontuais relacionadas às “práticas programáticas”, configurando uma falta de continuidade das atividades de controle e prevenção, não incorporando mudanças na forma de trabalho da equipe (SHIMIZU; ROSALES, 2009). Essas características tendem a permanecer, pois ação dos

gestores, contrariando a perspectiva da integralidade em saúde, tende a reforçar um modelo de organização estanque e desarticulado do conceito ampliado de saúde.

Em relação à inclusão das ações de controle da TB na ABS, Monroe et al. (2008), em pesquisa realizada no estado de São Paulo, identificaram como principais obstáculos, o despreparo dos profissionais, a deficiência de recursos humanos e a visão centralizada e fragmentada da organização dessas ações nos serviços de saúde. Acresce-se a falta de envolvimento dos gestores, fator que compromete o gerenciamento das ações. Porém, é visto que a superação de tais deficiências pelos gestores não é tarefa fácil, pois exige das organizações processo contínuo de adaptação, que implica em flexibilidade e capacidade de aprendizagem contínua (GARVIN, 2002).

Assim, as organizações que alcançam este objetivo, isto é, ser capaz de valorizar a educação permanente, destacam-se por terem a capacidade de dar resolubilidade aos problemas de maneira sistemática, de conhecer novas abordagens, aprendendo a partir das próprias vivências e das experiências e práticas alheias e, assim, transferem eficazmente e em tempo hábil os conhecimentos por toda organização. Dessa maneira, obterão resultados positivos mediante a criação de sistemas e processos respaldados frente à integração das atividades nas ações cotidianas (SHINYASHIKI; TREVISAN; MENDES, 2003).

É nesse cenário, organizado e permanentemente capacitado, que o atendimento ao portador de TB deveria estar inserido, pois conforme a OMS (2003) este implica lidar com uma doença cuja complexidade requer desenvoltura dos atores da ABS, já que este usuário precisa de um atendimento diferenciado, que abranja aspectos sociais, econômicos e culturais do doente. Por também ser considerada uma condição crônica, cujo aspecto modifica-se a partir dos diferentes cenários, o manejo e o controle da TB demanda estratégias que carecem adaptação do profissional a cada situação que se depara (SANTOS, 2009).

Desse modo, a fim de conhecer quais os atores envolvidos no controle da tuberculose de cada município, foi dada essa questão aos gestores e, como esperado, as narrativas revelaram-se coerentes:

O médico, o enfermeiro - que é o cabeça-chefe -, os agentes comunitários de saúde e o técnico de enfermagem certo? (G1/M1)

Os médicos, os enfermeiros, os agentes de saúde, o pessoal do laboratório. É basicamente essas pessoas que tão muito envolvidas. (G3/M1)

A própria equipe de saúde da família. Os médicos e os enfermeiros, né? (G6/M2)

Os atores são o agente comunitário de saúde, a equipe toda, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, todos estão envolvidos viu? (G7/M2)

É percebida a presença de um discurso repetitivo, que não demonstra um olhar direcionado à TB, mas sim o senso comum das pessoas, onde esses profissionais citados podem ser vistos como protagonistas das equipes de saúde da família, prestando cuidado a todas as enfermidades que fazem parte da rotina de trabalho. Surgem então alguns questionamentos: Essa equipe multiprofissional contempla ações interdisciplinares? Será que não há sobrecarga de uns e outros ficam de fora do atendimento ao portador de TB?

Na realidade, o acompanhamento dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro e do médico, é de extrema relevância no tratamento e reabilitação do doente de TB, pois a supervisão desse paciente por toda a equipe é fundamental, à medida que todos os profissionais devem entender seu papel como peça contribuinte na reinserção do mesmo à sociedade. Portanto, o envolvimento no atendimento ao portador de TB deve ser multiprofissional, onde este requer profissionais que atuem de maneira simultânea, a fim de proporcionar assistência integral ao paciente (BERTAZONE; GIR; HAYASHIDA, 2005).

Destaca-se que, para assistir um usuário diagnosticado com TB, é relevante ter uma equipe de saúde articulada com a gestão, que trabalhe em consonância com as diretrizes do SUS, onde ambos tenham comprometimento ético e político, reconhecendo seu papel como promotores de saúde. Porém, foi observado que a maioria dos profissionais não fala que o trabalho seja feito em parceria com a gestão, onde somente dois gestores relataram essa ação em conjunto no cotidiano do combate à TB:

O trabalho aqui é de toda a equipe de saúde da família junto aos gestores do município. (G8/M2)

Olha, os envolvidos com as ações são as coordenações de atenção básica, de tuberculose é claro, a de epidemiologia, todas essas trabalham muito em conjunto com as equipes de saúde da família. (G4/M1)

Segundo Monroe (2007) a prioridade dada à TB na agenda municipal de saúde, a competência da gestão do PCT, a qualificação adequada e o envolvimento das equipes de saúde que lidam com a TB, são caminhos almejados para a obtenção do sucesso no controle

da enfermidade, a fim de que sejam alcançadas as metas pactuadas no âmbito nacional e internacional.

Todavia, a ausência da qualificação dos profissionais de saúde para o manejo da TB, aliada às lacunas em sua formação suscita uma visão distorcida do processo saúde-doença. Assim, se faz mister uma visão estratégica que vá além dos muros da instituição de saúde, que considere as necessidades individuais e coletivas, trazendo consigo a co-responsabilização diante do tratamento (SÁ et al., 2007).

É indispensável então buscar um novo perfil profissional, no entanto, se a formação não for modificada desde a instituição formadora, não haverá transformações no cotidiano das práticas, pois a realidade do SUS transcende as questões gerenciais, colocando os recursos humanos como tema prioritário na agenda atual de saúde (MENDES, 2002).

Em pesquisa realizada por Gonzales et al. (2008) foi assinalada como séria fragilidade a dificuldade de encontrar indivíduos qualificados não apenas em relação às habilidades técnicas e gerenciais, mas, sobretudo no que tange à capacidade interpessoal e suporte emocional para lidar com as adversidades da realidade do doente e de sua família no contexto domiciliar. Os autores acreditam que a precariedade na qualificação dos recursos humanos reflete absolutamente no arranjo dos serviços e no desempenho das equipes de saúde, impedindo o reconhecimento dos problemas a serem enfrentados no processo de assistência aos doentes de TB.

Convém ressaltar que capacitar é habilitar alguém para o cumprimento de uma determinada função, é qualificar essa pessoa para exercer um trabalho. O valor da capacitação está justamente em permitir o acesso a informações e conhecimentos, fornecendo assim subsídios para o exercício do seu papel como profissional. É relevante trabalhar todas as aptidões, onde a pessoa deverá ser estimulada a exercitar suas competências básicas, isto é, sua comunicação, os relacionamentos interpessoais e sua capacidade de participar do trabalho em equipe (SENA, 2007).

A necessidade de capacitação procede da esperança em aperfeiçoar o cuidado ao paciente com TB, tendo em vista que esta atitude pode ser uma importante ferramenta na adesão ao tratamento, na medida em que suscita aquisições de informações e aptidões básicas para que o profissional possa atuar diretamente com as comunidades (NÓBREGA, 2007). Considera-se, portanto, que a capacitação é um requisito significativo para a inclusão e a

sustentabilidade das ações de controle de várias doenças no contexto da ABS, especialmente a TB (VILLA et al., 2006).

Os participantes do estudo realizado por Nóbrega (2007) relataram que a capacitação em TB pode colaborar para o enfrentamento dos problemas encontrados no dia-a-dia dos serviços, na medida em que permite a obtenção de conhecimentos acerca da doença e da execução de suas práticas profissionais. Partindo desse pressuposto, os depoimentos expressam a realização de capacitações pelo município a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada aos portadores desta enfermidade:

O município ele oferece condições de trabalho pra gente, sabe? Então qualquer ação que a gente quer desenvolver, qualquer trabalho, como por exemplo, a capacitação, a educação continuada, a administração sempre está disposta a nos atender. Os profissionais são sempre capacitados, inclusive em tuberculose. (G4/M1)

Nós realizamos capacitação não só para TB como também para a Hanseníase, mas a tuberculose foi uma prioridade. (G2/M1)

Contrariando as falas acima, discursos de uma pesquisa realizada no mesmo município do presente estudo, revelam que os profissionais que trabalham nas unidades de saúde deixam claro a ausência de investimento no profissional, enfatizando que “*em termos de Tuberculose ninguém aqui recebeu capacitação*” (SILVA, 2009, p. 43).

Por conseguinte, alguns dos gestores afirmaram que, na verdade, o município ainda não estaria habilitado para colocar em prática o DOTS em sua plenitude, gerando assim controvérsias frente à qualidade das ações que provavelmente estariam sendo desenvolvidas para os usuários das equipes de saúde da família no que tange ao controle da doença:

Na realidade os profissionais ainda não tiveram uma capacitação propriamente dita em relação ao DOTS e isso deixa muito a desejar, é uma grande dificuldade daqui (G3/M1).

