**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ALINE APARECIDA MONROE

**O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o
controle da tuberculose em municípios prioritários do
Estado de São Paulo (2005)**

Ribeirão Preto

2007

ALINE APARECIDA MONROE

**O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o
controle da tuberculose em municípios prioritários do
Estado de São Paulo (2005)**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor, junto ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública. Inserida na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa.

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na Publicação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Monroe, Aline Aparecida

O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005) / Aline Aparecida Monroe; orientadora Tereza Cristina Scatena Villa. - Ribeirão Preto, 2007.

177 f. : fig.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Tuberculose. 2. Terapia Diretamente Observada. 3. Sistemas de Saúde. 4. Recursos Humanos em Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Enfermagem em Saúde Pública. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aline Aparecida Monroe

O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005).

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À **Deus**, pela força necessária para enfrentar esta etapa da minha vida. Somente “Ele” torna possível todas as coisas. “O coração do homem traça o seu caminho, mas o Senhor lhe dirige os passos”(Pv. 16:9).*

*À **Nossa Senhora**, Mãe querida e intercessora. Obrigada por cuidar da minha vida.*

A todos aqueles que, em nome “Dele”, zelaram e intercederam por mim.

*Aos meus pais, “**Toninho**” e “**Aninha**”, pelo amor e pela dedicação incondicional. Seus ensinamentos infundiram-me a confiança necessária para realizar meus sonhos. Obrigada por me mostrarem o valor da Fé em Deus, que tudo providencia a seu tempo. Amo vocês!*

*Ao **Juliano**, meu esposo, pelo apoio, compreensão, paciência e amor. Obrigada por entender minha ausência e, sobretudo, por incentivar-me e levantar-me nos momentos em que a queda era inevitável. Saiba que estar ao seu lado faz de mim uma pessoa feliz, completa. Amo você!*

*Ao meu irmão, **Michel**, pelo carinho e companheirismo. É bom saber que tenho você sempre ao meu lado. Você é muito importante na minha vida.*

*À minha querida **Vó Mercedes**, obrigada por todo seu amor e carinho. Tenho a certeza de que suas constantes orações me deram a coragem necessária para seguir em frente e sempre oferecer o melhor de mim.*

*Aos meus queridos **Vô Castor**, **Vô Ico** e **Vô Ana**, pela certeza de que estão ao lado do “Pai”, zelando por todos nós.*

*E, especialmente, dedico este trabalho a todos aqueles que sofrem ou sofreram a “**dor da Tuberculose na pele**”. Assumo o compromisso de dar vez e voz a vocês, seja na assistência, docência ou na pesquisa.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (Tite), minha orientadora, pelo incentivo e pela confiança em mim depositada. Agradeço ainda as oportunidades oferecidas e, principalmente, a de fazer parte deste Grupo de Pesquisa em Tuberculose, ao qual você vem se dedicando de corpo e alma. Tenho plena convicção que você já alcançou, com louvor, o respeito e a posição que os verdadeiros mestres e líderes merecem. O incrível é que mesmo assim, preserva a humildade e a humanidade. Muito obrigada por toda experiência transmitida, por seu carinho e sua amizade durante o nosso convívio.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto, grande líder na luta contra a tuberculose em nosso país, que confiou e acreditou desde o início em nosso grupo de pesquisa. Agradeço por todos os incentivos, ensinamentos transmitidos e pela segurança que sentimos tendo o senhor ao nosso lado como um grande Mestre. Toda sua dedicação, disponibilidade e Alma de Poeta vêm proporcionando o enriquecimento profissional, intelectual e pessoal de cada um de nós. A sua sabedoria faz com que o senhor valorize simplesmente o que cada um tem de melhor... e é impossível mensurar o impacto que isso tem em nossa auto-confiança.

Te admiramos muito!

AGRADECIMENTOS

Aos membros da Banca Examinadora, Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto, Dra. Roxana Isabel Carsozo Gonzales, Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha e Profa. Dra. Silvia Helena Figueiredo Vendramini. As sugestões, considerações e discussões levantadas por vocês foram essenciais para a conclusão deste trabalho. Muito obrigada.

Ao Sr. Luiz, Dona Jovelina e Gislaine Padovani, agradeço as palavras de apoio, otimismo e as orações constantes.

Às minhas Tias Carminha e Cidinha, meus tios e primos, pela certeza da torcida. De modo especial, agradeço à Maria Teresa e Valéria, pois sempre estiveram ao meu lado e acompanharam todos os momentos da minha vida.

Ao pequeno André, pela sua doçura, alegria, espontaneidade e capacidade de iluminar minhas manhãs com suas meigas palavras - “Gracias, tia Anine”, ou simplesmente, “Buenos días, Monroe!”.

À Adriana Amaro, Cinthia Sassaki, Cláudia Gazetta, Cláudia Santos, Daniela Lanfredi, Danuza, Elisangela, Jordana, Livia, Lurdinha, Márcia Zanutto, Márcio, Maria Eugênia, Mayra, Patrícia, Paula Hino, Regiane, Ricardo, Roxana, Rúbia, Silvia Vendramini, Simone Protti, Sônia, Tânia e Terezina Yano, pessoas muito especiais que sempre lembrarei com muito carinho. No caminhar de nossa evolução, permanecer com vocês, foi uma experiência dignificante.

À Aline Monzani, Carolina Rocha, Elisangela Zuza, Érika Bronze, Fabiano, Fernanda Flora, Gislaine Chini, Jansen, Juliana Pieri, Lílian Carla e Marcelle Carvalho, a amizade de vocês será sempre lembrada onde quer que eu esteja. Mesmo que nossas vidas tenham seguido caminhos distantes, ainda nos sintonizamos em pensamento.

À Anailde, D. Ana, Carolina B. Batista, Tia Cláudia, Tia Rose e Ivone, pessoas sempre tão dedicadas e preocupadas comigo.

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, obrigada pelo incentivo constante, atenção, presteza e disposição a mim sempre dispensadas, principalmente nesta etapa final de conclusão da tese.

Aos membros do grupo GEOTB-REDE-TB, pelas valiosas contribuições para a realização deste trabalho.

À Divisão de Controle da Tuberculose da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, pela colaboração durante a coleta e discussão dos dados desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que desde a graduação me acolheu e hoje me permite alcançar este importante título.

*À coordenadora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, **Profa. Dra. Ana Maria de Almeida** e **Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi**, pelo incentivo à pesquisa e pelo apoio durante a realização deste trabalho.*

*À **Andréia**, secretária do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, agradeço toda a atenção, carinho e apoio incondicional durante esses anos.*

*Aos **docentes** do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública, pelos ensinamentos transferidos e pela valiosa amizade.*

*Aos **funcionários do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública**, pela disponibilidade e pelo carinho durante todos esses anos de convívio.*

*Às **funcionárias da Seção de Pós-Graduação**, Kethleen, Carla, Marta e Rosana, sempre prestativas e atenciosas.*

*Às **Funcionárias da Sala de Leitura** desta Instituição, Lurdes e Maria Bernadete, pela prontidão e atenção às nossas necessidades.*

*A todos os **funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP**, pela dedicação, acolhida e companheirismo.*

*À **Cristina** e à **Maria Bernadete Malerbo**, pela ajuda na correção gramatical e bibliográfica neste trabalho.*

*Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo apoio financeiro através da concessão da Bolsa de Doutorado (Processo n.º 141908/03-3).*

Enfim, a todos que contribuíram ou participaram direta ou indiretamente da elaboração deste trabalho. Muito obrigada!

CONSCIÊNCIA

*Enquanto a mente racional
analisa, divide, fraciona
chega ao nada : mundo conhecido,
porém não compreendido
todo descrito, dissecado,
mas sem cor, sem sabor,
frívolo sem vida
sem serventia.*

*A razão mais emoção,
significando sabedoria,
através da inteligência,
faz o caminho inverso.*

*A consciência
que é:
O olho por trás do olho,
vê com uma visão interior,
aglutina, soma, dá idéia do conjunto
restitui ao quadro vazio o seu calor;
O ouvido por trás do ouvido
ouve a música do universo
sonoriza com harmonia
as notas que antes casuais e perdidas
agora se intercalam com sentido.*

*E, utilizando este último processo
talvez se consiga progresso
para trazer ao mundo
a verdadeira alegria.*

ANTONIO RUFFINO NETTO

24-05-2007

RESUMO

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)**. 2007. 177 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O estudo teve como foco a análise do envolvimento de gestores (secretários) municipais e equipes de saúde da atenção básica com as ações de controle da tuberculose (TB) em nove municípios prioritários do Estado de São Paulo, a partir da percepção dos coordenadores do Programa de Controle da TB. Utilizou-se como referencial teórico o modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde (2003) baseado na integração dos componentes estruturais (Macro, Meso e Micro) do sistema de saúde para a organização da atenção às condições crônicas, dentre elas a TB. Trata-se de uma pesquisa que utilizou a abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e analisados através da técnica de análise de conteúdo-modalidade temática. A codificação dos depoimentos resultou em duas Unidades Temáticas Centrais: “O controle da Tuberculose na agenda municipal de saúde: uma prioridade política?” e “A incorporação das ações de controle da TB na Atenção Básica à Saúde”. A primeira Unidade Temática apontou o desinteresse pelas políticas e estratégias de controle da TB, a discordância com a prática do Tratamento Supervisionado, a presença de outras prioridades de saúde com caráter emergencial e o enfoque na implantação e expansão de equipes de saúde da família pela gestão municipal como elementos que dificultam a valorização da TB na agenda de saúde e a disponibilização de recursos essenciais para seu controle. Na segunda Unidade Temática identificou-se que a falta de recursos humanos, a inadequada qualificação dos profissionais e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da doença no sistema de saúde representam as principais barreiras para a incorporação da TB no âmbito da atenção básica. Considera-se que a construção de um sistema municipal de saúde mais responsável e com ampla participação da atenção básica no efetivo controle da TB exige um padrão de gestão comprometido com a doença e com as estratégias difundidas para seu controle como o DOTS; a organização de uma rede de serviços integrada, resolutiva e humanizada e a elaboração/implementação de uma política de recursos humanos capaz de garantir formação e capacitação contínua das equipes de saúde.

Palavras-chave: Tuberculose, Terapia Diretamente Observada, Sistemas de Saúde; Recursos Humanos em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

MONROE, A. A. The Involvement of Health Secretaries and Health Teams with Tuberculosis Control in Priority Cities in the State of São Paulo (2005). 2007. 177 f. Thesis (Doctoral) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2007.

The aim of this study was to explore the involvement of municipal health managers (Health Secretaries) and basic health attention teams with actions for tuberculosis (TB) control in nine priority cities in São Paulo, from the viewpoint of the TB Control Program coordinators. Theoretical references were based on the model proposed by the World Health Organization (2003), which consists of the integration of health system structural elements (Macro, Meso, and Micro) for the organization of services targeting chronic conditions, among which is TB. This study involves the use of a qualitative approach and data were collected through semi-structured interviews and analyzed by means of theme unit content analysis techniques. Two major theme units stood out after testimonials were encoded: “Tuberculosis control in the municipal health agenda: Is it a priority?” and “The incorporation of TB control actions into basic Health services”. The first theme unit identified the following, as elements that hinder the inclusion of TB in the health agenda and allocation of essential financial resources for its control: 1) a lack of interest in strategies and policies for TB control; 2) disagreement on Supervised Treatment practice; 3) other existing health priorities, and 4) the Health Secretary’s focus on implementing and expanding the Family Health Program actions and teams. The second theme unit showed that the lack of human resources, inadequate professional capacity building, and a centralized and fragmented understanding about organizing the disease control actions within the health system represent barriers that need to be overcome in order to include TB into the Basic Health Services. The conclusion is that setting up a more responsible municipal health system and making basic health attention providers more participatory in an effective control of TB requires a kind of management that is concerned with the disease and the strategies proposed for its control, such as DOTS. Furthermore, it is mandatory to organize an integrated, problem-solving, and human service network as well as design and implement a human resources policy that will ensure continuing education and capacity building targeting health teams.

Keywords: Tuberculosis, Directly Observed Therapy, Health Systems, Health Manpower, Primary Health Care, Public Health Nursing.

RESUMÉN

MONROE, A. A. **El compromiso de Gestores y Equipos de Salud con el Control de la Tuberculosis en Municipios prioritarios del Estado de São Paulo (2005)**. 2007. 177 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

El objetivo del estudio fue analizar el involucramiento de gestores (secretarios) municipales y equipos de salud de la atención básica con las acciones de control de la tuberculosis (TB) en 09 municipios prioritarios del Estado de São Paulo, a partir de la percepción de los coordinadores del Programa de Control de la TB. Utilizo como referencial teórico el modelo propuesto por la Organización Mundial de Salud (2003) basado en la integración de los componentes estructurales (Macro, Meso y Micro) del sistema de salud para la organización de la atención a las condiciones crónicas, entre ellas la TB. Se trata de una investigación que utiliza el abordaje cualitativo, cuyos datos fueron recolectados por medio de entrevista semi-estructurada y analizados a través de la técnica de análisis de contenido-modalidad temática. La codificación de los relatos resultó en dos Unidades Temáticas Centrales: *“El control de la Tuberculosis en la agenda Municipal de Salud: una prioridad política?”* y *“La incorporación de las acciones de control de la TB en la Atención Básica a la Salud”*. La primera Unidad Temática mostró el desinterés por las políticas y estrategias de control de la TB, la discordancia con la práctica del Tratamiento Supervisado, la presencia de otras prioridades de salud con carácter de emergencia y el enfoque en la implantación y expansión de equipos de salud de la familia por la gestión municipal como elementos que dificultan la valorización de la Tuberculosis en la agenda de salud y la disponibilidad de recursos esenciales para su control. En la segunda Unidad Temática se identificó que la falta de recursos humanos, la inadecuada calificación de los profesionales y la visión centralizada y fragmentada de la organización de las acciones de control de la enfermedad en el sistema de salud representan las principales barreras para la incorporación de la TB en el ámbito de la atención básica. Se considera que la construcción de un Sistema Municipal de salud más responsable y con amplia participación de la atención básica en el efectivo control de la TB exige un padrón de gestión comprometido con la enfermedad y con las estrategias difundidas para su control como es el DOTS; la organización de una red de servicios integrada, resolutive y humanizada y la elaboración/implementación de una política de recursos humanos capaz de garantizar formación y capacitación continua de los equipos de salud.