O pessoal que tava anteriormente foi treinado sabe, a gente tem tentado, mas a gente vê que nem todo mundo tá 100% capacitado para tratar da doença. (G5/M1)

As declarações trazem à tona a ausência de articulação entre os atores/gestores do mesmo município. Uns tentam mascarar a realidade, ocultar a situação, já outros expõem as

dificuldades e apresentam as reais condições. Isso leva o leitor a pensar que algo está errado, distorcido, suscitando indagações do tipo: Há veracidade nos fatos? Por que alguns fazem questão de não expor a realidade? Seria por falta de conhecimento a respeito da TB na conjuntura municipal? Eis algumas reflexões que ficam sem respostas.

Cabe nesse momento mencionar que, conforme Santos (2009), apesar da qualificação dos profissionais para trabalhar no âmbito da ABS constituir-se em um dos compromissos que devem ser assumidos pelos municípios, verifica-se que a TB não representa prioridade e, dessa forma, não há como assegurar a presença de pessoas para atuarem efetivamente no controle da doença.

Frente ao exposto, Santos-Filho (2006) enfatiza a necessidade de fortalecer a capacidade de gestão por meio de uma política de Recursos Humanos (RH) que invista em recursos materiais, equipamentos e incentivos aos doentes bem como na sensibilização das equipes de saúde sobre a importância da implementação do DOTS. Entretanto, atualmente a política de RH enfrenta alguns entraves impostos pelo modelo capitalista brasileiro, o que representa sérios desafios para a gestão das políticas de saúde. A insuficiência de RH, assim como sua má distribuição no âmbito da saúde, colabora para que a assistência torne-se precária e de qualidade questionável (MENDES; MARZIALE, 2006).

Frequentemente são verificadas deficiências de gestão no cerne das múltiplas questões associadas com a saúde nas organizações públicas e privadas, o que ilustra grande parte dos problemas de saúde existentes. Constata-se que há ausência de conhecimento sobre os temas de gestão, uma séria incapacidade de instituir serviços de alto padrão de qualidade, um enorme desperdício de recursos etc. (CARVALHO, 2004).

Assim, observa-se o relevante papel do coordenador como integrador e co-responsável entre os pontos de atenção, no que diz respeito à promoção da qualidade da assistência por meio do treinamento adequado dos profissionais, assegurando a formação de equipes com habilidades indispensáveis para o desempenho eficiente do manejo da doença (OMS, 2003).

No que concerne ao Coordenador do PCT enquanto gestor, este é responsável por uma série de ações gerenciais que acabam por abranger outros programas de saúde. Por essa razão, é fato que há uma diminuição no comprometimento e na disponibilidade de articulação do mesmo com a equipe de saúde, o que é essencial para o gerenciamento das ações de controle da TB (GONZALES et al., 2008). Nesse contexto, discursos revelam o acúmulo de

função em ambos os municípios investigados, evidenciando uma grave fragilidade no protagonismo das ações do PCT:

O ruim é a questão de ser uma coordenadora só para fazer tudo de dois programas. A principal dificuldade é que você acaba não tendo o olhar diferenciado para a patologia propriamente dita, né? Não se pode ter um programa com uma pessoa que tá coordenando outros programas. Acho que um programa do tipo da tuberculose, ele tem que ter uma pessoa específica para dar mais prioridade as ações de controle. (G3/M1)

Fica difícil fazer as coisas quando você está atuando em duas coordenações sabe? Na verdade não faz muito tempo que estou nas duas, mas isso prejudica demais o meu trabalho. To esperando eles contratarem outra pessoa. (G6/M2)

A partir do conteúdo das falas, emergem algumas reflexões: Como um profissional, que supostamente é cobrado para exercer um trabalho de excelência, pode desempenhar seu papel de gestor da saúde abarcando duas funções? Como este pode obter êxito nas ações e medidas sem ao menos ter tempo para avaliar as prioridades? Assim, fica complicado avaliar o exercício de um trabalho que não oferece boas condições para o trabalhador.

Outra debilidade identificada no cenário da ABS nos dois municípios pesquisados foi a rotatividade dos profissionais, tanto das equipes de saúde da família como também dos próprios gestores, o que determina ruptura na rotina dos serviços, dificultando e impedindo a continuidade de estratégias implementadas:

O município muda de profissional como quem troca de roupa. (G1/M1)

A mudança de gestores no município é uma grande dificuldade, porque dificulta bastante o andamento do serviço, né? Depois que eu cheguei aqui já mudou três vezes de secretário de saúde e isso contribui muito para que a coisa não ande como deveria andar. (G3/M1)

A gente sabe que a equipe é fundamental para que o paciente aceite e termine o tratamento, mas o problema é que no PSF existe uma rotatividade muito grande de profissionais. (G4/M1)

Não só no nosso município, na verdade acho que é a realidade nacional, há uma grande rotatividade. A partir do momento que você investiu naquele profissional, você treinou, capacitou e o perde, é uma perda para o município, uma perda para os usuários que já estavam sendo acompanhados por ele. (G7/M2)

A grande dificuldade que nós temos em relação aos recursos humanos é devido à rotatividade, devido ao perfil também sabe. Isso dificulta o andamento do trabalho. (G8/M2)

Os discursos supracitados revelam, mesmo que de maneira intrínseca, um fato bastante comum nos pequenos municípios do Brasil, a questão da indicação política. Os profissionais ficam numa verdadeira “corda bamba” e, sua permanência no cargo depende da influência política e não de sua competência e qualificação. Isso retrata a mais pura realidade da politicagem e da troca de interesses por parte dos governantes.

Enfatiza-se que a política de Recursos Humanos (RH) se depara com diversos empecilhos, sobretudo no que diz respeito aos compromissos político-partidários assumidos a cada mudança de gestor (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007). Acresce-se que as políticas de RH têm sido negligenciadas, ampliando assim a precarização do trabalho no setor saúde. (JORGE et al. 2007)

Em pesquisa realizada no estado de São Paulo “a falta e a rotatividade dos profissionais foram identificadas como obstáculos para a organização da atenção à TB nos municípios” (MONROE, 2007, p.111). A rotatividade de pessoal acaba interferindo na resolutividade dos serviços da ABS, pois impede a manutenção de equipes qualificadas, sensibilizadas e prontas para prestar uma assistência efetiva aos doentes (MONROE et al., 2008). Acresce-se como atributo primordial a responsabilidade dos municípios em garantir RH suficientes, qualificados e mantê-los estáveis para exercerem seu papel frente ao desafio que é controlar a TB nos sistemas de saúde.

Porém, os limites impostos pela crise orçamentária dos municípios obstaculizam a gestão dos serviços, limitando a sua capacidade de despesa, dificultando a contratação de pessoal por meio de concursos e, fazendo com que a realidade de RH despreparados e escassos permaneça como uma rotina dos serviços (MARQUES E MENDES, 2003; PAIM E TEIXEIRA, 2006). Assim, esta situação estimula a alocação de RH por meio de contratos provisórios, sem vínculos, fortalecendo a rotatividade de pessoal (MONROE et al., 2008).

É partindo desse princípio que ocorre o aumento da precarização do trabalho em saúde, especialmente no PSF, onde este geralmente se caracteriza por vínculos inadequados, contratação informal em caráter temporário. Além disso, existem outras formas irregulares de inserção no serviço público como a terceirização via cooperativas, bolsas de trabalho, estágio remunerado etc. (GIL, 2006; JORGE et al., 2007).

As formas inadequadas de contratação dos RH acabam induzindo a rotatividade de pessoal, colaborando para a ausência de vínculo e, conseqüente falta de compromisso por parte do profissional. Toda esta crise que permeia a política de RH remete a reflexão da complexidade que é lidar com a TB e da necessidade de pessoas com perfil adequado para lidar com a doença (SANTOS, 2009).

Em estudo realizado por André (2006) foi citado que a ausência de perfil incorporada às dificuldades de infra-estrutura induzem a um desgaste emocional tanto daqueles que estão diretamente envolvidos com o processo de cuidado, como dos gestores que tentam subsidiar o trabalho das equipes. No próximo depoimento é expressa a indignação do gestor frente à falta de perfil e a ausência de compromisso ético dos profissionais das equipes de saúde da família:

Ocorre muito a falta de profissionalismo, de perfil, sabe? Existem profissionais que dizem na nossa cara que não quer tratar a TB porque tem medo da doença. Isso é uma coisa absurda, atrapalha o serviço. Que tipo de profissionais são esses? (G8/M2)

A narrativa, em suas entrelinhas, induz a pensar no quão o ensino superior ainda é deficitário, o quanto os profissionais da saúde ainda precisam aprofundar seus conhecimentos e práticas. Talvez esse “medo manifesto” seja por ausência de domínio teórico-prático em relação à enfermidade, resultante da formação acadêmica que não prepara para a realidade dos serviços de saúde brasileiros.

Assim, como realizar um trabalho eficaz no sentido de garantir a integralidade do cuidado aos pacientes com TB, se os próprios prestadores da assistência não demonstram preparo e compromisso ético com a profissão que escolheram? O difícil é dissolver as barreiras que extrapolam a questão da formação, a subjetividade das crenças e valores que o profissional traz consigo, arraigados de preconceitos que fazem parte de uma sociedade repleta de estigmas e hipocrisia.

O que realmente poderia melhorar essa dificuldade, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) seria criar um sistema de gestão que, ao mesmo tempo, apresente propostas de mudança nas práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade com os usuários. Dessa maneira, haveria a possibilidade que, no cotidiano das relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado, o aprender e o ensinar contínuo fossem contemplados, gerando assim profissionais para a área da saúde qualificados, sobretudo para desempenhar seu papel no SUS.

A respeito da formação, os autores ainda comentam que esta não deve assumir como referência somente a ênfase no diagnóstico, cuidado, tratamento, etiologia e prevenção dos agravos. Tem por obrigação abranger aspectos que suscitem a produção de subjetividade, que provoquem o aperfeiçoamento das habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Conseqüentemente, a proposta seria transformar as práticas e a organização do trabalho, promover capacidade de acolher e cuidar das diversas necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Rezende (2006, p. 95) faz algumas reflexões significativas acerca do processo de formação dos trabalhadores em saúde, questionando se esse pode possibilitar que a prática da gestão em saúde seja efetivamente concretizada, isto é, se a gerência:

[...] está sendo constituída como uma ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde, no sentido da produção de cuidados de saúde, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades administrativas?

Afinal, qual o sentido dessas indagações para a gestão? É preciso saber que, o processo de trabalho da gestão requer do gestor autonomia, conhecimento, criatividade e *inteligência emocional*⁵, pois sua função abarca uma série de atividades que interagem com pessoas, no sentido de delegar ações, de organizar os serviços a fim de atender a comunidade, fazendo com que estes sejam resolutivos, de angariar recursos e, ainda, possui, obrigatoriamente, tarefas burocráticas, que só ele pode realizar. Devemos considerar que, durante a formação acadêmica, a maioria dos gestores do âmbito da saúde, não foram preparados para desempenhar um papel de líder. E mais, grande parte deles não possui perfil para estar, sequer, no cargo. O interessante é que os participantes desse estudo elucidaram sobre a falta de perfil dos profissionais das unidades de saúde, mas, será que eles - os gestores- têm aptidões para gerenciar, coordenar? A dúvida permanece.

Salientando a importância dos processos de reorientação da formação profissional em saúde no contexto do cuidado ao doente de TB, para que haja uma assistência humanizada e integral a estes pacientes, espera-se que os profissionais estejam qualificados para atender a todas as questões psicossocioculturais que envolvem a doença, superando os fatores puramente fisiopatológicos e compreendendo de fato os seus determinantes (SILVA, 2009).

⁵ Inteligência é a capacidade de resolver problemas, enfrentar desafios ou criar produtos valiosos. Nesse sentido, a inteligência emocional representa essa capacidade, na medida em que surge da complexa interação de pessoas e relacionamentos, cultura e funções, dentro de uma organização (GOLEMAN, 1999).

Nesse contexto, analisando especificamente as ações direcionadas ao controle da TB, para que estas consigam promover impacto no quadro sanitário em nível municipal, primordialmente deve-se superar o paradigma fragmentado vigente e organizar o sistema de saúde de modo a propiciar uma atenção qualificada às condições crônicas (MONROE, 2007).

Portanto, a atenção básica como cenário de atuação para aqueles que desempenham as ações do controle da TB é repleta de controvérsias e de dificuldades que potencializam as fragilidades já existentes. Ao observar o desempenho dos atores/gestores visualiza-se desarticulação do serviço, muitas vezes ausência de conhecimento do verdadeiro *script* de atuação, falta de perfil para entrar em cena e, sobretudo, equipes de saúde figurantes, ou seja, descomprometidas e desqualificadas para viver o papel de protagonista no combate a esse agravo. O gestor deve, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, promover processos de qualificação centrados na Educação Permanente em Saúde que ofereça ao trabalhador de saúde condições, em termos praxistas, de refletir sobre sua prática e transformá-la em função das necessidades dos cidadãos que buscam os serviços de saúde.

A efetividade e sustentabilidade das ações de luta contra a TB exigem, indispensavelmente, a criação de um novo palco e efetiva inclusão de novos atores

CATEGORIA 4: A gestão de mãos atadas frente à realidade social dos usuários do serviço

A TB é, indiscutivelmente, um mal social grave e constante na sociedade, necessitando de um olhar abrangente e sensível dos profissionais da saúde. Frente a essa questão, alguns dos entrevistados elucidaram sua compreensão acerca da temática como problema de saúde pública:

Tuberculose é fome, é a falta de compromisso com a sociedade, de modo geral, ela surpreende, ainda, com o número de óbitos acontecidos nesse país. (G2/M1)

É um problema de saúde pública, né? Um problema que pode ser controlado, mas que está associado a fatores culturais, fatores sociais também. É uma doença que pode acometer toda uma população, mas que tem cura. (G4/M1)

Uma doença de épocas antigas, mas que nunca deixou de estar presente. Doença de preocupação de saúde pública, né? O difícil é porque os portadores, eles têm uma certa dificuldade em procurar o serviço, aí isso dificulta o trabalho dos profissionais. (G 6/M2)

Observa-se nas falas associação entre a permanência da TB e determinantes socioeconômicos. Ressalta-se que atitudes políticas descomprometidas com as reais condições da sociedade favorecem o adoecimento da população e fragilizam o desempenho do trabalho em saúde.

Legitimando-a como problema global de saúde pública, a manutenção da TB no quadro sanitário mundial está intimamente ligada às condições de miséria, como a desnutrição, a superpopulação, a moradia insalubre e ao cuidado inadequado de saúde (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004). Não obstante ao intenso empenho de diversas áreas da saúde para erradicação da TB nos últimos anos, esta continua afligindo a população como uma importante causa de morbimortalidade, particularmente nos países economicamente subdesenvolvidos (BLANC; MARTINEZ, 2006).

Assim, imbuídos de indignação, alguns dos sujeitos do estudo expuseram sua opinião acerca da situação social dos portadores de TB, o que contribui para a presença constante desta enfermidade:

Quem tem a TB é o pobre, é aquele que passa fome mesmo, é o sem sandália, é o descamisado, é este que sofre com essa doença de séculos, né? Como o governo não enxerga isso? Porque a maioria que tem TB é pobre, e é por conta da falta de emprego, da falta de uma boa alimentação, de uma sociedade digna. (G2/M1)

Eu me revolto sabe? É uma doença que não deveria mais existir no nosso Brasil, porque o governo faz a parte dele, tá investindo pesado nessa área, mas por que ainda existe, né? É revoltante isso, ver que existe cura, mas a pobreza não deixa ela acabar. Eu vejo um país tão rico como o Brasil e hoje ainda tem gente que morre de tuberculose, é um absurdo! Existe profissional à disposição, tratamento grátis, é falta de quê, né? De educação mesmo, de orientação, porque a partir do momento que você é educado, você vai saber como se prevenir da doença, vai ser mais consciente. Na verdade pobreza é revoltante. Nunca conheci, nunca vi um rico morrendo de tuberculose. (G7/M2)

Sendo assim, para Costa Neto (2004) a correlação existente entre TB e pobreza é inquestionável, no entanto essa enfermidade possui estreita relação não somente com a pobreza, mas também com os indicadores de status sócio-econômicos, tais como aglomerados e o desemprego (VENDRAMINI et al., 2007).

Corroborando com o exposto, Ruffino-Netto (2002) acrescenta que a má distribuição de renda contribuiu significativamente para que a TB se fizesse presente na atual conjuntura. A persistência dessa doença é fruto da precariedade dos serviços e da ausência de capacitação

dos profissionais, que insistem em não enxergá-la como problema de saúde pública, deixando de compreender a dimensão negativa que esta pode trazer à saúde da população (ARCÊNCIO, 2006).

Além disso, a existência de concepções limitadas justifica-se pela própria história da TB, onde existiam dúvidas se esta era mesmo uma doença social e a preocupação era descobrir a melhor maneira de combatê-la e não de preveni-la (GONÇALVES, 2000). Entretanto, mesmo estando em meio a uma atuação que abarca fatores que ultrapassam os sintomas desta enfermidade, foi percebida a presença de uma visão restrita, clínica e hospitalocêntrica da TB:

Pacientes acometidos pela doença, tossindo, com bastante tosse, com febre, perda de peso, que precisa de tratamento, deixa eu ver aqui... uma palavra só ou no geral? Acho que seria isso aí mesmo. (G5/M1)

É preocupante ouvir de um profissional de saúde, que exerce função de líder e ao mesmo tempo de mediador de ações diretamente ligadas ao cuidado, palavras tão resumidas e que desconsideram um dos eixos principais da saúde coletiva, que é a visão integral do ser humano, que deve abranger não somente o olhar a doença e sim conhecer os fatores que podem determinar o surgimento desta.