Descriptores: Tuberculosis, Terapia por Observación Directa, Sistemas de Salud, Recursos Humanos en Salud, Atención Primaria de Salud, Enfermería en Salud Pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Retas de Regressão das taxas de cura e abandono de casos novos. Estado de São Paulo – 1998 a 2004.....	44
Figura 2 -	Demora na descoberta de casos novos de tuberculose bacilíferos. Estado de São Paulo, 2005.....	45
Figura 3 -	Dinâmica de interação entre os níveis macro, meso e micro do sistema de saúde.....	58
Figura 4 -	Modelo de Sistema de Saúde baseado na integração dos componentes estruturais dos níveis Macro, Meso e Micro para lidar com as condições crônicas.....	68
Figura 5 -	Distribuição dos Óbitos por Principais Causas de Morte, Estado de São Paulo, 2003.....	77
Figura 6 -	Porcentagem de sintomáticos respiratórios examinados. Regiões do Estado de São Paulo, 2003 a 2005.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cobertura de Casos Novos de Tuberculose em Tratamento Supervisionado nos Municípios Prioritários de São Paulo em 2004.....	47
Quadro 2 - Estimativa da População Residente, População Cadastrada pela ESF e Cobertura da ESF nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo em dezembro de 2005.....	81
Quadro 3 - Coeficiente de Incidência de Tuberculose Pulmonar com baciloscopia positiva nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo em dezembro de 2005.....	82
Quadro 4 - Resultados de Tratamento de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com baciloscopia positiva nos 36 municípios Prioritários do Estado de São Paulo em 2004.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ATA	American Thoracic Association
BSR	Busca de Sintomáticos Respiratórios
CDC	Centers for Disease Control
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
DRS	Departamento Regional de Saúde
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FNS	Fundação Nacional de Saúde
GEOTB	Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose
GSP	Grande São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IUATLD	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
MDM	Metas para o Desenvolvimento do Milênio
MDR	Multidrogarresistência
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa de Saúde da Família
REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
RH	Recursos Humanos
RNTA	Royal Netherlands Tuberculosis Association
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIICUSP	Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR	Sintomáticos Respiratórios
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tratamento Auto-administrado
TB	Tuberculose
TBVE	Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. CONSTRUÇÃO DO OBJETO EM ESTUDO	22
1.1 A problemática da Tuberculose no cenário internacional.....	23
1.2 A Estratégia DOTS no Controle da Tuberculose.....	28
1.3 Dificuldades e desafios na implantação e implementação da estratégia DOTS para o Controle da Tuberculose	31
1.4 A Situação da Tuberculose no Brasil e as políticas de controle da doença	35
1.5 A Justificativa do Estudo	48
2. PRESSUPOSTOS	50
3. OBJETIVOS DO ESTUDO	52
4. QUADRO TEÓRICO	54
5. METODOLOGIA	70
5.1 A Escolha da Abordagem do Estudo	71
5.2 O Campo de Estudo.....	73
5.2.1 O Estado de São Paulo e os 36 municípios prioritários para o Controle da Tuberculose	74
5.2.2 O processo de seleção dos nove municípios prioritários em estudo.....	84
5.3 Os Sujeitos do Estudo.....	85
5.4 Instrumentos de Pesquisa e Coleta de Dados	85
5.5 Análise dos Dados	90
5.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	93
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
6.1 O controle da Tuberculose na agenda municipal de saúde: uma prioridade política?.....	97
6.2 A incorporação das ações de controle da TB na Atenção Básica à Saúde....	126
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
APÊNDICES	172
ANEXO	176

APRESENTAÇÃO

O interesse pela área de Saúde Pública permeou meu processo de formação profissional durante a graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP-USP). No final do segundo ano da graduação, surgiu a oportunidade de iniciar atividades relacionadas à pesquisa privilegiando a temática - Tuberculose (TB), junto ao Grupo de Pesquisa em TB da EERP-USP, sob a orientação da Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, onde desenvolvi um projeto de iniciação científica intitulado: *“Aspectos que influenciam a adesão do paciente e família ao tratamento da tuberculose: a percepção do doente”*, financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Nesse trabalho científico que privilegia a abordagem qualitativa, foi realizada a coleta de dados com doentes de TB/familiares inscritos em um Programa de Controle da TB do município de Ribeirão Preto, os quais recebiam o Tratamento Supervisionado (TS) domiciliar. Esse processo foi realizado juntamente com uma aluna de mestrado e resultou na publicação de um artigo no Boletim de Pneumologia Sanitária e divulgação dos resultados em eventos científicos de âmbito nacional (Congresso Brasileiro de Enfermagem) e no Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP (SIICUSP).

Estudar a TB pressupõe ampliar e aprofundar questões, teorias e conceitos em cooperação com outros pesquisadores de diversos campos

científicos para o aprofundamento teórico-metodológico da temática. Nesse sentido, destaco a minha participação junto ao grupo de pesquisa em TB da EERP-USP, o qual teve a possibilidade de articular-se com pesquisadores da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (FMRP-USP), tendo como figura essencial o Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto. Assim, formamos um Grupo de Pesquisa Interinstitucional denominado “Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose” (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq em 2002.¹ Este grupo, por sua vez, integra a Área de Estudos Operacionais² da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose³ (REDE-TB).

O GEOTB vem produzindo conhecimentos acerca da problemática da TB nas seguintes vertentes: *A TB e o sistema de atenção à saúde* (RUFFINO-NETTO, 1999, 2000, 2001, 2002); *Adesão ao tratamento da TB a partir da percepção do doente* (VENDRAMINI, 2001; VENDRAMINI et al., 2002; MONROE et al., 2001); *Estratégias de implantação do TS e a perspectiva de trabalho no território* (MUNIZ, 1999; MUNIZ; VILLA, 1999; MUNIZ et al., 2002; HINO, 2004; HINO et al., 2005; MONROE et al., 2005); *Indicadores epidemiológicos da doença* (WATANABE; RUFFINO-NETTO, 1995; MUNIZ; VILLA, 2002; SANTOS et al., 2002; SASSAKI et al., 2002; SASSAKI, 2003); *O programa de agentes comunitários de saúde (PACS) na identificação de sintomáticos respiratórios (SR) no controle da TB* (MUNIZ, 2004; MUNIZ et al., 2005); *O Controle dos Comunicantes de TB* (GAZETTA, 2004); *os Aspectos Operacionais do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e da Estratégia “Directly Observed Therapy*

¹ A equipe do GEOTB é composta por pesquisadores e profissionais de outras instituições de saúde, formadoras e prestadoras de serviços de saúde, sob a coordenação do Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto e da Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa.

² Coordenada pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa.

³ Coordenado pelo Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto e vice-coordenado pelo Prof. Dr. Afrânio Lineu Kritski. Site: www.redetb.usp.br

Short Course” (DOTS) (OLVERA, 2004; CARDOZO-GONZALES, 2005); o Ensino de TB nas Escolas de Enfermagem no Brasil (VILLA et al., 2006a, 2006b); O PCT e as reflexões sobre a carga da TB (VENDRAMINI, 2005); A organização do TS e a Busca de Sintomáticos Respiratórios (BSR) em municípios prioritários do Estado de São Paulo (ARCÊNCIO, 2006; OLIVEIRA, 2006) e Fatores preditivos para o resultado de tratamento da TB (SASSAKI, 2006).

Em virtude do processo de reorganização da atenção à TB, onde a doença passa a ser responsabilidade de todos os municípios brasileiros se reconhece a importância de avançar na produção de conhecimentos que abordem o envolvimento de atores-chave com as ações de controle da TB e estratégia DOTS.

Nesse sentido, discussões foram iniciadas junto ao GEOTB com a finalidade de compreender aspectos político-operacionais acerca do envolvimento de atores-chave com as ações ou estratégias difundidas para o controle da TB, especificamente a implantação e sustentabilidade do DOTS, que significa “Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração”, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1993 e implantado oficialmente no Brasil em 1998. Como consequência deste processo de discussão, firmou-se o meu interesse por aprofundar conhecimentos nessa temática e foi possível definir como objeto de estudo - o envolvimento de atores-chave com o controle da TB no contexto de sistemas municipais de saúde do Estado de São Paulo.

Convém apontar que os atores-chave deste estudo referem-se aos gestores municipais (secretários de saúde) e às equipes de saúde atuantes na Atenção Básica (AB), ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF)/ PACS.

Acredita-se que a prioridade dada à TB na agenda municipal de saúde, a capacidade gestora do PCT e o adequado preparo e envolvimento das equipes de saúde que lidam com a TB, principalmente aquelas que atuam na AB - frente ao contexto de reorganização das ações e serviços de saúde no país - são essenciais para o êxito no controle da doença e alcance de metas pactuadas nacional e internacionalmente.

Destaca-se que a discussão da problemática da TB pode contemplar tanto as macro-políticas, uma vez que a doença inclui fundamentalmente a área social (geração de emprego/renda, educação, habitação, dentre outros), como as micro-políticas, relacionadas à organização e gestão dos programas para o adequado desempenho dos serviços de saúde no manejo da doença nos diversos contextos locais.

O presente estudo tem como foco as micro-políticas, uma vez que aborda as ações de controle da TB no sistema de saúde, e pretende contribuir com a produção de conhecimentos teóricos e operacionais que possibilitem o empreendimento de ações e intervenções locais com maior impacto na atenção à TB e nos indicadores epidemiológicos da doença.

Este estudo faz parte do Projeto Nacional intitulado: *“Situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”*, coordenado pelo Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto e pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, o qual se insere no Projeto Institutos do Milênio II/REDE-TB, financiado pelo Ministério de Ciência e Tecnologia e CNPq.

Ressalta-se que o referido Projeto Nacional, resultou na publicação do livro intitulado: “**Tuberculose:** implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais”, publicado pela REDE-TB em 2006 e editado em 2007 pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) com o título: “**Tuberculosis treatment:** DOTS implementation in some regions of Brazil. Background and regional features”.

1. CONSTRUÇÃO DO OBJETO EM ESTUDO

1.1 A problemática da Tuberculose no cenário internacional

A TB é uma enfermidade antiga mantendo-se como um dos maiores males da humanidade no século XXI. Apesar da existência de recursos tecnológicos para promoverem seu controle, ainda não há perspectiva de obter-se, em um futuro próximo, sua erradicação, a não ser que novas vacinas ou tratamentos sejam descobertos. Além disso, a sua associação com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) representa um novo desafio em escala mundial (CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

A cada segundo, diariamente, um indivíduo é infectado pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* e cerca de um terço da população mundial está infectada pelo referido patógeno. A TB leva ao óbito mais indivíduos que qualquer outra doença infecciosa. Representa a maior causa de morte entre os doentes infectados pelo vírus da AIDS mesmo em países que disponibilizam tratamento anti-retroviral com ampla eficácia. A elevada taxa de TB ocorre preferencialmente nos países mais pobres do planeta e o impacto econômico é extremamente elevado (WORKSHOP – REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, 2002).

Apesar dos intensivos esforços para combater a TB nos últimos anos, esta ainda permanece como uma importante causa de morbi-mortalidade em vários locais, particularmente nos países mais pobres. É primariamente uma doença da pobreza e representa um significativo problema de saúde pública também nos países ricos que possuem bolsões de pobreza e grupos de populações marginalizadas (BLANC; MARTINEZ, 2006). Em 2005, estimativas globais

apontavam a existência de aproximadamente 8,8 milhões de casos novos de TB (136/100.000 hab.), dos quais 3,9 milhões possuíam baciloscopia positiva (60/100.000 hab.) e 969.000 (11%) eram adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A prevalência da doença no mesmo ano foi de 14 milhões de casos (217/100.000 hab.). Cerca de 1,6 milhões de pessoas morreram de TB em 2005 (24/100.000 hab.), incluindo os casos de co-infecção TB/HIV (195.000 casos). A detecção global de casos em 2005 foi de 62% e o sucesso de tratamento foi de 84% em 2004 (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2007).

Está explícito que a TB representa um problema sério de saúde pública e, portanto, merece especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo, pois a magnitude do sofrimento e da morte causada pela doença é alarmante e inaceitável (AMSTERDAM DECLARATION TO STOP TB, 2000).

Entre as razões para tal cenário deve-se assinalar: desigualdade social e suas implicações, aglomerados humanos populacionais, advento da AIDS, movimentos migratórios e envelhecimento da população. Nas últimas décadas o controle da TB foi grandemente negligenciado pelas políticas públicas, pela sociedade e mesmo pela comunidade científica na falsa ilusão de que o problema estaria resolvido e/ou sob controle. Acrescenta-se a estes fatos o aumento progressivo de bacilos multirresistentes aos medicamentos disponíveis no mercado (WORKSHOP – REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, 2002; WHO, 2002).

A emergência do HIV em meados da década de 80/90 e o seu impacto nos países desenvolvidos fizeram com que a TB fosse redefinida como um problema de saúde pública. Acrescenta-se também que no mesmo período houve o

surgimento da multidroga resistência (MDR). O advento da AIDS, a MDR e as pressões populares, acadêmicas e da mídia despertaram a atenção dos decisores políticos, os quais viabilizaram o retorno da TB enquanto uma prioridade nas organizações internacionais. Em meados da década de 90, a OMS começou a mobilizar a atenção e recursos para o controle da TB (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

Nesse sentido, em 1991, a Assembléia Mundial de Saúde reconheceu a TB como um grave problema e indicou a necessidade de esforços internacionais para seu controle, além de estabelecer as metas globais de detecção (70% dos casos novos de TB com baciloscopia positiva) e cura da doença (85% dos casos detectados com baciloscopia positiva) para serem atingidas até o ano 2000 (BLANC; MARTINEZ, 2006). O alcance de tais metas poderia contribuir para a redução de 40% na infecção de contatos, diminuição da prevalência e incidência da doença rumo à sua eliminação (VÉRON et al., 2004).