Dessa forma, trabalhar as questões relacionadas à gerência das ações de controle da TB, implica, basicamente, em interpretar os sentidos e significados que os coordenadores dão a este fenômeno (SANTOS, 2009). É preciso entender que a TB está para além do bacilo de Koch, de exames diagnósticos e do tratamento supervisionado, pois ela transcende os fatores tradicionais da saúde coletiva bem como os de relação interpessoal, retrata questões sociais de uma população negligenciada e, seu controle, isto é, o êxito das ações implementadas, está diretamente ligado às atitudes e decisões dos gestores políticos em todos os níveis de governo (LIMA, 2008).

Para que haja atitudes condizentes às reais necessidades dos portadores da TB, deve-se, primeiramente, haver uma mobilização das estruturas e do conhecimento disponíveis nesse campo, a serem executados como parte das ações governamentais que têm o intuito de recuperar, socialmente, a população brasileira (TEIXEIRA, 2002).

Contudo, sabe-se da existência de medidas para a prevenção e controle, estratégias inovadoras e eficazes como, por exemplo, o DOTS, no entanto, mesmo existindo diversos

investimentos por parte do governo, o financiamento e o envolvimento político ainda permanecem deficitários (VENDRAMINI et al., 2007).

Além do mais, um dos maiores obstáculos para o êxito terapêutico, para todos os que trabalham direta ou indiretamente com portadores de TB, é o *abandono*⁶, que geralmente decorre do uso de drogas, sejam elas ilícitas, como a cocaína, a maconha, entre outras, ou sejam aquelas de fácil acesso, como por exemplo o cigarro e a bebida alcoólica. Ademais, outro fator contribuinte para o abandono do tratamento é a miséria, que aflige a maioria da população brasileira, onde os indivíduos têm sequer o que comer.

Nesse contexto, muitas vezes a angústia e a frustração tomam conta daqueles que não conseguem tratar a TB pelo simples fato do doente não ter um emprego digno e dinheiro para comprar alimento, compensando sua fome e sua revolta com o alcoolismo, o tabagismo etc. Diante da magnitude da TB surgem algumas inquietações: Por que os governantes não tomam alguma atitude frente a essa realidade? Por que as pessoas permanecem em meio à pobreza e não são adotadas medidas que minimizem esse fato, fazendo com que a população possa exercer seus direitos como cidadãos?

Para Vendramini (2001) a pobreza por si só contribui decisivamente para a manutenção do quadro da TB, especialmente em cidades mais populosas. Além disso, Gonçalves (2000) expressa que desde o início do século XX, com o surgimento do romantismo, dos boêmios, a TB passou a ser relacionada ao uso de álcool. Cabe ressaltar que o alcoolismo exerce grande influência no prognóstico e tratamento da TB, mesmo porque este, na maioria dos casos, está associado a má qualidade de vida, a má nutrição e, conseqüentemente, a redução da imunidade, o que impossibilitará a cura do doente. Logo, é imperativo que o tratamento da TB seja concomitante ao do alcoolismo, enxergando-os como problemas crônicos e de difícil adesão (ANDRADE; VILLA; PILLON, 2005).

Em contrapartida, ainda há o problema da falta de informação, decorrente da precariedade das escolas públicas, onde grande parte dos indivíduos não têm acesso a educação de boa qualidade, gerando assim uma quantidade absurda de semi-analfabetos e dificultando a promoção da saúde e prevenção das doenças na população, constituindo-se como requisitos para o agravamento da doença e para o abandono do tratamento (VENDRAMINI, 2001).

⁶ Considera-se abandono a situação do paciente que não comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data prevista para o seu retorno ou, nos casos de tratamento supervisionado, após a data da última tomada de medicamentos (BRASIL, 2007a).

Neste sentido, Terra e Bertolozzi (2008, p. 6), questionando o papel do DOTS na adesão ao tratamento, apontam que:

A tuberculose deve ser considerada como enfermidade socialmente determinada e a adesão ao tratamento está associada diretamente à forma como o doente compreende a enfermidade. Portanto, coloca-se como necessário transcender o entendimento da estratégia para além da ingesta da medicação, considerando os modos de vida do indivíduo, sua dinâmica familiar, suas crenças, opiniões e conhecimentos a respeito da enfermidade.

Assim, quando fazemos alusão à carência de entendimento por parte dos pacientes a respeito da gravidade da TB e da importância de seu tratamento, nota-se o quão relevante é o papel esclarecedor e educativo da equipe de saúde, sobretudo da enfermeira, quando realiza a consulta de enfermagem (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004). É mister reconhecer as ações educativas como importantes estratégias para o decréscimo das taxas de abandono, já que a falta de informação ou a apreensão inadequada podem ocasionar atitudes errôneas, interferindo na eficácia do tratamento (CAMPOS, 2003). Em relação a essas atividades, foi referido por um dos gestores:

A gente tem aqui no município a equipe de educação em saúde, que são duas profissionais que trabalham conosco e contribuem muito, com palestras, orientação em relação ao controle da doença. (G3/M1)

Em um estudo realizado por Lima et al. (2001) no estado do Ceará, é assinalado que o nível de escolaridade dos portadores de TB que abandonaram o tratamento é incipiente, prevalecendo o analfabetismo funcional ou total. Paralelamente, os hábitos de vida prejudiciais à saúde, como o fumo, o uso de álcool e drogas ilícitas, foram demonstrados como rotineiros entre os participantes investigados. Além disso, o local onde residiam apresentavam condições precárias, tais como a falta de saneamento básico, há também ausência de lazer e grande número de desemprego, o que compõe um conjunto de problemas de ordem econômica, social, espacial, cultural, evidenciando a total exclusão social que se faz presente na vida dessas pessoas.

Posteriormente Sá et al. (2007), durante pesquisa realizada no município de João Pessoa – PB, identificaram como elementos cruciais para o abandono do tratamento: a falta de informação e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento, o etilismo, o tabagismo e uso de drogas ilícitas, os problemas sócio-econômicos, a intolerância

medicamentosa, a regressão dos sintomas no início da terapêutica, a longa duração do tratamento, a grande quantidade de comprimidos ingeridos etc. Nesta direção, a questão da longa duração é percebida pelo gestor como um agravante no sentido de dar continuidade ao tratamento, como podemos verificar no discurso a seguir:

O ruim é porque o tratamento é demorado e isso atrapalha um pouco a cura do paciente, porque é uma doença que existe certo temor. Aí como o esquema é comprido, o paciente na maioria das vezes não vai até o fim. (G4/M1)

Muitas vezes a demora do tratamento aliada ao analfabetismo funcional da grande maioria da população determina o abandono, dificulta a operacionalização das ações de controle da TB e impede o trabalho do gestor bem como da equipe que presta assistência direta ao doente.

Apropriar-se do tema do abandono é mergulhar numa gama de reflexões, é centrar-se no fato de que o portador que não adere à terapêutica permanece doente e continua sendo fonte de infecção da TB. Do mesmo modo, a irregularidade do tratamento leva à multirresistência aos medicamentos e à conseqüente recidiva da doença, estabelecendo dificuldades ao processo de cura e aumentando a duração e o custo do tratamento (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004).

Como em todos os estudos realizados anteriormente, observou-se que o uso de drogas é confirmado pela maioria dos gestores em seus depoimentos como sendo uma problemática comum aos portadores de TB dos municípios pesquisados, fator que impede o sucesso do tratamento:

A gente encontra dificuldades dos pacientes cumprirem o tratamento, porque muitas vezes são alcoólatras, usuários de drogas, sabe? E muitas vezes eles até iniciam o tratamento e quando tem qualquer melhora acha que tá curado aí voltam a beber novamente, abandonam o tratamento. (G1/M1)

Há um número altíssimo de usuários de drogas, de bebida alcoólica e isso dificulta o tratamento da tuberculose em nosso município. (G2/M1)

O índice de abandono daqui do município é muito alto, porque é um município que tem muito drogado, alcoólatra, além da maioria ser fumante. (G3/M1)

Tem muita gente usuário de droga, que faz uso de álcool, então assim, que não consegue terminar o tratamento. Aqui tá tendo muito abandono, eles fogem da gente, são resistentes sabe? (G4/M1)

Corroborando com as falas dos gestores, Mendes e Fensterseifer (2004) apontam a melhora clínica como questão que gera o abandono. Os autores elucidam que quando os pacientes sentem que os sintomas começam a diminuir eles simplesmente param de tomar a medicação, ocasionando assim falsas esperanças de cura que contribuem para o não prosseguimento do tratamento. Essa questão é mais um empecilho significativo ao alcance do sucesso no tratamento da TB, “pois desperta no doente a ilusão da cura” (SÁ et al., 2007, p. 4).

Gonzales et al. (2008) menciona que existe ainda a recusa por parte do portador de TB durante o TS⁷ no domicílio. Esta não aceitação do tratamento relaciona-se a diversos fatores já relatados em outras obras, como o alcoolismo, o uso de drogas e a quantidade de medicações, no entanto, acresce-se o desinteresse do próprio doente em relação à saúde e provável cura da TB. Convém salientar que a maior parte dos pacientes submetidos ao tratamento, consegue concluí-lo sem apresentar nenhum efeito colateral, entretanto, as reações adversas podem estar associadas à dose, aos horários de administração da medicação, a idade do doente, ao seu estado nutricional, entre outros (BRASIL, 2002).