Em 1993, OMS declarou a situação da TB como um estado de urgência e recomendou estratégias globais para seu controle, privilegiando o DOTS. Uma subsequente campanha de defesa foi sustentada com a finalidade de manter a questão da TB na agenda internacional de saúde (OGDEN; WALT; LUSH, 2003). Esta mesma organização internacional percebeu a necessidade de unir esforços, sendo criado o programa “*STOP TB*”, o qual agrega instituições de alto nível científico e/ou poder econômico, tais como: a OMS, o Banco Mundial, o *Centers for Disease Control* (CDC), *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease* (IUATLD), *Royal Netherlands Tuberculosis Association* (RNTA) e *American Thoracic Association* (ATA) (RUFFINO-NETTO, 2002).

Destaca-se a partir de 1998 um aumento considerável no comprometimento político com a TB no cenário internacional, onde a mesma passa a ser prioridade na agenda de saúde desde então (VÉRON, et al., 2004). Neste ano, a OMS convocou o primeiro comitê *Ad-hoc* em Londres para analisar a situação da TB e o lento progresso da implantação da estratégia DOTS em países que concentravam maior carga da doença. Ao final do mesmo ano, a sociedade como um todo começou a unir-se com o setor saúde, social e econômico na batalha contra a TB. Tal movimento foi denominado *Stop TB Initiative*, o qual foi legitimado pela OMS (WHO, 2000). O principal objetivo dessa parceria global era o controle e eliminação da doença como um problema de saúde pública (VÉRON et. al, 2004).

O dia 24 de março de 2000 representou um marco na luta contra a TB, pois, durante a Conferência Ministerial sobre a TB e Desenvolvimento Sustentável realizada em Amsterdam, foi publicada “*Amsterdam Declaration*”, endossada pelos Ministros da Saúde dos 20 países que concentravam 80% dos casos da doença no mundo (AMSTERDAM DECLARATION TO STOP TB, 2000). Assim, foi reiterado o compromisso dos países envolvidos em priorizar esforços para o controle da doença, privilegiando a estratégia DOTS, e foi enfatizada a necessidade de estabelecimento de parcerias com organizações não-governamentais (ONGs) para o sucesso deste empreendimento (RUFFINO-NETTO, 2002) e para a mobilização de recursos nacionais e internacionais. Nesse sentido, as metas globais estabelecidas para o controle da TB em 1991 durante a 44^ª Assembléia Mundial de Saúde foram reafirmadas, contudo, o novo prazo pactuado para o alcance das mesmas foi projetado para 2005.

No mesmo ano, as Nações Unidas criaram um marco de trabalho para monitorar o progresso do desenvolvimento humano através das Metas para o Desenvolvimento do Milênio (MDM) – “*Millennium Development Goals*”, onde a TB é privilegiada como uma de suas metas, não apenas no que tange à sua estagnação, mas também no início da reversão de sua incidência, juntamente com outras doenças como a malária e o HIV até 2015. Embora o objetivo se expresse em termos de incidência, as MDM também especificam que o progresso deve ser medido em termos de redução da prevalência da TB e mortes. Algumas outras MDM estão indiretamente relacionadas ao Controle da doença, como por exemplo, a erradicação da pobreza extrema e da fome (WHO, 2005).

De acordo com as MDM, cinco guardam relação direta com a TB: para 2005, detectar 70% dos casos novos bacilíferos e tratar com sucesso 85% dos mesmos; para 2015 ter controlado e iniciado a redução da incidência da doença; entre 1990 e 2015, reduzir à metade as taxas de prevalência e de mortalidade por TB (WHO, 2005). Para o alcance dessas metas, a OMS recomenda a estratégia DOTS e ressalta a importância de sua implementação (WHO, 2005).

Em setembro de 2003, um 2º Comitê *Ad-hoc* foi convocado com a finalidade de revisar o progresso global do controle da TB, propor recomendações e intensificar esforços para o alcance das metas pactuadas até 2005, principalmente nos países com maior carga de TB. Dentre os avanços alcançados até então, destaca-se a parceria global *Stop TB* e a mobilização de recursos provenientes de fontes como o Fundo Global contra AIDS, malária e TB. As principais recomendações deste comitê foram: fortalecimento do compromisso político, discussão sobre a crise na força de trabalho em saúde, fortalecimento dos sistemas de saúde - particularmente os serviços de atenção primária, acelerar

a resposta à emergência do TB/HIV e mobilização social. O comitê aponta o controle da TB como parte integral de uma ampla estratégia para melhorar a saúde e reduzir a pobreza (WHO, 2004a).

Convém destacar que as metas globais de detecção e cura da TB pactuadas desde 1991 não foram atingidas em 2005 (62% detecção de casos e 84% sucesso tratamento). Nesse sentido, reforça-se a necessidade de compromisso com a expansão da estratégia DOTS para a obtenção de impacto nas MDM relacionadas à doença até 2015 (WHO, 2007) rumo à sua eliminação enquanto um problema de saúde pública até o ano 2050 (WHO, 2006a).

1.2 A Estratégia DOTS no Controle da Tuberculose

Frente à problemática mundial da TB, a estratégia DOTS tem sido considerada essencial e é recomendada internacionalmente para seu controle. Tal estratégia representa o cerne da política de controle da doença na atualidade (WHO, 2004b). Não se trata simplesmente de uma abordagem clínica para gerenciamento do paciente, mas sim uma estratégia para controle da TB dentro do sistema público de saúde (WHO, 2005).

A transferência desta nova política de controle da TB - DOTS, do nível internacional para o nacional agregou duas fases essenciais. A primeira esteve relacionada à mobilização de interesses e recursos, seguida do desenvolvimento de um processo intensivo de promoção, propaganda e a defesa da mesma através da opinião pública e da mídia. Tal esforço para a defesa da estratégia

DOTS tinha como principal finalidade o aumento de recursos para o controle da doença. Destaca-se que esse processo de marketing do DOTS obteve sucesso mas também contestações, principalmente da comunidade científica, que considerava a estratégia simplificada para lidar com uma doença complexa, e apontava a necessidade de investimentos no sentido de desenvolver novas tecnologias como vacinas e fármacos para redução do tempo de tratamento da TB (OGDEN; WALT; LUSH, 2003; GRANGE, 1997).

A estratégia DOTS caracteriza-se pela observação e monitoração da administração dos medicamentos, mas não deve ser concebida apenas como tal. Na realidade compreende um corpo de medidas complementares, definidas pela OMS como os cinco pilares da estratégia:

1. Compromisso governamental nas atividades básicas de controle da TB;
2. Detecção de caso por baciloscopia em todo paciente sintomático respiratório;
3. Esquemas de tratamento padronizados de seis a oito meses, com tratamento diretamente supervisionado para pelo menos todo caso bacilífero;
4. Suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados;
5. Sistema de registro e notificação de casos que permitam o acompanhamento dinâmico dos resultados de tratamento de cada paciente e do PCT com um todo (WHO, 1999).

Resultados significativos foram alcançados no controle da TB, desde a década de 90, quando da introdução do DOTS. Desde 2001 até 2005, 32 novos países adotaram a estratégia, num total de 187 países (de 212) e uma cobertura de 89% da população mundial (WHO, 2004b, 2006b, 2007). Em 2005, aproximadamente 5 milhões de casos de TB foram notificados nas áreas com

DOTS (WHO, 2007). Estimativas apontam que a estratégia salvou mais de um milhão de vidas no período de 1993-2003 (FRIEDEN; DRIVER, 2003).

Além de modificar o perfil epidemiológico da TB, o emprego da estratégia DOTS possibilita a reorganização dos serviços, sendo eficiente por não necessitar de hospitalização, o que torna o tratamento disponível e de baixo custo. Também diminui o risco do abandono e, conseqüentemente, o desenvolvimento de resistência às drogas convencionais, evitando o uso oneroso de outros medicamentos, de eficácia questionável (TEIXEIRA, 1998).

Apesar do considerável progresso, este ainda não tem sido suficiente, pois nos países com baixos recursos ocorrem cerca de 95% de todos os casos de TB e 98% das mortes, dada a marginalização e pobreza destes locais (WHO, 2002).

Atualmente, segundo a OMS, 22 países no mundo concentram cerca de 80% dos casos da doença, os quais são prioritários para a expansão da estratégia DOTS (WHO, 2005).

Destaca-se que em 1998 e 2003, os Comitês *Ad-hoc* convocados pela WHO discutiram a situação da TB nos países quanto ao alcance das metas de cura e detecção pactuadas para 2000 e 2005 e efetuaram recomendações para o rápido controle da doença (WHO, 2003, 2004c). O reduzido progresso na implementação do DOTS em países com elevado número de casos foi informado, além de serem identificadas as principais dificuldades para tal. A necessidade de uma ampla participação intersetorial para o controle da doença tem sido recomendada (WHO, 2002; VÉRON et al., 2004).

1.3 Dificuldades e desafios na implantação e implementação da estratégia DOTS para o Controle da Tuberculose

Os relatórios dos Comitês *Ad hoc* convocados pela OMS em 1998 e em 2003 apontaram fatores-chave inibidores para a expansão do DOTS e o efetivo controle da TB, dentre eles a lacuna no compromisso político, o escasso suporte financeiro para o controle da doença, a debilidade na organização e gerenciamento dos serviços de saúde, a inadequação dos recursos humanos (RH), o irregular suprimento de medicamentos, a epidemia HIV e o aumento da MDR. Tais debilidades devem ser priorizadas nas agendas de pesquisa, segundo a perspectiva da OMS, para melhor instrumentalização da defesa da estratégia DOTS como a principal política de controle da TB (NUNN et al., 2002; VÉRON et al., 2004; WHO, 2004c).

Além das dificuldades citadas anteriormente, acrescenta-se também a baixa resposta da sociedade como limitante para a expansão sustentável da estratégia DOTS (WHO, 2002). A sociedade deve ser parte da solução para os desafios no controle da TB (WHO, 2003). A mobilização social é essencial para aumentar e sustentar a vontade política necessária para efetiva implantação e compreensão do DOTS nos diversos contextos de saúde (WHO, 2002). No entanto, o baixo conhecimento público sobre a TB e seu tratamento, além de dificultar o protagonismo desses atores junto às instâncias de decisão política, também potencializa o estigma sobre a doença, principalmente quando envolve a infecção pelo HIV, e limita os esforços para detectar e tratar adequadamente os casos suspeitos (WHO, 2004b).

Segundo o Relatório da WHO (2005), entre os atuais obstáculos para a expansão do DOTS, cinco merecem destaque: equipes com curto treinamento; frágil compromisso político; fraqueza nos serviços laboratoriais; inadequado gerenciamento dos casos de MDR; co-infecção TB/HIV. Em relação à resistência às drogas, poucos países possuem políticas nacionais para o diagnóstico e tratamento da MDR-TB; mesmo aqueles que possuem, o tratamento geralmente falha em relação ao encontro de padrões aceitáveis. Em relação à TB/HIV, PCTs registram que poucos pacientes realizam o teste para o HIV (3% dos casos notificados), poucos são avaliados para a terapia anti-retroviral e ainda uma pequena fração inicia essa terapia (WHO, 2005).

A capacidade dos serviços de saúde pública precisa ser potencializada para manter e ampliar o DOTS com efetivo compromisso na detecção e tratamento de casos. É necessário promover a melhora do acesso e utilização dos serviços de saúde mediante o envolvimento da comunidade e incorporação de modelos de intervenção centralizados nos indivíduos. A acessibilidade e qualidade no diagnóstico e tratamento devem ser asseguradas mediante a colaboração e integração entre setores públicos, privados e voluntários. A estratégia DOTS requer principalmente a integração na atenção primária e adaptação contínua frente às reformas do setor saúde (WHO, 2002).

Uma das limitações do controle da TB refere-se ao reduzido impacto na detecção de casos mesmo em áreas com DOTS implantado, onde as possíveis razões para tal situação podem estar relacionadas à dificuldade de acesso aos serviços de TB, à não identificação de casos suspeitos ou ao incorreto diagnóstico da doença, à não notificação dos casos, à falta de integração entre programas de saúde pública ou setores privados com os Programas Nacionais de Controle da

TB. Nesse sentido, desafios permanecem quanto à reorganização das ações e serviços frente à realidade local, à integração entre os setores públicos e privados de saúde, bem como à capacidade dos RH em função de debilidades nos processos de treinamentos (VÉRON et al., 2004).

Destaca-se que a ampla cobertura do DOTS em um dado país não significa que todos os profissionais de saúde seguem a estratégia, mas sim que apenas alguns serviços de saúde pública são responsáveis por sua execução. Em alguns países, apenas clínicas especializadas em TB operacionalizam o DOTS e não há integração com os demais serviços de saúde, dentre eles, os de atenção primária à saúde (APS). Essa dificuldade de integração entre profissionais e serviços também pode explicar o descompasso entre aumento da cobertura DOTS e baixo progresso em relação à detecção de casos. Ressalta-se a necessidade de integração entre pontos de atenção à saúde como hospitais públicos e clínicas de APS, além do engajamento conjunto do setor privado para implementar as taxas de detecção e cura da TB (VERÓN et al., 2004).

A expansão do DOTS requer serviços e profissionais de saúde de organizações governamentais e não governamentais adequadamente preparados e integrados ao Programa Nacional de controle da TB (VERÓN et al., 2004).

De modo geral, empreendimentos são necessários para que o DOTS seja considerado como uma estratégia de amplo suporte para todos os provedores, doentes e pessoas para manejar o problema da TB. A expansão da estratégia torna o acesso para o cuidado da TB reconhecido como um direito humano e o controle da doença como um bem social com grandes benefícios para a sociedade. O controle da TB promove o alívio da pobreza e reduz o grande impacto sócio-econômico da doença (WHO, 2002).

Frente ao contexto atual onde se desenvolve a TB, permeado pelo alto impacto do HIV/AIDS, principalmente na África, e pelo surgimento das formas de resistência às drogas em várias partes do mundo é que justificam a implantação e expansão da estratégia DOTS (WHO, 2002, 2004b) para a adequada prevenção e gerenciamento da doença pelos sistemas de saúde, uma vez que novas tecnologias relacionadas a medicamentos, melhores métodos diagnósticos e vacinas ainda não estão disponíveis para o efetivo controle da TB (DYE et al., 1998). Segundo previsões, a disponibilidade de tais tecnologias deve ocorrer somente entre os anos 2010-2015 (WHO, 2006a).

A estratégia DOTS é de fato essencial para o controle da TB, mas apenas seus cinco componentes sozinhos não serão suficientes. Também são necessários o fortalecimento dos sistemas de saúde, o envolvimento de todos os prestadores de cuidado à saúde (público-privado), o engajamento das pessoas com TB e das comunidades afetadas, o adequado manejo dos casos TB/HIV e MDR, bem como a promoção de pesquisas para o desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias para o efetivo controle da doença e alcance das metas pactuadas (WHO, 2006a).

1.4 A Situação da Tuberculose no Brasil e as políticas de controle da doença

O Brasil ocupa o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% dos casos estimados de TB no mundo. Segundo estimativas da OMS para o ano de 2005, os coeficientes incidência e prevalência da doença por todas as formas foram 60/100.000 hab. e 76/100.000 hab. respectivamente, o coeficiente de incidência para os casos pulmonares bacilíferos foi de 26/100.000 hab., o coeficiente de mortalidade de TB por todas as formas foi de 7,5/100.000 hab e o percentual de co-infecção TB/HIV foi de 14% (WHO, 2007). Fontes do Ministério da Saúde (MS) apontam a existência de aproximadamente 50 milhões de infectados, 111.000 casos novos e 6.000 óbitos ocorrendo anualmente (CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004). Em 2005 foram notificados 80.209 casos de TB, dos quais, 66.083 eram casos novos pulmonares e 42.093 com baciloscopia positiva (WHO, 2007). Em relação aos resultados de tratamento, o percentual de cura é de 72,2% e o de abandono 11,7%, alcançando em algumas capitais o valor de 30% a 40% (WHO, 2005), distante, portanto, da meta internacional pactuada pelo governo brasileiro de curar 85% dos casos. A taxa de detecção de casos novos com baciloscopia positiva no ano de 2005 foi de 86% e o sucesso de tratamento sob DOTS em 2004 foi de 81% (WHO, 2007).

O problema da TB no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde os determinantes do estado de pobreza, as fraquezas de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão limitam a ação da tecnologia e, por conseqüência, inibem a queda sustentada de uma doença marcada pelo contexto social. Duas importantes causas concorrem para o agravamento do

quadro da TB – a epidemia da AIDS e a multirresistência às drogas (CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004). A interação com a AIDS, a emergência de bacilos multirresistentes, aliados à desorganização dos serviços de saúde representam os desafios atuais para o controle da doença (HIJJAR, 2005).

Cabe destacar que, no início da década de 90, o país viveu um período de grave crise no controle da TB, pois ocorre simultaneamente a desestruturação do PCT em nível federal, o enfraquecimento das coordenações estaduais, a diminuição de recursos financeiros e as supervisões dos programas, a disseminação da epidemia da AIDS, a diminuição da busca de casos e piora dos resultados de tratamento, inclusive com o aumento nas taxas de abandono (RUFFINO-NETTO, 2002).

Nesse sentido, a situação da TB era preocupante, uma vez que seu controle representava média prioridade para o MS e baixa prioridade para a maioria das secretarias estaduais e municipais de saúde, órgãos responsáveis diretamente pela execução das atividades com impacto na redução do problema (BRASIL, 1997).

Frente a tal cenário, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), responsável em nível nacional pelo controle da TB, no ano de 1994, apontou diretrizes para a elaboração do Plano de Ação Emergencial para Municípios Prioritários, cuja finalidade era controlar a TB nos municípios onde a doença atingisse a maior força no território, e nos quais o emprego de recursos possibilitasse o alcance de melhores resultados para redução da doença. Destaca-se que o referido plano foi implementado apenas em 1996 (BRASIL, 1997).

O plano estabeleceu como estratégia, o direcionamento de atenção, esforços e recursos financeiros aos municípios com indicadores desfavoráveis quanto ao desempenho das ações de controle da TB e que concentram cerca de 75% dos casos da doença no país. Foram selecionados no Brasil, 230 municípios prioritários, os quais se enquadravam nos seguintes critérios: população acima de 50.000 habitantes, coeficiente de incidência de TB acima da média brasileira (58,4 por 100.000 hab. em 1995), óbitos acima de 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de 85%, abandono acima de 10% e elevada incidência de casos de AIDS (BRASIL, 1997).

A partir de 1997, tais municípios passariam a receber repasses financeiros através de um convênio com a Fundação Nacional de Saúde (FNS), o qual estipulava as obrigações/ restrições na aplicação dos recursos (BRASIL, 1997). O montante de recursos repassados baseava-se no valor estipulado de R\$ 100,00 para cada caso estimado de TB que deveria ser descoberto em cada um dos municípios prioritários (RUFFINO-NETTO, 1999).

O referido plano tinha como objetivo o aumento da efetividade das ações de controle da TB no território nacional, mediante a implementação de atividades específicas com a finalidade de diminuir a transmissão do bacilo na população até o ano de 1998. Esperava alcançar como resultados:

- o aumento da cobertura do PCT em todo município priorizado;
- o diagnóstico de pelo menos 90% dos casos de TB existentes;
- a identificação e exame de 100% dos SR programados;
- o tratamento dos casos diagnosticados, seguindo as normas padronizadas pela CNPS;
- a cura de 85% dos casos tratados (BRASIL, 1997).

Destaca-se que o plano emergencial já privilegiava a implantação do TS para os pacientes com maior risco de abandono (mendigos, alcoolistas, presidiários, doentes mentais, usuários de drogas, dentre outros). Também apontava a necessidade do desenvolvimento de ações políticas junto às autoridades de saúde e sociedade em geral para que a TB passasse a ser considerada uma prioridade nos planos municipais de saúde (BRASIL, 1997).

Em março de 1998, a situação epidemiológica da TB no mundo é divulgada como uma calamidade pela imprensa internacional e pela OMS, onde o Brasil ocupava a 10ª posição entre os 22 países com maior carga da doença (RUFFINO-NETTO, 1999).

Deste modo, no mês de agosto de 1998, a resolução n.º 284 do Conselho Nacional de Saúde considera a situação da TB e do PCT no Brasil como um “descalabro consentido” expressado pela baixa notificação de casos, precária investigação dos SR, alta proporção de tratamentos fracassados, abastecimento irregular de medicamentos e custos mais elevados em relação aos produzidos internacionalmente, sistemas precários de informações e de controle de qualidade laboratorial, falta de políticas claras e sustentadas incluindo o financiamento regular, inexistência de explícita e efetiva vontade política. Tal resolução aponta que o plano emergencial necessitava de ajustes e ampliação para um plano de cobertura nacional, onde então são sugeridas estratégias para a implantação do Plano Nacional de Controle da TB (PNCT) (BRASIL, 1999).

O PNCT decorre de uma decisão do Conselho Nacional de Saúde que resolveu destacar a TB como um problema prioritário de saúde no Brasil e instituiu as seguintes metas:

- Implementar a cobertura do PCT para 100% dos municípios;

- Em três anos (2001) diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados e tratar com sucesso pelo menos 85% dos mesmos;
- Em nove anos (2007) reduzir a incidência em pelo menos 50% e a mortalidade em dois terços (BRASIL, 1999; RUFFINO-NETTO, 1999, 2002).

Ressalta-se que neste plano é adotada oficialmente estratégia DOTS, seguindo as recomendações da OMS (BRASIL, 1999).

O lançamento do PNCT em outubro de 1998 tinha como uma das diretrizes a responsabilização do MS pelo estabelecimento de normas, aquisição e abastecimento de medicamentos, referência laboratorial e de tratamento, coordenação do sistema de informações, apoio aos estados e municípios e articulação intersetorial para maximizar os resultados das políticas públicas. Ainda reconhece como essencial a articulação e complementaridade das ações dos três níveis de gestão (União, Estados e Municípios) (BRASIL, 1999).

Em relação aos municípios, caberia a eles o desenvolvimento de seus PCTs com base nas normas e orientações do PNCT vigente. No entanto, é ressaltada a necessidade de adaptações frente às peculiaridades locais, principalmente no que tange à prática do TS. Componentes fundamentais do plano referem-se à atenção aos SR, para se diagnosticar a totalidade dos casos estimados e ao TS para diminuir o abandono a 5% (BRASIL, 1999).

O Plano introduz como inovações a oficialidade da prática do TS e a instituição de bônus no valor de R\$ 150,00 para cada caso de TB tratado e curado através do TS e de R\$ 100,00 para cada caso curado mediante a utilização do tratamento auto-administrado (TA). O repasse desses bônus ocorria automaticamente mediante a notificação de alta por cura dos doentes. Essa

modalidade de repasse de recursos financeiros superava o trâmite burocrático de assinatura de convênios e se constituía em uma estratégia cuja finalidade era implementar a melhoria da gestão local para as ações de controle da doença (RUFFINO-NETTO, 1999). Tais repasses foram instituídos pela portaria n.º 3.793/GM de 16 de outubro de 1998. Esta portaria ainda criou códigos e definiu valores relacionados às baciloscopias de diagnóstico e acompanhamento da TB no valor de R\$ 4,50, o que estimularia a intensificação da BSR no contexto municipal (BRASIL, 1999).

Assim, para se obter recursos financeiros, os serviços de saúde deveriam mostrar resultados, ou seja, identificar, tratar e devolver os doentes de TB curados para a sociedade, o que implica na elaboração de estratégias para procurar os casos suspeitos, diagnosticar a doença, tratar e obter boa adesão durante o processo terapêutico (RUFFINO-NETTO, 2002).

Convém apontar que com o PNCT (BRASIL, 1999) houve a extensão do repasse adicional de recursos por meio dos bônus para todos os municípios brasileiros, diferentemente do Plano Emergencial para o Controle da TB (BRASIL, 1997), onde somente aqueles definidos como prioritários eram beneficiados.

Em complementaridade ao PNCT, o MS lançou em 2000 o “Plano Estratégico para a Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil para o período de 2001 a 2005”, o qual contemplava a parceria com os serviços de atenção básica, principalmente o PACS e Programa de Saúde da Família⁴ (PSF), para a expansão das ações no controle da TB com a finalidade de detectar e curar maior número de casos da doença (BRASIL, 2000a).

⁴ Convém destacar que neste trabalho prioriza-se o termo – Estratégia de Saúde da Família (ESF) – por considerá-lo mais adequado na atualidade, uma vez que se refere à estratégia proposta pelo

As metas do plano estratégico definidas para o período de 2001-2002 estavam voltadas inicialmente para 329 municípios considerados prioritários, dentre as quais se destacam:

- implementação das ações do controle da TB em 100% dos municípios prioritários;
- implantação de atividades de controle da TB em 80% dos serviços de saúde existentes na rede destes municípios;
- aumento de pelo menos 20% ao ano no número de SR examinados;
- implantação do TS em 100% das unidades básicas de saúde destes municípios;
- aumento no diagnóstico dos casos esperados de 67% para 87%;
- aumento das taxas de cura dos casos diagnosticados de 72% para 85%
- reduzir o abandono de tratamento de 12,2% para 5% (BRASIL, 2000a; RUFFINO-NETTO, 2001)

As metas relacionadas ao último período (2003-2005) se estendiam a todos os municípios brasileiros, dentre as quais se destacam:

- implementar as atividades de controle da TB em 100% dos municípios;
- implantar o TS em 1.000 unidades básicas integradas ao PCT;
- elevar em 10% ao ano o número de SR examinados nessas unidades;
- curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados;

- reduzir o percentual de abandono a 5%. (BRASIL, 2000a; RUFFINO-NETTO, 2001).

Em agosto de 2002 ocorre a reformulação do pagamento de procedimentos relativos ao atendimento de portadores de TB, através da portaria 1474/GM, onde são definidos novos valores de incentivos relacionados à alta por cura. Para os casos curados de forma auto-administrada a instituição receberia apenas R\$ 50,00 e para cada caso curado de forma supervisionada seria pago R\$ 200,00. Nesta portaria ainda é adicionado o valor de R\$ 50,00 para cada caso novo notificado. O recebimento desses benefícios condicionava os municípios a assinarem um termo de adesão ao incentivo, reafirmando o compromisso com o desenvolvimento das ações do PCT (BRASIL, 2002).

Em 2004, uma nova modalidade de repasse financeiro é instituída, não mais por bônus e sim por valores pré-definidos destinados somente a municípios prioritários (BRASIL, 2004a).

Destaca-se que os PNCT são elaborados a partir do contexto de descentralização do setor saúde no país, seguindo as diretrizes traçadas pela OMS que é inserir a TB no sistema de saúde pública em nível de atenção primária articulada aos três níveis de gestão municipal, estadual e federal (RUFFINO-NETTO, 2002).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a edição das normas operacionais básicas que regulamentam sua operacionalização, aos poucos a TB passa a ser uma doença sob responsabilidade de todos os municípios brasileiros e, de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001, as ações do PCT são reconhecidas como competência da Atenção Básica. Deste modo, tanto os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica como aqueles

habilitados na Gestão Plena do Sistema de Saúde devem se organizar para assistir o doente de TB e seus familiares.

Nesse contexto, em 2004, foi lançado o novo PNCT, o qual aponta a existência de dificuldades no processo de descentralização do PCT para os municípios brasileiros, bem como a atenção aos pacientes, onde em muitos lugares continua ocorrendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a rede básica de saúde (BRASIL, 2004b). A implantação da estratégia DOTS e a descentralização das ações de controle da TB para a AB visando a melhora do acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos são fundamentais e correspondem a um efetivo compromisso político.

Para que haja a integração e sustentabilidade da estratégia DOTS no sistema de saúde do Brasil é necessário o adequado desempenho das políticas de saúde, no sentido de prover recursos financeiros, organizar os serviços de saúde, aprimorar o gerenciamento do PCT, sensibilizar e treinar as equipes de saúde, ressaltando que tudo parte da consciência acerca do problema (RUFFINO-NETTO, 2000).