Villa et al. (2008) acrescentam que vários fatores são incisivos para o resultado negativo do controle da TB em nosso país, como os problemas sócio-econômicos que permeiam a sociedade, a má distribuição de renda, o desemprego, as condições de moradia insalubres, onde estes ainda são agravados pelo alcoolismo, o tabagismo e o uso de drogas ilícitas. O abandono do tratamento aliado aos fatores que retratam a penúria social da população, torna-se um dos principais desafios do atual cenário da luta contra a TB, pois refletem inteiramente no crescimento dos índices de mortalidade, incidência e multidrogarresistência (SÁ et al., 2007).

Frente a essa questão social, acredita-se que o gerenciamento do cuidado dos doentes de TB e da família demanda a incorporação de vários saberes, como a antropologia, a sociologia, entre outros. É essencial somar o conhecimento e as crenças dos sujeitos acerca da doença para o desenvolvimento de ações mais efetivas para o controle da TB (GONZALES et al., 2008). Ademais, Protti (2008) relata que para controlar a TB deve-se valorizar as singularidades dos doentes, reconhecer as condições sociais em que vivem, pois somente

⁷ De acordo com Terra e Bertolozzi (2008) o tratamento supervisionado é concebido como uma boa estratégia para controlar as dificuldades da baixa adesão ao tratamento da tuberculose e investimento para aumentar o percentual de cura e reduzir o número de abandonos.

dessa maneira, enxergando o contexto onde o portador está inserido, é que se pode implementar estratégias de assistência coerentes com sua realidade de vida.

Portanto, na tentativa de discutir a respeito da implementação de estratégias que podem minimizar a precariedade social em que vivem os brasileiros portadores de TB, é preciso (re) pensar a questão da adoção de incentivos para a população como influência decisiva na adesão aos esquemas terapêuticos.

Assim, é interessante destacar que através da implementação da Norma Operacional Básica de 1996, foram criadas as categorias de gestão municipal, possibilitando diversos avanços no processo de descentralização, como é o caso do financiamento *per capita* do sistema, decorrente da implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) para as ações de atenção primária desenvolvidas pelos municípios (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Porém, somente em fevereiro de 1998, o PAB foi efetivamente introduzido, transformando o modelo das transferências dos recursos via faturamento, isto é, por produção, para automáticas, através do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, assegurando o valor *per capita* de, no mínimo, R\$ 10,00. Assim, o MS garantiu as transferências mensais, regulares e automáticas dos recursos aos municípios, reduzindo as desigualdades e possibilitando que cada um exercesse seu papel de administrador do sistema de saúde local (NEGRI, 2002).

A NOB/96 coloca o responsável por unidades ou estabelecimentos em qualquer grau de complexidade, que prestam serviços de saúde, na função de gerência. Desse modo, atribuiu-se o conceito de gestor do SUS aos responsáveis pelo sistema em cada esfera de governo. Enfatiza-se que na 11ª Conferência Nacional de Saúde considerou que os gestores de saúde estaduais, municipais e dos serviços de saúde, deveriam ter como alicerce de sua atuação os processos de planejamento local e o gerenciamento participativo com trabalhadores e usuários, à luz do controle da sociedade seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2005b).

Refletindo acerca das ações direcionadas à TB, principalmente no sentido de dar sustentabilidade ao DOTS, percebe-se que é imprescindível que haja o adequado desempenho das políticas de saúde, com a finalidade de fornecer recursos financeiros, organizar os serviços, aperfeiçoar o gerenciamento do PCT, sensibilizar e capacitar as equipes de saúde, ressaltando que tudo parte do princípio de conscientização da magnitude do problema (RUFFINO-NETTO, 2000).

Com o intuito de subsidiar o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, desde junho de 2001 o volume de recursos transferidos pelo MS para os estados e municípios, passou a ser subdividido em: Recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável); Recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças; Recursos para a Assistência de Média Complexidade e Recursos para a Assistência de Alta Complexidade. Esses deveriam garantir a sustentabilidade da estratégia DOTS (ANDRADE, 2006).

Para Santos (2009) o provável sucesso do DOTS está pautado em cinco pilares e, um deles, é justamente o compromisso político, onde se almeja o desenvolvimento sustentável de tal estratégia. Compreende-se o termo sustentabilidade como a competência em assegurar a continuidade das ações de controle da TB, mediante o fornecimento de subsídios para recursos materiais e humanos. Nesta perspectiva, Palha (2007) diz que o DOTS foi implantado a partir de uma política de incentivos e, dessa forma, essa estratégia seria definida como uma modalidade assistencial induzida, onde o município, para dar continuidade às ações propostas por ela, necessitaria de arrecadar recursos, ou seja, o repasse financeiro estaria condicionado obrigatoriamente a comprovação de resultados positivos, como por exemplo, a reinserção dos indivíduos portadores de TB completamente curados na sociedade. Para tal fim, torna-se imperativo criar novas estratégias para melhorar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, para diagnosticar a doença precocemente, para tratar e conseguir uma adesão eficiente durante o período de tratamento (RUFFINO-NETTO, 2002).

Percebe-se que há necessidade de apoio financeiro e tecnológico das instâncias gestoras estaduais e federais, que, de fato, têm participação na condução do processo de mudança dos modelos e práticas de saúde no nível municipal. Contudo, o provimento de recursos financeiros representa uma dificuldade central para a implementação de ações e serviços de saúde (COPQUE; TRAD, 2005).

Os membros participantes do estudo elucidaram essa dificuldade em seus discursos, evidenciando a precariedade do repasse dos recursos para as ações de TB nos municípios:

Não é como DST/AIDS, que vem recurso direitinho sabe? O que sempre dizem é que para tuberculose não tem dinheiro. As coisas que a gente consegue é através da vigilância epidemiológica, na verdade não é uma verba específica né? O recurso é muito pouco. (G1/M1)

Infelizmente os recursos financeiros ainda são poucos. Se fosse melhor, daria para realizar um trabalho melhor, mais eficaz. Todo gestor tem dificuldade a respeito do recurso. Ele [o recurso] é tão insignificante que não dá para ter uma estrutura

*melhor para o paciente de TB. Isso preocupa, mas a gente vai fazer o quê?
(G2/M1)*

É uma grande dificuldade, não temos recurso financeiro suficiente sabe? (G8/M2)

Segundo Andrade (2006) a baixa capacidade técnica e financeira da grande maioria dos municípios, acaba por impossibilitar a ampliação de determinados serviços, como o da rede laboratorial, bem como da responsabilização crescente quanto à implementação de programas e políticas de saúde. Frente ao exposto, deparando-se com recursos públicos insuficientes, é crucial determinar a melhor maneira de como serão investidos. Deve-se persistir, uma vez que as desigualdades sociais e regionais são gritantes, onde a miséria extrema e a exclusão social devem ser enfrentadas com políticas públicas adequadas (BODSTEIN, 2002).

Tal situação demanda negociações constantes com os gestores municipais de saúde, a fim de que se convertam verbas provenientes do MS para favorecer as ações do PCT (MONROE, 2007). A mesma autora afirma que:

É fundamental que os coordenadores do PCT acompanhem a transferência regular de recursos financeiros repassados ao fundo municipal de saúde para obterem informações do montante destinado à TB, bem como do valor que está sendo aplicado para esse fim. Tais informações instrumentalizam o coordenador para o desenvolvimento de estratégias políticas visando o acesso e adequada alocação desses recursos (MONROE, 2007, p.118-119).

Quando o comprometimento com a TB é legitimado pelo município, não só é possível alocar recursos financeiros, mas também disponibilizar incentivos como cestas-básicas e vales-transporte, com a finalidade de suprir algumas necessidades dos doentes inscritos no Programa (MONROE, 2007). É inferido por Andrade (2006, p. 60) que “no momento em que o gestor apóia a estratégia e libera recursos para sua operacionalização muitos entraves são minimizados”.

Pesquisas revelam que a adesão ao DOTS é facilitada pela doação de incentivos (TERRA; BERTOLOZZI, 2008). No estudo realizado por Mazzei et al. (2003) verificou-se a oferta do auxílio-doença, dado pela Previdência Social a todo indivíduo acometido por TB, independente do pagamento de doze contribuições, desde que o paciente tenha a qualidade de segurado. Já na pesquisa realizada por Cerqueira (2008) evidenciou-se que o PCT do

município de Ribeirão Preto - SP fornece incentivos aos pacientes em tratamento, tais como uma cesta básica mensalmente, um litro de leite por semana e ainda vale-transporte, onde este último é disponibilizado somente aos pacientes que não têm condições financeiras de apresentar-se às unidades. Além disso, o município dispõe de um local que recebe os pacientes que não possuem residência, abrigando-os até a conclusão do tratamento.