O novo PNCT reconhece a importância tanto do TS quanto a necessidade de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do SUS. Portanto, reitera o objetivo de integração da doença na AB, incluindo o PACS e PSF. Além disso, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento de ONGs e de parcerias com organismos nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais (coalizão global de TB - Stop TB, União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias, Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional - USAID, OMS, OPAS, dentre outras). Por intermédio dessas parcerias, o PNCT visa o sinergismo e

multiplicação do impacto de suas ações de prevenção e controle da TB (BRASIL, 2004b).

Neste plano, além de traçar objetivos e metas, destaca que 290 municípios são prioritários para intensificações de esforços para o controle da doença, sendo que destes, 73 municípios pertencem ao Estado de São Paulo.

O Estado de São Paulo notifica cerca de 21.000 casos de TB por ano, representando o maior contingente de casos do país em números absolutos. Apresenta um coeficiente de incidência de 43,9/100.000 hab. (SÃO PAULO, 2006a)

As taxas de cura estão próximas de 75% e o abandono próximo a 10% (Figura 1). Quanto ao coeficiente de mortalidade por tuberculose (causa básica), este esteve próximo a 2,5/100.000 hab. em 2004 (SÃO PAULO, 2006a).

Fonte: São Paulo (2006a).

Figura 1 - Retas de Regressão das taxas de cura e abandono de casos novos. Estado de São Paulo – 1998 a 2004

A descoberta de casos da doença tem ocorrido em maior proporção nos serviços de urgência/emergência, principalmente nos grandes centros urbanos (SÃO PAULO, 2006a). Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de incremento nos serviços de ABS para que estes colaborem na identificação de SR e detecção precoce dos casos de TB.

Em relação ao retardo no diagnóstico, entre os 9.181 casos novos bacilíferos registrados em 2005, a informação sobre o tempo decorrido entre o início dos sintomas e início do tratamento foi registrada em 6.624 casos (72%). Destaca-se que a demora média registrada nos casos bacilíferos foi de 8.6 semanas (SÃO PAULO, 2006a). A *Figura 2* mostra a situação da demora na descoberta de casos de TB no Estado de São Paulo.

Fonte: São Paulo (2006a).

Figura 2 - Demora na descoberta de casos novos de tuberculose bacilíferos. Estado de São Paulo, 2005

É possível observar que o tratamento da TB iniciou-se dentro do primeiro mês em 47% dos casos, até dois meses em 72% dos casos e até três meses em 85% dos casos (Figura 2).

A figura anterior aponta uma situação preocupante em relação à cadeia de transmissão da TB, pois 15% dos casos permaneceram mais de três meses com os sintomas antes de iniciarem a terapia medicamentosa (SÃO PAULO, 2006a). Nesse sentido, há que se questionar a efetividade e o desempenho dos serviços de saúde, dentre eles os de AB, quanto ao preparo e motivação dos profissionais para identificarem adequadamente os sintomáticos respiratórios que buscam assistência nos serviços de saúde.

Destaca-se que no ano de 1997 foram selecionados no Estado de São Paulo 25 municípios considerados prioritários para adotar a estratégia DOTS (BRASIL, 1997), passando para 36 em 1998, mediante decisão da Secretaria Estadual de Saúde (SÃO PAULO, 2006a).

Desses 36 municípios selecionados como prioritários para o controle da TB em 1997/1998, no ano de 2004, dois alcançaram cobertura de TS acima de 90%, 17 entre 50% e 89%, 13 entre 10 e 49% e em quatro a cobertura foi menor que 10% (Quadro 1).

Quadro 1 - Cobertura de Casos Novos de Tuberculose em Tratamento Supervisionado nos Municípios Prioritários de São Paulo em 2004

Maior que 90%	Entre 50% e 89%	Entre 10% e 49%	Menor que 10%
Cubatão	Carapicuíba	Diadema	Caraguatatuba
Guarujá	Itapevi	Bauru	Mogi das Cruzes
	São Bernardo do Campo	Osasco	Piracicaba
	Bertioga	Ubatuba	Franco da rocha
	São José do Rio Preto	São Sebastião	
	Embu	Campinas	
	Ribeirão Preto	São Paulo	
	Itanhaém	Mauá	
	Taboão da Serra	São Vicente	
	Taubaté	Jundiaí	
	Jacareí	Sorocaba	
	Praia Grande	Barueri	
	Santos	Guarulhos	
	Itaquaquecetuba		
	Santo André		
	Suzano		
	São José dos Campos		

Fonte: Sistema de Informação de Tuberculose - EPI-TB/SES, março/2006.

Com o PNCT de 2004, houve um aumento de 37 municípios considerados prioritários para o Controle da TB, perfazendo um total de 73, sendo o Estado com maior número de municípios no país. Dos 1.508 serviços de saúde existentes nestes 73 municípios, 763 (50,6%) possuem o PCT implantado e destes, 642 (84,1%) possuem o TS, segundo informações do MS em 2005. Portanto, do total de serviços de saúde existentes nos municípios prioritários a cobertura de TS é de 42,6%. Cabe destacar que uma das metas do PNCT (2004) é expandir o TS para 100% das unidades de saúde até 2007. No entanto, acredita-se que para o alcance desta meta seja fundamental o envolvimento de atores-chave como

gestores municipais de saúde, coordenadores de PCTs e profissionais de saúde que atuam nos diversos pontos de atenção destes municípios para o impacto positivo tanto na detecção precoce de casos como nos resultados de tratamento para o efetivo controle da TB no Estado de São Paulo.

1.5 A Justificativa do Estudo

Desde 2003, a OMS vem demonstrando sua preocupação em relação à lacuna no compromisso político e à qualificação das equipes de saúde para assumirem as responsabilidades com as ações de controle da TB, questão que emerge no bojo da descentralização e integração da doença nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e que representa um dos desafios para a viabilização e sustentabilidade da estratégia DOTS para o alcance das metas de cura e detecção da TB (WHO, 2003, 2004b, 2005, 2006b).

Quanto ao compromisso político, a insuficiência na disponibilização de recursos representa um obstáculo para expansão do DOTS, principalmente nos países que concentram maior carga da doença, dentre eles o Brasil. Destaca-se que a instabilidade política, a ausência de suporte financeiro e apoio ao PCT representam desafios a serem enfrentados para o efetivo controle da doença (WHO, 2004b).

Em relação à lacuna na qualificação das equipes, esta também fragiliza o alcance das metas pactuadas. O atual contexto de descentralização que passa o setor saúde sem o adequado planejamento e suporte técnico resulta na

dificuldade de incorporação das responsabilidades transferidas para os pontos periféricos do sistema de saúde. A dificuldade de integrar o DOTS nos serviços de APS em função da baixa competência e motivação das equipes e da debilidade na infra-estrutura dos mesmos limitam o acesso dos doentes às ações e serviços de TB. As principais questões relacionadas aos RH referem-se à insuficiência quantitativa, qualitativa e distribuição das equipes (WHO, 2004b, 2006a).

Destaca-se que o compromisso político, a mobilização de recursos, a capacidade de gestão e equipes de saúde treinadas e envolvidas são essenciais para a implantação e sustentabilidade do DOTS para o controle da TB em diversos contextos ou locais (WHO, 1999).

No Brasil, o MS juntamente com autoridades dos níveis estaduais e municipais estão trabalhando para fortalecer o controle da TB e reorganizar os serviços de APS para a implementação do DOTS. Treinamento apropriado e contínuo, qualidade na supervisão e atividades de monitoramento do nível estadual para o municipal e do municipal para os níveis locais são indispensáveis para a efetiva implantação da estratégia DOTS (WHO, 2005).

Frente aos desafios lançados para o controle da TB nos sistemas municipais de saúde, este estudo se justifica pela necessidade de analisar o compromisso político dos responsáveis pelo controle e oferta de ações específicas de TB e a qualificação das equipes para lidarem com a doença no contexto da ABS no Estado de São Paulo. Destaca-se que se privilegiou Estado de São Paulo por este apresentar o maior contingente de casos da TB no país e maior número de municípios prioritários para o controle da doença.

2. PRESSUPOSTOS

Este trabalho tem o propósito de compreender o envolvimento de atores-chave com as ações de controle da TB, especificamente com a estratégia DOTS, nos sistemas municipais de saúde. Para a elaboração dos pressupostos foram necessários alguns questionamentos preliminares:

- Quais são os elementos que potencializam ou fragilizam a operacionalização das ações de controle da TB nos municípios prioritários do Estado de São Paulo?
- Os gestores municipais priorizam a TB na agenda de saúde?
- Quais são os elementos que condicionam a priorização ou não da TB na agenda municipal de saúde?
- As equipes de saúde atuantes na atenção básica estão adequadamente preparadas para desenvolver ações de controle da TB?

Considerando as questões acima, os seguintes pressupostos foram elaborados:

- O envolvimento dos gestores municipais de saúde depende da compreensão do problema e das políticas e estratégias difundidas para o controle da TB.
- A operacionalização de ações de controle da TB no contexto da Atenção básica requer equipes de saúde adequadamente preparadas para a incorporação das ações de diagnóstico e tratamento da doença.

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

GERAL

Analisar o envolvimento de atores-chave com as ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo, a partir da percepção dos coordenadores do PCT (2005).

ESPECÍFICOS

1. Analisar o envolvimento dos gestores municipais a partir da priorização da TB na agenda de saúde e disponibilização de recursos para o controle da doença.
2. Analisar o envolvimento das equipes de saúde a partir da execução das atividades de busca de sintomático respiratório e tratamento supervisionado na Atenção Básica à Saúde.

4. QUADRO TEÓRICO

A Tuberculose como Condição Crônica nos Sistemas de Atenção à Saúde

A TB, apesar de ser uma doença infecciosa e transmissível, é considerada pela OMS (2003) e por Mendes (2002) como uma condição crônica em função de sua persistência no tempo (ciclo de vida superior a três semanas) e pelo fato de necessitar de um sistema de saúde integrado que seja capaz de proporcionar um certo nível de cuidados permanentes através da utilização de estratégias adequadas para sua prevenção e gerenciamento. Nesse sentido, o “DOTS” refere-se a uma estratégia para o controle da TB com dimensões políticas, gerenciais e técnicas inseridas no sistema de saúde.

Destaca-se que a atenção à TB se organiza em um contexto sanitário cujo modelo assistencial é caracterizado pela prática médica voltada para uma abordagem biologicista, individualista, mecanicista, especializada, reducionista e com baixa cobertura e resolubilidade (BRASIL, 2000b).

Tal situação aponta que os sistemas de saúde no Brasil estão organizados em torno de um modelo fragmentado que privilegia o atendimento aos eventos agudos e episódicos das doenças, com dificuldade de considerar as reais necessidades de saúde da população. Os sistemas fragmentados se caracterizam por prestar uma atenção descontínua à população e pela ausência de integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde⁵.

Mendes (2001b) aponta que tais sistemas são considerados ineficazes por estarem direcionados para o atendimento das pessoas doentes e suas demandas

⁵ O conceito de ponto de atenção à saúde é central para os sistemas integrados de serviços de saúde e refere-se ao local onde se presta assistência, o qual se insere em uma rede de pontos diferenciados que formam o contínuo de atenção (MENDES, 2001b).

pontuais e imediatistas, além de não enfocarem a prevenção e a gestão de riscos populacionais.

Frente a esse cenário, para que as ações de controle da TB tenham sustentabilidade e promovam impacto no quadro sanitário em nível municipal, impõe-se a necessidade de superar o paradigma fragmentado vigente e organizar o sistema de saúde de modo a promover a atenção às condições crônicas.

Deste modo, desafios são lançados em nível municipal para a organização e gestão do sistema de saúde de forma que este responda adequadamente às reais necessidades e demandas da população sob sua responsabilidade, uma vez que é neste nível onde se enfrentam as adversidades sanitárias.

Para Mendes (2002), os sistemas de saúde estruturados para o atendimento às condições crônicas são capazes de desenvolver um enfoque sistemático e planejado para atender tanto às necessidades relacionadas aos eventos agudos como crônicos de uma determinada população e, para tal, pressupõe uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, destacando o papel central que assume a Atenção Primária à Saúde (APS). O mesmo autor ainda explicita que a diferença entre os sistemas de serviços de saúde voltados para as condições agudas e crônicas é a qualidade da APS.

O correto entendimento do conceito da APS se dará pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. Só haverá atenção primária à saúde de qualidade quando esses seis princípios estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade (MENDES, 2002).

A OMS (2003) aponta que, nos países em desenvolvimento, as condições crônicas surgem no nível da APS e devem ser tratadas principalmente neste nível, contudo, grande parte da APS ainda está estruturada para o atendimento dos problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes.

As condições crônicas devem ser valorizadas nos sistemas de saúde, pois estão aumentando no mundo devido à pobreza, ao envelhecimento da população, à urbanização, à adoção de estilos de vida pouco saudáveis, dentre outros. Estima-se que, caso não sejam adequadamente gerenciadas, as condições crônicas representarão não só a primeira causa de incapacidades em todo o mundo até o ano 2020, mas também as demandas mais dispendiosas para os sistemas de saúde (OMS, 2003).

A TB representa um grave e negligenciado problema de saúde pública no Brasil, gera custos diretos e indiretos para toda sociedade e afeta principalmente as populações desfavorecidas e de baixa renda, as quais sofrem o maior impacto dessa enfermidade (ARAÚJO, 1975; COSTA et al., 2005; SANTOS FILHO, 2006).

Um dos desafios impostos à realidade sanitária dos municípios refere-se à sensibilização e efetivo compromisso dos responsáveis pela elaboração de políticas, dos planejadores do setor saúde e de outros agentes relevantes, como a própria comunidade, para o empreendimento de ações que visem a redução de ameaças impostas pelas condições crônicas à população, aos sistemas de saúde e às economias (OMS, 2003).

Na tentativa de desenvolver e difundir estratégias para o aperfeiçoamento dos mecanismos de prevenção e gerenciamento das condições crônicas, dentre elas a TB, a OMS (2003) propõe um modelo de sistema de saúde baseado na integração e coordenação entre seus componentes estruturais, o qual envolve

elementos tanto no plano de interação do paciente (nível micro), como dos prestadores de serviço e comunidade (nível meso) e da política de saúde (nível macro). Para tal, é necessária a sensibilização e preparo dos atores-chave que integram os diversos níveis do sistema para a incorporação e desenvolvimento de atribuições específicas para o adequado manejo das condições crônicas.

Os componentes estruturais do Sistema de Saúde referem-se aos níveis micro, meso e macro do sistema de saúde, os quais interagem e influenciam uns aos outros de forma contínua e dinâmica (Figura 3). A tríade formada pelos pacientes e familiares, equipes de assistência à saúde e pessoal de apoio da comunidade, corresponde ao nível micro do sistema e é influenciada e apoiada por organizações de saúde mais abrangentes, pela comunidade em geral e pelo ambiente político (OMS, 2003).

Fonte: OMS (2003).

Figura 3 - Dinâmica de interação entre os níveis macro, meso e micro do sistema de saúde

O nível Macro do Sistema de Saúde

O nível macro, ou seja, o ambiente político é responsável pela liderança, formulação e integração de políticas, estabelecimento de parcerias, financiamento e alocação de RH que permitem às comunidades e organizações de saúde prestarem assistência aos doentes/familiares no tratamento das condições crônicas (OMS, 2003).

Este nível corresponde à instância de decisão política e deve estar alinhado aos demais níveis do sistema de saúde. As políticas são meios fundamentais para definição de prioridades, estratégias e formulação de planos locais para reduzir a carga das condições crônicas e proporcionar um impacto significativo sobre a saúde da população (OMS, 2003).

Destaca-se que a alta carga da TB no Brasil reflete, principalmente, a ausência geral de responsabilidade governamental pela política de controle da doença (SANTOS FILHO, 2006) e pela dificuldade de incorporação da estratégia DOTS como prioridade no sistema de saúde.

Para lidar com as condições crônicas, segundo a OMS (2003), compete ao nível macro a incorporação de algumas atribuições essenciais, dentre elas:

- Formar liderança e defender a causa através da identificação e estímulo de lideranças políticas, bem como sensibilização das mesmas acerca das condições crônicas;
- Integrar políticas para englobar estratégias de prevenção, promoção e controle e formar vínculos explícitos com outros programas governamentais e organizações comunitárias;

- Promover financiamento regular e distribuição eqüitativa dos recursos para garantir acesso e cobertura adequada a todos os segmentos da população;
- Desenvolver e alocar adequadamente RH através de investimentos na formação e capacitação;
- Apoiar estruturas legislativas para garantir acesso aos portadores de condições crônicas à assistência adequada e proteger as instituições e os trabalhadores da saúde;
- Fortalecer parcerias entre os setores do governo para melhoria das condições de vida e saúde da população.

Tais atribuições são essenciais para o controle da TB e somente serão incorporadas pelo nível macro do sistema mediante o efetivo compromisso político com a doença. O Compromisso Político corresponde a um dos pilares da estratégia DOTS e deve traduzir-se em uma política de mobilização de recursos humanos/financeiros e suporte administrativo necessário para assegurar que o controle da TB seja uma parte essencial dos serviços de saúde (WHO, 1999).

No contexto municipal de saúde, os responsáveis pelas instâncias de decisão política e planejamento são os prefeitos/gestores municipais, os secretários municipais de saúde/gestores municipais de saúde, os conselhos de saúde, diretores dos diversos departamentos que compõem o organograma municipal, dentre outros atores.

Para o adequado manejo da TB no sistema municipal de saúde é necessário que os tomadores de decisão e planejadores das ações de saúde estejam conscientizados acerca da problemática da TB e das principais estratégias difundidas para seu controle, como o DOTS, para que assumam a liderança e elaborem um plano de ação compatível com a realidade local.

Nesse sentido, os coordenadores municipais dos PCTs (nível Meso), uma vez que possuem interface com o nível Macro, possuem função essencial para a sensibilização dos atores sociais que integram este nível de decisão e elaboração das políticas do sistema para que a TB seja contemplada como prioridade na agenda municipal de saúde.

O nível Meso do Sistema de Saúde

Este nível está relacionado à *organização de saúde* e suas relações com a *comunidade*. Trata-se do nível cuja função essencial é a viabilização das políticas de saúde através da organização, operacionalização e adequação de estratégias definidas pelo nível Macro, levando em consideração a articulação permanente e formação de vínculo com a comunidade, para proporcionar um ambiente favorável para o manejo das condições crônicas no sistema de saúde (OMS, 2003).

Para a organização do sistema de saúde voltado para as condições crônicas, compete ao nível meso a incorporação das seguintes atribuições (OMS, 2003):

- Promover a continuidade e coordenação das ações através da integração e co-responsabilização entre os diversos pontos de atenção à saúde;
- Promover atenção de qualidade através do monitoramento contínuo e da disponibilização de incentivos como instrumentos de motivação para os trabalhadores da saúde e pacientes;

- Organizar e equipar o pessoal da área de saúde através da garantia de recursos materiais necessários; definição de fluxo e contra-fluxo de pacientes, exames e informações entre os pontos de atenção à saúde; otimização das decisões clínicas através da divulgação de normas e diretrizes para diagnóstico e tratamento; proporcionar às equipes de saúde as habilidades, ferramentas e motivação necessária para o adequado manejo das condições crônicas;
- Apoiar o autogerenciamento e a prevenção das condições crônicas através da informação e motivação dos pacientes a cada encontro com os profissionais de saúde para o alcance e manutenção da adesão a esquemas terapêuticos;
- Utilizar sistemas de informação tanto para análise da situação epidemiológica das condições crônicas na população com a finalidade de aperfeiçoar o planejamento e melhorar qualidade geral da atenção prestada, como também para obter informações relevantes sobre os doentes com o intuito de promover um gerenciamento eficaz;
- Estabelecer vínculos e parcerias com a comunidade.

No sistema municipal de saúde, as atribuições citadas anteriormente podem ser identificadas como competência de diretores das diversas divisões de saúde, coordenadores de diversos programas, gerentes de Unidades de Saúde, dentre outros. Em relação à organização das ações de controle da TB no sistema municipal de saúde, tais atribuições correspondem principalmente à coordenação do PCT.

Quanto à operacionalização da estratégia DOTS para o controle da TB, cabe ao nível meso a organização da retaguarda laboratorial e o suprimento de

materiais necessários para dar suporte à detecção de casos, a garantia do suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados, o acompanhamento dos resultados de tratamento de cada paciente e do PCT como um todo através do sistema de registro e notificação de casos, a capacitação e supervisão contínua das equipes de saúde responsáveis pelas ações de prevenção e gerenciamento da doença.

Considera-se que, para o adequado desempenho dos responsáveis pela coordenação das ações de controle da TB, seja necessário um *preparo /domínio técnico-gerencial* que envolve conhecimentos e habilidades sobre prevenção, tratamento e gestão da clínica⁶ para o adequado planejamento, implementação de ações/estratégias locais, capacitação e supervisão de RH e a avaliação epidemiológico-operacional do PCT; um *preparo/domínio político* para a negociação com o nível macro e para sensibilização da comunidade acerca da problemática da TB.

A baixa conscientização e a estigmatização são as principais razões para a ausência de mobilização social em torno da TB no Brasil (SANTOS FILHO, 2006), o que reflete uma lacuna e ao mesmo tempo um desafio para a organização das ações de controle da TB no sistema de saúde.

⁶ Representa um componente fundamental dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde e pode ser definida como a atenção certa, no lugar certo e no tempo certo. Para tal, os sistemas integrados de serviços de saúde devem se apropriar de uma série de tecnologias, dentre elas a gestão de patologia e a gestão do caso. (MENDES, 2001b).

Ainda em relação ao nível meso, a OMS (2003) destaca o relevante papel que assume a comunidade no sistema de saúde e no gerenciamento das condições crônicas, pois seus RH sensibilizados, preparados e motivados são capazes de preencher lacunas encontradas nos serviços prestados pela organização de saúde. Os líderes comunitários ocupam uma posição estratégica para conscientizar e sensibilizar o público acerca da carga das condições crônicas e das estratégias de prevenção/gerenciamento das mesmas, contribuindo também para a redução do estigma a elas associado. Outra função essencial refere-se à pressão política que a comunidade pode exercer sobre outros líderes comunitários e também sobre os decisores do nível macro para incrementar o apoio às condições crônicas.

A participação social na formulação e controle das políticas de saúde no Brasil representa um dos princípios do SUS, cujas instâncias de participação são os conselhos e as conferências de saúde, regulamentadas a partir da Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, para lidar com as condições crônicas no sistema de saúde a OMS (2003) define as seguintes atribuições para a comunidade:

- Promover melhores resultados por meio de liderança e apoio através da participação em conselhos comunitários e/ou de saúde para influenciarem no alinhamento das políticas e práticas visando a otimização da atenção às condições crônicas;
- Mobilizar e coordenar recursos através do levantamento de fundos e organização de esquemas financeiros a fim de gerar recursos para apoiar a prevenção e o melhor gerenciamento das condições crônicas;

- Prestar serviços complementares através de trabalhadores comunitários, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que possuem capacidade de formar vínculos mais fortes com a comunidade. No entanto, é fundamental a adequada capacitação desses atores para prestarem serviços básicos e promoverem ações educativas na comunidade em geral sobre a prevenção de problemas crônicos.

O nível Micro do Sistema de Saúde

Este nível corresponde à interação propriamente dita entre doente/família, equipes de saúde e comunidade. A referida tríade se encontra no centro do modelo proposto pela OMS (2003), o qual aponta para a necessidade de intensificar a função dos pacientes e das famílias e os vincular às suas respectivas comunidades e organizações de saúde.

As atribuições essenciais do nível micro, de acordo com a OMS (2003), para o adequado manejo de condições crônicas como a TB são:

- Equipes de atenção à saúde preparadas, informadas e motivadas para executarem funções e responsabilidades compatíveis com suas capacidades profissionais;
- Pacientes e famílias preparados, informados e motivados para controlar e prevenir as condições crônicas, através da incorporação de comportamentos mais saudáveis e adesão a terapêuticas prescritas;

- Grupos de apoio da comunidade preparados, informados e motivados para assumirem funções tradicionalmente designadas a trabalhadores da saúde como voluntários sendo, portanto, recursos abundantes para a prestação de serviços essenciais relacionados às condições crônicas.

Em relação ao controle da TB, compete a este nível a execução das atividades técnicas da estratégia DOTS (diagnóstico e tratamento, TS, BSR e controle de comunicantes), as quais tradicionalmente ficavam sob responsabilidade das equipes do PCT e atualmente, de acordo com as políticas de controle da doença (BRASIL, 2001, 2004b), passam a ser incorporadas gradativamente pelos serviços de ABS. Portanto, é no nível micro onde ocorre de fato o processo de atenção aos doentes de TB.

O processo de atenção ou desempenho em um sistema de serviços de saúde são as ações que constituem oferta e recebimento de serviços. A oferta de serviços pelos profissionais de saúde, também designada *atenção proporcionada*, envolve o *reconhecimento de problemas (ou necessidades)* que existem tanto na comunidade como nos pacientes individuais e subentende a consciência do contexto sanitário; a formulação de *diagnóstico* ou entendimento dos problemas identificados; a instituição de estratégias para o adequado *tratamento ou manejo*; a *reavaliação* do problema para determinar se o diagnóstico e o tratamento/manejo foram adequados e se novas intervenções são pertinentes (STARFIELD, 2002). Destaca-se que o desempenho da atenção prestada à clientela é influenciado pela estrutura/capacidade dos serviços de saúde (TANAKA; MELLO, 2001).

Quanto ao recebimento de serviços pelos pacientes ou comunidade, também designado *atenção recebida*, este se inicia com a decisão das pessoas acerca da utilização ou não do sistema de saúde. Se optarem por utilizá-lo, chegam a uma compreensão sobre o que os serviços lhes oferecem e, então, decidem quão satisfeitos estão com seu atendimento e se aceitarão as recomendações e plano terapêutico proposto pelos profissionais de saúde. Posteriormente, decidem sobre o quanto querem participar deste processo, bem como se irão realizar as recomendações, modificá-las ou desrespeitá-las parcial ou completamente (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, a capacidade técnica e a habilidade interpessoal dos profissionais de saúde configuram-se como elementos-chave durante o processo de atenção para proporcionar o acolhimento, vínculo e adesão dos doentes de TB.

A interação entre doentes, profissionais de saúde e comunidade, bem como, a abordagem à família durante do processo de atenção devem ser enfatizados para assegurar uma assistência integral e resolutiva. Cabe apontar a relevância que os serviços de saúde assumem nesse contexto, uma vez que estes podem facilitar ou limitar seu uso pelos indivíduos que demandam atenção. Desta forma, lidar com as condições crônicas implica em otimizar recursos mediante planejamento prévio, capacitar profissionais de saúde numa perspectiva técnica e humanística, enfatizar a prevenção/auto-gerenciamento e estabelecer estratégias visando um melhor desempenho dos serviços de saúde (OMS, 2003).

Para a adequada prevenção e gerenciamento das condições crônicas como a TB, pacientes, comunidade, trabalhadores da saúde, e, sobretudo, tomadores de decisão precisam reconhecer que o sistema de saúde precisa avançar para

um modelo que contemple a integração e coordenação entre seus componentes estruturais para potencializar o desenvolvimento das atribuições específicas dos níveis *Macro*, *Meso* e *Micro* (Figura 4) (OMS, 2003).

Fonte: OMS (2003).

Figura 4 - Modelo de Sistema de Saúde baseado na integração dos componentes estruturais dos níveis Macro, Meso e Micro para lidar com as condições crônicas

Este modelo proposto pela OMS (2003) parte da premissa que o desenvolvimento e incorporação de estratégias para a prevenção e gerenciamento das condições crônicas exige compromisso e preparo (político, gerencial e técnico) dos responsáveis pela elaboração de políticas, dos planejadores, organizadores, executores e fiscalizadores do sistema de saúde.

No que tange à estratégia DOTS para o controle da TB, seu sucesso depende de um sistema de saúde que realmente funcione, onde a própria

capacidade de expansão e sustentabilidade da estratégia expressam o grau de desenvolvimento do sistema. Atualmente, PCTs têm se empenhado em melhorar o desempenho e a qualidade da atenção à doença em um contexto marcado pela crise na força de trabalho, pela debilidade do financiamento e das funções governamentais, bem como pela ausência de integração da rede de serviços de saúde (WHO, 2006c).