Sendo assim, nota-se que a cesta básica foi mencionada pelos entrevistados como apoio fundamental para adesão ao tratamento. Todavia, foi percebido que atualmente este recurso não é disponibilizado em nenhum dos municípios investigados:

Eu sempre lutei por uma cesta básica. Eu acho que se tivesse, ele [o paciente] iria pensar duas vezes antes de deixar o tratamento, segurava mais né? (G1/M1)

O nosso município não dispõe de iniciativas mais eficazes, que seria a distribuição de cesta básica. Não resolveria o problema, mas seria um bom paliativo, faria com que os pacientes não abandonassem o tratamento, porque o paciente de TB tem fome e ele quer comer né? (G2/M1)

A gente passou ano passado para ação social, para ver se tem como dar a cesta básica como incentivo para eles, porque a gente sabe que são muitos medicamentos, com efeitos colaterais né? Com certeza se eles comerem melhor a adesão ao tratamento vai ser maior. (G5/M1)

O município antigamente dava feiras e isso contribuiu para o tratamento. Era uma cesta básica, na verdade nem tinha tanta coisa, mas dava para ajudar. Mas parou, nunca mais compraram. O desejo é que volte a distribuir isso, mas precisa de recurso, é difícil. (G7/M2)

O último discurso expressou como dificuldade a descontinuidade dos incentivos. Sabe-se que tal recurso é reconhecido como promotor da adesão terapêutica, entretanto a disponibilização aperiódica dos mesmos certamente irá resultar na insatisfação dos doentes, dando origem a lacunas no processo de planejamento e na efetivação das atividades de supervisão (GONZALES et al., 2008).

Conforme Nóbrega (2007) a cesta básica não é um direito do paciente com TB, mas sim uma iniciativa que deve partir da gestão de serviços, juntamente com o serviço social do município na perspectiva de promover o bem estar do paciente e facilitar a sua adesão ao tratamento.

Enfatiza-se a relevância em incentivar os doentes de TB, sobretudo no sentido de melhorar o seu estado de saúde e, assim, suscitar expectativas positivas em relação ao tratamento:

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., 2006, p. 96).

Cabe ressaltar que a construção de tecnologias de processos de gestão que agregam o ser, o pensar, o fazer, mobilizando ações de cuidado humano traz à tona as práticas de saúde na contemporaneidade, onde estas colocam a atenção frente às novas concepções de ser humano, da vida, da saúde, do cuidado de saúde etc. (ERDMANN et al., 2006).

Portanto, o sistema de saúde do Brasil necessita de fortalecimento no tocante ao desenvolvimento de políticas de saúde para a geração de recursos financeiros e, por conseguinte, deve organizar os serviços, na tentativa de aprimorar as ações do PCT, sensibilizando e capacitando os profissionais para trabalharem adequadamente na estratégia DOTS (ANDRADE, 2006).

De tudo ficam três coisas: A certeza de estarmos sempre começando, a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminarmos. Portanto, devemos fazer da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro”.

Fernando Sabino

Capítulo 5

Considerações finais

A arte de gerenciar requer uma visão ampla, no sentido de reconhecer as reais necessidades do âmbito de atuação, em delegar ações, reorganizar práticas, angariar recursos e, sobretudo, saber conviver em harmonia com os diversos profissionais, a fim de intermediar as decisões indispensáveis para o enfrentamento das dificuldades do cotidiano do serviço.

Na tentativa de alcançar os objetivos almejados por esta pesquisa, o primordial foi exatamente compreender as várias faces que um gestor da saúde deve e pode ter, ora de administrador, ora de líder ou ora de profissional que abarca os problemas de saúde de uma determinada comunidade.

Assim, retomando o objetivo geral, que foi avaliar, segundo a percepção dos gestores de saúde, a dinâmica da coordenação que organiza e orienta as ações de controle da tuberculose nos municípios de Bayeux e Santa Rita – PB, constatou-se a existência de um serviço repleto de lacunas e controvérsias.

Na primeira categoria, realizou-se um debate a respeito do planejamento e organização descentralizada das ações direcionadas à TB no contexto sanitário municipal, verificando que a qualidade não é o foco dessas ações e sim, a quantidade de materiais necessários para atender a demanda. A maioria dos discursos revela a ausência de planejamento participativo, a falta de articulação entre os gestores e, principalmente, evidencia o desconhecimento e a desvalorização deste agravo como prioridade nos municípios.

Analisando os depoimentos da segunda categoria, a qual apontou o modo como as ações voltadas para a TB operacionalizam-se, apreendeu-se que a busca ativa dos sintomáticos respiratórios é reconhecida pelos gestores de ambos os municípios, como essencial para o diagnóstico precoce. Percebeu-se que os profissionais conhecem quais os exames básicos solicitados para diagnosticar o paciente portador do bacilo de Koch, entretanto, foi constatado como sérias fragilidades: a ausência de transporte adequado dos potes de coleta das unidades de saúde para os laboratórios de referência bem como o atraso dos resultados desses exames, o que prejudica a adesão terapêutica. Quando há a confirmação diagnóstica os contatos são avaliados e é feita a quimioprofilaxia, em seguida é realizada a notificação do caso no SINAN, porém somente um gestor citou a existência do livro de controle de tratamento e da relevância do acompanhamento deste junto ao sistema de notificação.

A terceira categoria revelou quais são os profissionais envolvidos na assistência ao

doente de TB na ABS, demonstrando relatos superficiais no que tange à enfermidade; evidenciando ausência de compromisso, ética e articulação da equipe de saúde com a gestão. Convém ressaltar que, quando é colocada em pauta a questão da capacitação para a TB, as narrativas do presente estudo se contradizem com resultados de outra pesquisa realizada no mesmo ano em um dos municípios averiguados.

Fica claro que os profissionais não estão habilitados para trabalhar com a TB, principalmente no sentido de operacionalizar as ações preconizadas pelo DOTS. Acresce-se que há outras debilidades como: o acúmulo de funções, tanto por parte dos profissionais das equipes quanto pelos gestores, impossibilitando o exercício de um trabalho de excelência; a rotatividade dos profissionais bem como dos gestores, o que determina uma quebra na rotina dos serviços, dificultando e impedindo a continuidade de estratégias implementadas; e, além disso, a ausência de perfil, retratando a precarização da formação acadêmica que não prepara para a realidade dos serviços de saúde brasileiros.

Na verdade, importantes desafios ainda precisam ser vencidos, dentre eles: aperfeiçoar o uso dos sistemas de informação, a exemplo do SINAN, o que certamente influenciará de maneira positiva no acompanhamento dos casos; ampliar o DOTS concomitantemente ao treinamento adequado das equipes de saúde que o colocarão em prática e, por fim, fazer com que haja uma maior participação da sociedade civil.

A última categoria elencada destaca a percepção dos gestores frente à realidade social dos usuários do serviço, trazendo à tona problemas como a desigualdade socioeconômica que perdura entre a maioria dos brasileiros e sustenta a permanência da doença, uma vez que exclui o cidadão de melhores condições de vida e acesso à saúde. Observa-se por meio dos relatos que o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas constitui-se no principal empecilho de adesão ao tratamento ocasionando, assim, os elevados índices de abandono.

Os gestores mencionaram ainda que o tempo prolongado do tratamento e a inadequação dos recursos financeiros faz com que os pacientes necessitem de incentivos para cumprir o esquema terapêutico, porém a realidade demonstra o contrário, ficando aquém de municípios, onde o PCT local fornece incentivos como: cesta básica, vale transporte, etc., contemplando o doente de forma integral e propiciando o sucesso terapêutico.

Mediante as reflexões traçadas, sugere-se que as mudanças sejam iniciadas durante a formação profissional, que pode e deve aprimorar o futuro trabalhador da saúde no sentido de

compreender a realidade social em que sobrevive a população brasileira, de forma a sensibilizar-se para intervir de maneira eficaz no processo saúde-doença. No tocante à TB, é imprescindível que os profissionais reconheçam seus aspectos mais profundos, a fim de interromper a cadeia epidemiológica por meio de ações que se traduzam na prevenção deste agravo e na manutenção de uma sociedade consciente e co-responsável por sua saúde.

Faz-se mister a compreensão da magnitude da doença, o reconhecimento da equipe multiprofissional e da mobilização social como pontos essenciais para o êxito do combate a TB. Espera-se, portanto, fomentar entre os gestores uma mudança de posicionamento, requerendo destes atitudes condizentes com as necessidades do serviço e da comunidade assistida, sobretudo no que concerne ao problema da TB.

Infere-se que a tarefa de gerenciar deve trilhar um caminho inovador e transformador, que ultrapasse as barreiras burocráticas e alcance o maior desafio que lhe é imposto: equilibrar as inter-relações profissionais no intuito de aperfeiçoar o desempenho do trabalho em saúde. O papel do gestor em relação à TB é, fundamentalmente, unir as diversas competências e recursos indispensáveis para o controle deste agravo, considerado por muitos uma ferida social.

“A leitura do mundo precede a leitura da palavra, daí que a posterior leitura desta não possa prescindir da continuidade da leitura daquele. Linguagem e realidade se prendem dinamicamente. A compreensão do texto a ser alcançada por sua leitura crítica implica a percepção das relações entre o texto e o contexto”.

Paulo Freire

Referências

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, N.1, ano 01, jan-jun, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 out. 2008.