Enfim, investir na estratégia DOTS para o efetivo controle da TB significa investir na melhoria do sistema de atenção à saúde, onde desafios são lançados para o fortalecimento dos RH, para a equidade no financiamento em saúde e para o gerenciamento do sistema, incluindo articulação entre diferentes autoridades e prestadores de serviços (WHO, 2006c).

5. METODOLOGIA

5.1 A Escolha da Abordagem do Estudo

Trata-se de um estudo que utiliza a abordagem qualitativa com a finalidade de aprofundar conhecimentos sobre a percepção dos coordenadores do PCT acerca do envolvimento de atores-chave com as ações de controle da TB no contexto de sistemas municipais de saúde.

Ressalta-se que os atores-chave considerados neste estudo foram os secretários municipais de saúde/gestores municipais de saúde e as equipes de saúde atuantes na AB, seja nas UBS ou nas USF/PACS. 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. O envolvimento dos atores-chave contempla duas dimensões essenciais, uma no âmbito da gestão do sistema de saúde e a outra relacionada à própria prestação do cuidado.

Ao abordar a percepção dos coordenadores do PCT no objeto de estudo da presente pesquisa, reconhece-se a presença e influência das dimensões subjetivas, simbólicas e contraditórias, próprias do ser humano, que na verdade reflete a singularidade desses indivíduos frente à experiência, o vivido, as concepções, as emoções e sentimentos inerentes aos processos e relações sociais que permeiam a organização das ações de controle da TB.

Bosi e Uchimura (2006, p.94) consideram a subjetividade nas percepções dos sujeitos como a sinalização das experiências materializadas nas relações estabelecidas no interior de determinados programas ou serviços de saúde.

Frente à natureza e complexidade do objeto em estudo, a opção por esta abordagem ganha especial pertinência e coerência, uma vez que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada, pois trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes das ações e relações humanas (MINAYO, 2001, p.21). Tal abordagem permite a apreensão da realidade e dos fenômenos em sua singularidade e complexidade (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Turato (2005) aponta que a abordagem qualitativa aplicada à saúde não busca apenas estudar os fenômenos em si, mas entender seu significado individual ou coletivo.

Para Minayo (2004, p. 10), a pesquisa qualitativa incorpora “a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (...)”. Permite, assim, compreender o imaginário dos sujeitos em estudo quanto às práticas, os desafios e as dificuldades político-operacionais do envolvimento dos atores-chave com as ações de controle da TB nos sistemas municipais de saúde.

Acredita-se que a realidade do controle da TB nos diversos contextos municipais apresenta uma dinâmica própria que perpassa aspectos individuais e coletivos e que transborda toda riqueza de motivações e significados dos sujeitos em estudo sobre os atores-chave envolvidos direta e indiretamente com a doença.

Convém reforçar que o presente objeto de estudo é complexo, muitas vezes contraditório, inacabado e em permanente processo de transformação (MINAYO, 2004).

Ainda sobre pesquisa qualitativa, seu grande desafio pauta-se na interpretação dos dados na perspectiva dos entrevistados e não em uma discussão na visão do pesquisador ou a partir da literatura, pois a principal contribuição está na produção de conhecimentos originais para o avanço da ciência e não apenas para a confirmação de teorias já existentes (TURATO, 2005).

Cabe destacar que os resultados obtidos a partir de estudos que utilizam a abordagem qualitativa não são generalizáveis, uma vez que não se pautam em quantificações; no entanto, sua utilidade consiste em termos de produção de conhecimentos originais que permitem a compreensão de situações específicas em novos contextos (TURATO, 2005).

5.2 O Campo de Estudo

O estudo foi realizado em nove municípios pertencentes à lista dos 36 selecionados como prioritários no Estado de São Paulo, a partir de 1997/1998, para a intensificação das ações de controle da TB e implantação da estratégia DOTS. Desta forma, tais municípios constituem o campo de estudo do presente trabalho.

Na pesquisa qualitativa, campo de estudo refere-se ao “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (MINAYO, 2004, p. 105).

De acordo com Cruz Neto (2001, p. 54), o campo de estudo representa o palco de manifestações das intersubjetividades dos sujeitos, o qual propicia a construção de novos conhecimentos.

5.2.1 O Estado de São Paulo e os 36 municípios prioritários para o Controle da Tuberculose

O Estado de São Paulo representa uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localiza-se no sul da região Sudeste e tem como limites o estado de Minas Gerais, Rio de Janeiro, oceano Atlântico, Paraná e Mato Grosso do Sul. Ocupa uma área de 248.808,8 quilômetros quadrados, sendo pouco maior que o Reino Unido (SÃO PAULO, 2007). Representa cerca de 2,91% do território brasileiro (SÃO PAULO, 2003).

Possui o maior parque industrial e é considerado o "motor econômico" do Brasil, sendo responsável por 31% do produto interno bruto (PIB) do país. É o estado mais rico da federação e apresenta alto Índice de Desenvolvimento Humano, sendo superado apenas por Santa Catarina e pelo Distrito Federal (SÃO PAULO, 2007). Em 2004, o PIB do estado foi de aproximadamente 546 milhões de reais, com um valor per capita de R\$ 13.725,00 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2004). Destaca-se que no ano de 2002, o rendimento médio dos 10% mais ricos era 14,4 vezes maior que o rendimento médio dos 40% mais pobres, mantendo-se essa proporção em 2003 (SÃO PAULO, 2003). A porcentagem de alfabetização no Estado foi de 82,65% no ano

2000 (IBGE, 2000). A taxa média de desemprego total da população economicamente ativa na região metropolitana de São Paulo foi de 19,9% em 2003. (SÃO PAULO, 2003)

Quanto ao aspecto político-administrativo, o Estado de São Paulo é dividido em 645 municípios, distribuídos em 42 Regiões de Governo, 14 Regiões Administrativas e três Regiões Metropolitanas (Região Metropolitana de São Paulo, da Baixada Santista e de Campinas) (SÃO PAULO, 2003). No que tange à Secretaria de Estado da Saúde, esta possui sua ação regionalizada em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) para fins estratégicos de gestão.

Em 2003, o Estado de São Paulo tinha uma população residente de 38.718.301 habitantes, representando quase 22% da população brasileira, constituindo-se na mais populosa Unidade da Federação e em uma das mais densas, com mais de 149 habitantes por km², contra uma média nacional de pouco menos de 20 habitantes por km² (SÃO PAULO, 2003). A estimativa do IBGE para a população residente do Estado em 2005 foi de 40.442.820 habitantes (IBGE, 2005a).

Ocorreram no Estado, no ano de 2003, cerca de 622 mil nascimentos, correspondendo a uma taxa de natalidade de 16,1 nascidos vivos por mil habitantes. Existe uma tendência de diminuição da fecundidade, atingindo no ano em referência seu menor índice (1,8 filhos por mulher) (SÃO PAULO, 2003).

Quanto às taxas de mortalidade, estas permanecem em torno de 6,2 óbitos para cada mil habitantes. O Estado de São Paulo apresentava em 2003 a seguinte distribuição de óbitos por faixa etária: 5% de 0 a 4 anos; 1% de 5 a 14 anos; 18% de 15 a 44 anos; 25% de 45 a 64 anos e 51% na faixa de 65 anos ou mais. Existe uma considerável redução das taxas de mortalidade em crianças,

devido à diminuição das causas perinatais, das doenças do aparelho respiratório, das infecciosas e parasitárias. Apesar das estatísticas apontarem redução do risco de morte em crianças menores de 1 ano, com uma taxa de 14,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2003, tal índice situa o Estado entre as áreas de menor mortalidade do Brasil; no entanto, ainda encontra-se em patamar elevado quando comparado ao de países desenvolvidos (abaixo de 8 óbitos por mil nascidos vivos), inclusive de alguns países latino-americanos de menor poder econômico, como Chile e Cuba (abaixo de 10 óbitos por mil). Em relação ao grupo com 65 anos ou mais, houve aumento na proporção de óbitos desse segmento etário no total de mortes do Estado (de 43% em 1990 para 51% em 2003). Tal crescimento estaria refletindo o processo de envelhecimento populacional. (SÃO PAULO, 2003).

De acordo com a *Figura 5*, dentre as causas de morte no Estado, destaca-se o relevante papel das doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 30% dos óbitos ocorridos em São Paulo em 2003, seguidas pelas neoplasias (16%), as causas externas (13%), as doenças do aparelho respiratório (11%), entre outras.

Fonte: São Paulo (2003).

Figura 5 - Distribuição dos Óbitos por Principais Causas de Morte, Estado de São Paulo, 2003

Ainda no ano de 2003, para os homens na faixa etária entre 15 e 44 anos, as agressões representaram a primeira causa de morte (34,7%), seguida dos acidentes de transporte (11,1%). Já os óbitos femininos na mesma faixa etária, a Aids e as agressões mostraram-se como as causas mais importantes, correspondendo a 8,2% e 8,1%, respectivamente, seguidas pelas doenças cerebrovasculares (6,8%) (SÃO PAULO, 2003).

Em relação à Aids, os municípios do Estado de São Paulo apresentaram 100.494 casos no período de 1991-2001, que corresponderam a 44,9% da epidemia no Brasil (RODRIGUES JÚNIOR; RUFFINO-NETTO; CASTILHO, 2006).

No que diz respeito à cobertura dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário, cerca de 94% dos domicílios urbanos do Estado são atendidos por água e 83% por esgoto. Apenas 47% da população urbana do Estado de São Paulo atendida pelo serviço de coleta de esgoto domiciliar

possuem tratamento dos mesmos. Quanto aos resíduos sólidos domiciliares/comerciais, 26% não possuem destinação final satisfatória através de aterros sanitários ou de outras formas sanitariamente recomendáveis, como incineração (SÃO PAULO, 2003).

A existência de serviços de saneamento básico associada à ampliação dos serviços de AB contribui para a melhoria das condições de saúde da população. A rede de serviços de AB, composta por postos de saúde, unidades básicas e unidades de saúde da família, apresenta forte presença no interior do Estado, notadamente nas regiões de Sorocaba, Campinas, Presidente Prudente e Marília, que constituem importantes pólos de concentração populacional e econômica no Estado (SÃO PAULO, 2003). Em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), em dezembro de 2005 havia cerca de 8.532.483 pessoas cadastradas por este modelo de atenção no Estado de São Paulo, correspondendo a uma cobertura populacional próxima a 21,1% (BRASIL, 2005a).

Quanto às internações hospitalares pagas pelo SUS, 55,4% são realizadas pelo setor privado, principalmente por meio das santas casas filantrópicas. Em relação ao volume de atendimentos no ano de 2003 foram realizadas 116 milhões de consultas médicas no âmbito do SUS, o que resulta num coeficiente de três consultas por habitante/ano (SÃO PAULO, 2003).

O Estado de São Paulo apresenta um total de 10.939 estabelecimentos de saúde, sendo 5.054 públicos (46,2%). Dos estabelecimentos públicos, 55 são federais (1,1%), 188 estaduais (3,7%) e 4.811 municipais (95,2%). Em relação aos 92.478 leitos para internação, 23.313 são públicos (25,2%) e 51.348 são privados pagos pelo SUS (55,5%) (IBGE, 2005b).

Em relação ao controle da TB, o Estado é dividido operacionalmente em quatro (04) regiões, sendo elas: Capital, Grande São Paulo (GSP), Baixada Santista/Litorânea e Interior. Essas regiões apresentam diferenças em termos de incidência da doença (Baixada Santista 94,9/100.000 hab.; Capital: 58,7/100.000 hab.; GSP 40,4/100.000 hab.; Interior 27,4/100.000 hab.) (Tabela 1). Quanto à porcentagem de sintomáticos respiratórios examinados, a região da Baixada Santista apresenta melhor desempenho, atingindo 75% em 2005 (Figura 6).

Tabela 1 - Coeficiente de incidência* de tuberculose segundo regiões do Estado de São Paulo, 1998 a 2004

Região	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Baixada Santista	124,2	113,0	110,6	99,4	95,2	99,2	94,9
Capital	62,5	68,5	62,2	60,8	62,7	58,9	58,7
GSP	48,6	47,8	50,5	49,5	42,2	41,2	40,4
Interior	35,3	33,4	33,4	31,1	30,0	27,8	27,4
Estado	49,4	49,9	49,1	47,1	46,5	44,8	43,9

*Por 100.000 habitantes

Fonte: São Paulo (2006a).

Fonte: São Paulo (2006a).

Figura 6 - Porcentagem de sintomáticos respiratórios examinados. Regiões do Estado de São Paulo, 2003 a 2005

No que tange aos resultados de tratamento, no ano de 2004 a capital apresentou taxas de cura e abandono próximas a 70% e 12% respectivamente, na região da GSP as taxas estiveram próximas a 82% e 7%, na Baixada Santista e no interior as taxas apresentaram certa semelhança, estando a cura próxima a 78% e o abandono próximo a 8% (SÃO PAULO, 2006a) .

Conforme apontado anteriormente, o Estado de São Paulo possui 36 municípios considerados como prioritários desde 1997/1998 para o controle da TB e implantação da estratégia DOTS, os quais exigiam um monitoramento mais próximo acerca das dificuldades operacionais relacionadas ao controle da doença. A partir desse período, passaram a participar juntamente com as regionais de saúde de todas as atividades planejadas pelo Estado (SÃO PAULO, 2006a).

Em relação às estimativas populacionais desses municípios prioritários, destaca-se que cinco possuíam menos de 100 mil habitantes, 19 apresentavam entre 100 e 390 mil habitantes, nove com população entre 400 e 790 mil habitantes e três com mais de 1 milhão, sendo eles: São Paulo, Guarulhos e Campinas (Quadro 2) (IBGE, 2005a).

Quanto à ESF, observa-se que três municípios apresentaram cobertura populacional inferior a 1% em dezembro de 2005, 10 apresentaram cobertura entre 1 e 10%; 11 entre 10,1 e 25%; quatro municípios entre 25,1 e 50% e quatro com cobertura superior a 50%. Nota-se que os municípios que alcançaram cobertura maior que 50% pertencem à região litorânea (Quadro 2).