AMSTERDAM Declaration To Stop TB. **A call for accelerated action against tuberculosis**. Amsterdam, 2000.

ANDRADE, R. L. P.; VILLA, T. C. S.; PILLON, S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. SMAD. **Revista Electrónica Salud Mental. Alcohol y Drogas**. Año/vol. 1, número 001, 2005.

ANDRADE, M. N. **O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba**. 2006. 103 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, 2006. Disponível em: < <http://www.ccs.ufpb.br>>. Acesso em: 20 out. 2008.

ANDRÉ, A. M. **Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor**. 177 p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M.H.T. Desafios para a Gestão de Unidades Básicas de Saúde. **Rev. adm. saúde**, São Paulo, v. 9, n. 34, p.16-21. mar. 2007.

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo (2005)**. 140 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2006.

ARNADOTTIR T. et al. Decentralizing tuberculosis treatment: follow-up of patients during the transitional period. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**. V. 6, n. 7, p. 609-614. Jul. 2002.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 13(1): 15 – 24, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BERTAZONE, E. C.; GIR, E.; HAYASHIDA, M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. **Rev Latino-am Enfermagem**. maio-junho; 13(3):374-81, 2005.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. 71 p.

BERTUSSI, D. C.; ALMEIDA, M. J. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: Projeto GERUS. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 105-136.

BERTUSSI, D. C.; MISHIMA, S. M. O desenvolvimento gerencial como intervenção estruturante da atenção básica de saúde. **Olho Mágico**. Londrina, v. 10, n. 2, abr./jun. 2003.

BLANC, L.; MARTINEZ, L. Reaching the targets for TB control: call for papers. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v.86, n.9, p. 688, 2006.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.7, n.3, p.401-412, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 196, de 10 de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da tuberculose: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde da família. **SUS – conquistas**. Brasília, 2000.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. 6. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. 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, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Multiplica SUS**: curso básico sobre o SUS: (re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos /Heloisa Marcolino (Coord.) et al. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para 3.ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**/ Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde Portaria nº 399/GM, 22/02/2006. **Pacto da Saúde 2006**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. **Tuberculose Multirresistente** – Guia de Vigilância Epidemiológica – 1ª ed. Rio de Janeiro, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Por que pesquisa em saúde?** Textos para tomada de decisão. Brasília, 2007b.

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.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 set. 2008.

CARVALHO, M.S.M.V. Desafios contemporâneos de gestão. **Rev. Admin. Públ.** 2004 Mar-Abr; 38 (2): 307-16. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 29 ago. 2009.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v.16, n.1, 2002. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_03inovacao.pdf>. Acesso em: 23. ago. 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 10 abr. 2009.

CERQUEIRA, D. F. **O vínculo no processo de atenção à tuberculose no município de Ribeirão Preto (2006-2007)**. 96p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2008.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

COPQUE, H. L. F.; TRAD, L. A. B. Programa de Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 223-233, 2005.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**. v.15, n.2, p.47-55, maio-ago 2006.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde**. Planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. Cap. 2, p. 11-26.

DATASUS. Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/> >. Acesso em: 10 mai. 2007.

ERDMAN, A. L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; 15(3): 483-91, 2006.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, June 2003.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v11, n.3, p.669-681. 2006.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para as unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.9, n.1, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 20 set. 2008.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**. 43(5), 2009.

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.

FRANÇA, S. B. A presença do estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 49, n. 3, p. 85-100, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 30 ago. 2008.

FRIEDEN T. R. DRIVER C. R. Tuberculosis control: past 10 years and the future progress. **International Journal Tuberculosis Lung Disease** 83(1-3):82-85, 2003.

GARVIN, D.A. **Gestão do conhecimento: on knowledge management**. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4^a ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006.

GOLEMAN, D. **Trabalhando com a inteligência emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999. p. 315-316.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p. 1-23, jul./out., 2000.

GONZALES, R. I. C. et al. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**. 42(4):628-34, 2008.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 4, p. 283-8, out. 2004.

GRABOIS, V.; FERREIRA, S. C. C. In: FERREIRA, S. C. C.; MONKEN, M. **Gestão em Saúde. Contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**. 2008; 42 (3): 555-61. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 25 set. 2008.

HIJJAR, M. A. et al. Epidemiologia da Tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Curso de Tuberculose**, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p.310-314, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 10 out. 2008.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2007; 41 (Supl.1): 50-58. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 29 out.2008.

HINO, P. et al . Tuberculosis patients submitted to supervised treatment. Ribeirão Preto - São Paulo - Brazil. 1998 and 1999. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, Feb. 2005.

HORTALE, V. A; PEDROZA, M; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16. nº. 1. p. 231-239, jan-mar, 2000.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Mapas Base dos Municípios do Estado da Paraíba**. Escalas variadas, 2004. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/indicadores/paraiba/BAYEUX.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2007.

JORGE, M. S. B., et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto contexto - enferm.** , vol.16, no.3, p.417-425. Jul/Set. 2007.

JORNAL DE PNEUMOLOGIA. **I Consenso brasileiro de tuberculose**. v.23, n.6, nov/dez. 1997.

KRITSKI, A. L.; CONDE, M. B.; SOUZA, G. R.M. **Tuberculose**: do ambulatório à enfermaria. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6 ed., São Paulo: Atlas, 2001.

LIMA, L. L. O tratamento ambulatorial nos programas de controle da tuberculose no Brasil. In: **Rev. Divisão Nacional de Tuberculose**, v.16, n.64, p. 440-447, 1972.

LIMA, M. B., et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17 (4):877-885, jul-ago, 2001.

LIMA, D. S. **Relatório do programa de controle da tuberculose no estado da Paraíba**. João pessoa: Secretaria do Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Pneumologia Sanitária, 2005.

LIMA, D. S. **Documento técnico contendo dados consolidados dos principais indicadores que caracterizam a situação da tuberculose dos municípios prioritários (João Pessoa, Patos e Santa Rita) do estado da Paraíba**. 2008. OPAS. Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Gerência Executiva de Vigilância em saúde, Núcleo de Doenças Endêmicas, Paraíba, mar. 2008.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MARCOLINO, A. B. L. **Ações de Controle da Tuberculose no Contexto das Equipes de Saúde da Família no Município de Bayeux - PB**: avaliação dos componentes acesso e

elenco de serviços. 108 p. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, 2007. Disponível em: < <http://www.ccs.ufpb.br>>. Acesso em: 20 out. 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARQUES, R. M. e MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, v. 18, suppl. Rio de Janeiro. 2002.

MASCARENHAS, M. D. M.; ARAÚJO, L. M.; GOMES, K. R. O. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piriapiri, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Volume 14, n. 1 - jan/mar de 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 19 out. 2008.

MAZZEI, A. M. A. et al. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Bol Pneumol Sanit** 2003; 11(2): 41-46.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-55.

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

MENDES, A. M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Bol Pneumol Sanit**. 12 (1):25-36, 2004.

MENDES, I. A. C. e MARZIALE, M. H. P. Década de recursos humanos em saúde: 2006-2015. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.1, p.1-2. jan./fev. 2006.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145).

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2006.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003. 153 p. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MONROE, A. A. **O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. 177 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

MONROE, A. A. et al. I- Political Commitment to DOTS implementation and sustainability in São Paulo State (2005). In: RUFFINO NETTO, Antonio; VILLA, Tereza Cristina Scatena. (Org.). **Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features**. Brasília: OPAS, 2007, IV, p. 77-83.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p.262-268, 2008.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. 10:49-56, 2001.

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**. [Tese]: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.148p

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde **Ciênc. saúde coletiva** vol.10 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2005. Disponível em: <[http://: www.scielo.br](http://www.scielo.br)> Acesso em: 24 set.2008.

NATAL S. et al. Avaliação do programa de Controle da Tuberculose: estudos de caso na Amazônia Legal. **Bol Pneumol Sanit**.12(2):91-109, 2008.

NEGRI, B. **A Política de Saúde nos anos 90: avanços e limites**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

NÓBREGA, C. C. **Viabilidade econômica, com valoração ambiental e social, de sistemas de coleta seletiva de resíduos sólidos domiciliares** – Estudo de caso: João Pessoa – PB. 2003. Tese (Doutorado em Recursos Naturais), Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2003.

NÓBREGA, R. G. **Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde indígena no controle da tuberculose na Paraíba**. 146p. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, 2007. Disponível em: < <http://www.ccs.ufpb.br>>. Acesso em: 20 out. 2008.

NOGUEIRA, J. A. et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. **Rev Esc Enferm USP**. 43 (1):125-31, 2009.

NUNES, M. das G. **Histórias da atuação de enfermeiras no combate a tuberculose na Paraíba no período de 1950 a 1980**. 124p. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

OLIVEIRA, A. R. de. **Avaliando as condições de acessibilidade dos doentes de tuberculose ao diagnóstico e tratamento em serviços de saúde do município de Campina Grande-PB**. 143p. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília; 2003.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. 8 (2); 557-567, 2003.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**. v.40, n.spe, p.73-78. Ag. 2006.

PALHA, P. F et al. Tratamento diretamente observado (DOT): sustentabilidade no controle da tuberculose em municípios prioritários do estado de São Paulo, 1998 - 2004. In: Villa T. C. S e Ruffino-Netto, A. **Tuberculose**: pesquisas operacionais. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009, 1, p. 194- 206.

PARAÍBA (Estado). **Relatório de Gestão**. Secretaria de Estado de Saúde. João Pessoa, 2001.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, Sept. 2006.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. v. 2.

PROTTI, S. T. **A visão dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a Tuberculose na Agenda Municipal, em um município do Estado de São Paulo**. 120f. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.

PROTTI, S. T. et al. A gerência das unidades básicas de saúde na gestão e controle da tuberculose em município prioritário do estado de São Paulo. In: Villa T. C. S e Ruffino-Netto, A. **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009, 1, p. 207-224.

RAVIGLIONE, M. C. The new Stop TB Strategy and Global Plan to Stop TB, 2006-2015. **Bulletin WHO** May 2007 85 (5).

REIGOTA, R.M.; CARANDINA, L. Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP - Avaliação da tuberculose pulmonar, 1999/2000. **Bol Pneumol Sanit**. 2002; 10(1):23-30.

REVISTA DA DIVISÃO NACIONAL DE TUBERCULOSE. **Introdução**. v.16, n.62, p.277-288, 1972.

REZENDE, K. T. A. **O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e possibilidades em sua construção**. 206 p. 2007. Tese. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. São Paulo, 2007.

RIBEIRO, L. **A luta contra a tuberculose no Brasil: apontamentos para sua história**. Rio de Janeiro, 1956.

ROSEMBERG, J. Tuberculose: aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Bol. Pneumol. Sanit**. v.7 n.2 Rio de Janeiro dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20.out. 2007.

RUFFINO-NETTO, A.; PEREIRA, J. C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso do Rio de Janeiro. **Revista Saúde em Debate**, 1981. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 fev.2008.

RUFFINO-NETTO, A.; SOUZA, A. M. A. F. Reforma do Setor Saúde e Controle da Tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 8, nº 4. p. 35-51. outubro/dezembro 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 mar.2008.

_____. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 4, p. 159-162, jul.-ago. 2000.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.35, n.1, p. 51-58, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 mar.2008.

_____. Carga da Tuberculose: reflexões sobre o tema. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v.30, nº4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 mai.2009.

SÁ, L. D. et al. **Implantação do Dots na Paraíba**: a história de uma estratégia voltada ao cuidado à Tuberculose. Ribeirão Preto: REDE-TB, 2005 (proposta de pesquisa).

SÁ, L. D. et al. Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; 16(4): 712-8, 2007.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública** 41 (Supl.1):89-94, 2007.

SANTOS, M. L. S. G. **A estratégia DOTS no estado de São Paulo**: desafios políticos, técnicos e operacionais no controle da Tuberculose. 99 p. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.

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

SANTOS-FILHO, E. T. dos. **Tempos de mudanças para o controle da tuberculose no Brasil**. Rio de Janeiro: Public Health Watch- Open Society Institute, 2006. 85p.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6):1923-1932, 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):221-242, 1999.

SENA, E. C. **Capacitação profissional**. Disponível em: < www.entreamigos.com.br/textos/trabalho/capacitacao.htm >. Acesso em: 05 ago.2009.

SHIMIZU H.E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no PSF contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev. Bras. Enferm.* V.62, n.3, p.424-9, 2009.

SHINYASHIKI, G.T.; TREVISAN, M.A.; MENDES, I.A.C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. **Rev Latinoameric. Enferm.** 2003 Jul-Ago; 11 (4): 499-506.

SILVA, C. A. **Ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da Família de Santa Rita-PB: análise da dimensão formação profissional**. 58 p. Monografia. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, 2009.

SILVA, E. J. T. M. **Avaliação das ações de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família em município da região metropolitana da Paraíba**. 101p. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, 2009.

SILVA JÚNIOR, J. B. DA. Tuberculose – Guia de Vigilância epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Vol. 30 suppl. 1 São Paulo, June 2004.

SOTO, M. J. D. C. M. Planejamento Institucional: capacidade de conduzir ações. **São Paulo em perspectiva**, 17(3-4): 198-204, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 20 out.2008.

SOUSA, G. S.; LIMA, D. S.; FORMIGA, N. S. A tuberculose no estado da Paraíba: avaliação epidemiológica e operacional nos períodos de 2000 a 2006. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. V. 34, suplemento 1R, p.R1-R76, junho 2008.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.7, n.3, p.431-442, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 25 out.2008.

SOUZA, K. M. J. de. **Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde**: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado. 2008. 110 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

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

STARFIELD, B. Primary Care: the filter. **Rev. Bras Epidemiol.** V.9, N.1. p.144-151, 2006.

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).

TEIXEIRA, G. **DOTS**: a retomada de uma estratégia. Rio de Janeiro, 5p/mimeografado, 1998.

TEIXEIRA, G. M. O controle da tuberculose e a saúde da família. Perspectivas de uma parceria. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.8 n.2 Rio de Janeiro dic. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.com>. Acesso em: 25.jul.2008.

TEIXEIRA, G. M. Juntos na luta contra a tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária** - Vol. 10, Nº 2 - jul/dez – 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 mai. 2009.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M. R. Tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev Latino-am Enfermagem**. julho-agosto; 16(4), 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **A introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VENDRAMINI, S. H. F. **O Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. 2001. 189f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2001.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São

Paulo, v.15, n.1, janeiro-fevereiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.com>. Acesso em: 25.jul.2008.

VÉRON, L. J.; BLANC, L. J.; SUCHI, M.; RAVIGLIONE, M. C. DOTS expansion: will we reach the 2005 targets? **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 8, n. 1, p. 139-146, 2004.

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, 2006 a. p.29-47.

VILLA, T. C. S; BRUNELLO, M. E. F.; ARCÊNCIO, R. A.; FIRMINO, D. R. A terapia diretamente observada no controle da tuberculose: levantamento de produções científicas brasileiras (1998 a 2005). **Boletim da Campanha Nacional Contra a Tuberculose**, v. 14, p. 111-116, 2006b.

VILLA, T. C. S. et al. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). **Online Brazilian Journal of Nursing**. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1676-4285.2008.1098/288.2008>> Acesso em: 25 set. 2009.

WAKSMAN, S.A. **A vitória sobre a tuberculose**. São Paulo: Cultrix, 1964. p.99-115.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report, 2009.

Apêndices

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

**CONTROLE DA TUBERCULOSE E OS DESAFIOS DA GESTÃO NA ATENÇÃO
BÁSICA DE MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DA PARAÍBA**

Data: ____/____/____

Nº da Entrevista: _____

Parte I: Dados de caracterização do entrevistado

Iniciais do entrevistado: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Profissão: _____

Cargo no Município: _____

Tempo de atuação: _____

Parte II: Questões norteadoras

- 1) Quando você pensa na problemática da Tuberculose na sociedade, o que lhe vem a mente?
- 2) Como a TB se enquadra no contexto sanitário municipal (planejamento em saúde e as ações de controle, definição de prioridades);
- 3) A forma como se organiza as ações do PCT municipal (diagnóstico/tratamento/acompanhamento dos casos/ exames/ avaliação dos contatos);
- 4) Atores envolvidos (profissionais, representantes da sociedade civil, ONG's etc.)
- 5) Que dificuldades são identificadas na gestão das ações do PCT (focalizar questões gerenciais/ administrativas/ organizacionais/ aplicação de recursos financeiros);
- 6) Que dificuldades são identificadas no manejo da doença no âmbito da atenção básica (Recursos Humanos, Estrutura do serviço, Usuários);
- 7) Que benefícios identifica com o processo de descentralização das ações do PCT para o contexto das ESF. Como avalia o processo?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Controle da tuberculose e os desafios da gestão na Atenção Básica de municípios prioritários da Paraíba

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Janaína von Söhsten Trigueiro, discente da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob a orientação da Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira e objetiva “**avaliar, segundo a percepção dos gestores de saúde, a dinâmica da coordenação que organiza e orienta as ações de controle da tuberculose nos municípios de Bayeux e Santa Rita – PB**”.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a melhoria da produção de cuidados ao doente de tuberculose, acompanhados por equipes de saúde da família, e colaborar com as ações de controle da tuberculose nos municípios de Bayeux e Santa Rita, beneficiando, neste sentido, a região metropolitana de João Pessoa, território considerado prioritário para o controle da TB na Paraíba.

Solicitamos a sua colaboração para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

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

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

Contato com a pesquisadora responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Janaína von Söhsten Trigueiro. Endereço profissional: Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, 58059900 – João Pessoa, PB, Brasil; E-mail: janavs_23@hotmail.com

Anexo



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada em 29/01/07 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado: Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde da família no controle da tuberculose em dois municípios da região metropolitana da Paraíba, protocolo número: 001/06, da pesquisadora: Jordana de Almeida Nogueira.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2007.


Prof.^a Solange Patrícia Geraldo da Costa
Coordenadora do CEP/HULW-UFPB
Solange Patrícia Geraldo da Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - HULW

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](#)