Quadro 2 - Estimativa da População Residente, População Cadastrada pela ESF e Cobertura da ESF nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo em dezembro de 2005

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO RESIDENTE 2005 (Estimativa) ¹	POPULAÇÃO CADASTRADA ESF ²	COBERTURA POPULACIONAL ESF ² (%)*
São Paulo	10.927.985	2.468.033	22,6
Guarulhos	1.251.178	248.066	19,8
Campinas	1.045.707	202.953	19,4
São Bernardo do Campo	788.560	58.702	7,4
Osasco	705.451	1.590	0,23
Santo André	669.594	36.198	5,4
São José dos Campos	600.048	Sem informação	Sem informação
Sorocaba	565.182	29.648	5,2
Ribeirão Preto	551.312	56.354	10,2
Santos	418.315	3.894	0,9
São José do Rio Preto	406.827	20.407	5,0
Mauá	406.241	178.393	43,9
Diadema	389.502	93.294	23,9
Carapicuíba	382.772	Sem informação	Sem informação
Mogi das Cruzes	365.993	25.127	6,9
Piracicaba	360.763	63.627	17,6
Bauru	350.491	4.182	1,2
Jundiaí	344.777	52.941	15,3
Itaquaquecetuba	340.597	23.718	7,0
São Vicente	325.437	18.462	5,7
Guarujá	299.023	8.518	2,8
Suzano	272.452	Sem informação	Sem informação
Taubaté	267.471	1.509	0,6
Barueri	256.825	27.092	10,6
Jacareí	208.469	20.861	10,0
Embu	240.039	23.036	9,6
Taboão da Serra	221.174	25.939	11,7
Praia Grande	237.494	147.486	62,1
Itapeví	196.552	52.609	26,8
Franco da Rocha	122.271	20.234	16,5
Cubatão	119.066	28.204	23,7
Caraguatatuba	95.239	65.183	68,4
Itanhaém	88.237	26.897	30,5
Ubatuba	79.058	73.945	93,5
São Sebastião	73.167	65.955	90,1
Bertioga	41.669	Sem informação	Sem informação

Fonte: 1 - IBGE (2005a); 2 - Brasil (2005a).

De acordo com o *Quadro 3*, a incidência de TB pulmonar com baciloscopia positiva (dezembro/2005) apresentou-se mais elevada nos municípios de Santos,

Guarujá, Praia Grande, Cubatão, Itanhaém e Caraguatatuba (> 40 casos/100.000 hab.).

Quadro 3 - Coeficiente de Incidência de Tuberculose Pulmonar com baciloscopia positiva nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo em dezembro de 2005

MUNICÍPIO	COEF. INCIDÊNCIA*	MUNICÍPIO	COEF. INCIDÊNCIA*
São Paulo	32,4	Itaquaquecetuba	10,0
Guarulhos	24,5	São Vicente	32,9
Campinas	25,0	Guarujá	42,1
São Bernardo do Campo	16,0	Suzano	17,2
Osasco	25,7	Taubaté	16,4
Santo André	18,8	Barueri	27,3
São José dos Campos	14,5	Jacareí	19,2
Sorocaba	19,8	Embu	26,7
Ribeirão Preto	13,1	Taboão da Serra	19,9
Santos	42,5	Praia Grande	45,5
São José do Rio Preto	12,0	Itapevi	24,4
Mauá	17,7	Franco da Rocha	19,6
Diadema	15,9	Cubatão	45,3
Carapicuíba	26,1	Caraguatatuba	53,5
Mogi das Cruzes	20,8	Itanhaém	43,1
Piracicaba	22,2	Ubatuba	32,9
Bauru	10,3	São Sebastião	28,7
Jundiaí	15,4	Bertioga	36,0

* Coeficiente de Incidência /100.000 hab.

Fonte: Brasil (2005a).

Os resultados de tratamento dos casos de TB pulmonar com baciloscopia positiva referente aos 36 municípios prioritários no ano de 2004 estão contidos no *Quadro 4*. É possível observar que em cinco municípios (Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Jundiaí, Itapevi e Piracicaba) as taxas de óbito foram superiores a 10%. Os municípios mais problemáticos quanto ao abandono foram: Santos, São Sebastião, Praia Grande, Bauru, Osasco, Itapevi, São Paulo e São Vicente (taxas superiores a 10%). Ainda em relação ao abandono, 11 municípios apresentaram taxas entre 5 e 10%. Quanto ao sucesso de tratamento da TB no ano de 2004, 11

municípios obtiveram melhor desempenho no que tange ao alcance da meta de 85% de cura da doença.

Quadro 4 - Resultados de Tratamento de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com baciloscopia positiva nos 36 municípios Prioritários do Estado de São Paulo em 2004

MUNICÍPIO	ÓBITO (%)	ABANDONO (%)	SUCESO DE TRATAMENTO (%)
São Paulo	5,9	10,7	65,1
Guarulhos	5,0	8,0	82,6
Campinas	9,5	8,7	46,3
São Bernardo do Campo	9,1	3,8	84,1
Osasco	4,7	11,3	77,3
Santo André	3,9	4,9	82,4
São José dos Campos	5,0	2,0	88,9
Sorocaba	6,7	8,3	80,0
Ribeirão Preto	20,6	2,0	69,6
Santos	5,1	13,3	72,4
São José do Rio Preto	13,0	4,3	80,4
Mauá	0,0	4,8	79,4
Diadema	6,8	5,8	80,6
Carapicuíba	6,0	8,0	84,0
Mogi das Cruzes	2,5	3,7	92,6
Piracicaba	10,3	4,7	84,1
Bauru	2,9	11,6	76,8
Jundiaí	12,9	8,1	66,1
Itaquaquecetuba	1,3	0,0	85,3
São Vicente	2,7	10,1	83,9
Guarujá	0,9	8,2	80,0
Suzano	0,0	0,0	100,0
Taubaté	8,7	2,2	84,8
Barueri	3,9	9,8	80,4
Jacareí	7,0	Sem informação	81,4
Embu	0,0	2,9	97,1
Taboão da Serra	5,1	0,0	94,9
Praia Grande	3,0	12,9	81,2
Itapevi	10,9	10,9	76,4
Franco da Rocha	2,6	2,6	89,5
Cubatão	7,7	2,6	83,3
Caraguatatuba	1,8	7,3	87,3
Itanhaém	9,4	0,0	87,5
Ubatuba	3,6	7,1	89,3
São Sebastião	6,4	12,9	61,3
Bertioga	0,0	5,3	94,7

Fonte: Sistema de Informação de Tuberculose – Banco EPI-TB/SES, outubro/2005.

5.2.2 O processo de seleção dos nove municípios prioritários em estudo

Inicialmente convém reforçar que esta pesquisa está inserida no projeto Nacional sobre a implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, o qual estudou o Estado de São Paulo a partir dos 36 municípios prioritários para o Controle da TB. Durante a coleta de dados do referido projeto, foram entrevistados 22 coordenadores dos 36 municípios em estudo.

Entretanto, para o desenvolvimento da presente pesquisa, optou-se por selecionar um número menor de entrevistas, pois a preocupação não era com a generalização dos dados, mas sim com o aprofundamento e compreensão de questões sobre a percepção dos coordenadores do PCT acerca do envolvimento dos atores-chave com o controle da TB.

Para a seleção dos municípios a serem considerados no estudo, utilizou-se o critério técnico baseado na divisão operacional do Estado em Regiões (SÃO PAULO, 2006a). Destaca-se que, como havia apenas três entrevistas de municípios pertencentes à Baixada Santista, optou-se por manter a mesma proporção para as demais regiões. Assim, foram escolhidos nove municípios prioritários do Estado de São Paulo, considerando-se três municípios de cada uma das seguintes regiões: GSP, Baixada Santista/litorânea e Interior. A escolha dos municípios pertencentes à GSP e Interior ocorreu mediante cuidadosa seleção das entrevistas que possuíam conteúdos mais claros e maior riqueza em termos de informações quanto à realidade e às dificuldades político-operacionais relacionadas ao controle da TB no contexto dos sistemas de saúde.

5.3 Os Sujeitos do Estudo

Os sujeitos sociais dessa pesquisa foram os indivíduos que exerciam no ano de 2005 a função de coordenação do PCT nos nove municípios prioritários em estudo.

Segundo Minayo (2004, p. 102), devem ser privilegiados na amostragem qualitativa aqueles sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer/desvelar.

Desta forma, a escolha de tais sujeitos deve-se ao fato de possuírem conhecimentos e experiências quanto à organização e gerenciamento das ações do PCT, o que os torna fundamentais para a identificação de dificuldades de naturezas diversas para viabilizar as ações/estratégias de controle da TB, como o DOTS, no contexto dos sistemas municipais de saúde.

5.4 Instrumentos de Pesquisa e Coleta de Dados

Neste estudo, para alcançar o propósito de analisar o envolvimento de atores-chave com as ações de controle da TB/estratégia DOTS a partir da percepção dos coordenadores do PCT, optou-se pela utilização da entrevista como técnica para a coleta dos dados, pois, conforme aponta Cruz Neto (2001, p.57), é através dela que o investigador busca obter informes contidos na fala dos sujeitos que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

De acordo com Minayo (2004, p. 108), mediante a utilização da entrevista é possível obter dados que estão diretamente relacionados ao indivíduo entrevistado, ou seja, permite captar suas atitudes, valores e opiniões.

Dentre os vários tipos de entrevista, elegeu-se a semi-estruturada, uma vez que esta permite valorizar a presença do investigador e oferecer todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias ao enriquecimento do processo de investigação (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

A entrevista semi-estruturada é aquela que parte de alguns questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses de interesse à pesquisa, os quais possibilitam um amplo campo de interrogativas decorrentes de novas hipóteses que emergem a medida que são recebidas as respostas dos informantes (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

Para a realização das entrevistas, elaborou-se um roteiro (APÊNDICE A) com a finalidade de nortear o processo de coleta de dados e permitir a captação máxima de informações acerca do objeto em estudo. Contém questões norteadoras que abordam fundamentalmente o processo de implantação da estratégia DOTS, com enfoque na participação do gestor municipal e na transferência de responsabilidades das atividades técnicas do DOTS (principalmente o TS e BSR) para os serviços de saúde da rede básica.

O roteiro é um instrumento que visa orientar a entrevista e deve ser facilitador para a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2004, p. 99). A mesma autora ainda aponta que a elaboração dos roteiros de entrevistas deve estar coerente com as seguintes condições:

- (a) cada questão que se levanta deve fazer parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo;
- (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la;
- (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto do ponto de vista dos interlocutores.

Convém destacar que as questões contidas no roteiro deste estudo fazem parte dos instrumentos de coleta de dados do projeto nacional “Situação da Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”, cujo objeto de estudo enfoca os cinco componentes da estratégia DOTS para o controle da TB.

A construção da proposta inicial do Projeto Nacional, bem como seus instrumentos, ocorreu a partir do intenso trabalho de membros do grupo de pesquisa interinstitucional – GEOTB da FMRP e EERP-USP.

Elaborado o esboço inicial do projeto, este foi apresentado e discutido durante reuniões científicas realizadas no mês de fevereiro de 2005, onde participaram figuras importantes para o Controle da TB no Brasil, como um Consultor da OPAS, a Coordenadora Estadual do PCT de São Paulo e as Coordenadoras Municipais dos PCTs de Ribeirão Preto-SP, São José do Rio Preto-SP, Recife-PE e Rio de Janeiro-RJ. Tais reuniões foram decisivas para o delineamento do objeto e para a definição dos locais de estudo, tentando contemplar as cinco macro-regiões do Brasil e, fundamentalmente, para a discussão e adequação dos instrumentos de pesquisa frente às peculiaridades regionais.

Visitas científicas também foram realizadas em alguns locais selecionados para o desenvolvimento do estudo com o objetivo de estabelecer contatos, conhecer a situação epidemiológica e operacional da TB, bem como identificar as

fontes de informações existentes que poderiam ser utilizadas no desenvolvimento da Pesquisa Nacional.

Após as visitas, houve intensa discussão da equipe executora do Projeto Nacional no sentido de realizar os últimos ajustes e padronizar os instrumentos para serem aplicados nas distintas regiões do Brasil.

Definidos os instrumentos de pesquisa, iniciou-se o processo de preparação para a coleta de dados nas diversas regiões do país.

Para a coleta de dados no Estado de São Paulo, houve a necessidade de articulação com a Coordenação Estadual do PCT para definição conjunta de estratégias e locais mais adequados em função do número elevado de coordenadores municipais a serem entrevistados.

Nesse sentido, decidiu-se por coletar os dados durante as Reuniões Trimestrais promovidas pela Divisão de Controle da TB/ Secretaria Estadual de Saúde (SES) - SP para a avaliação epidemiológica e operacional das ações de controle da doença, pois estas são capazes de concentrar um número considerável de coordenadores municipais do PCT. Essas reuniões ocorreriam em São Paulo, Campinas e Bauru e cada coordenador se deslocaria para a região mais próxima de seu município.

Após a obtenção de informações sobre as datas, os locais e os horários de realização de tais reuniões, procedeu-se com a seleção e treinamento dos entrevistadores para a coleta de dados, os quais em sua maioria eram pesquisadores do projeto DOTS. Definiu-se que oito entrevistadores ficariam responsáveis pelas entrevistas que seriam realizadas em São Paulo, dois pelas entrevistas realizadas em Campinas e um por aquelas realizadas em Bauru.

A coleta de dados propriamente dita ocorreu no mês de junho de 2005 e iniciou-se na reunião realizada em São Paulo, seguida de Campinas e Bauru.

Durante a abertura das reuniões, a Coordenação Estadual do PCT tinha o cuidado de realizar uma breve explanação sobre o Projeto DOTS e aproveitava para apresentar os entrevistadores aos participantes.

As entrevistas aconteciam nos intervalos das reuniões, em ambientes específicos disponibilizados pela Coordenação Estadual do PCT. Os entrevistadores zelaram pela organização destes ambientes com a finalidade de torná-los propícios à coleta de dados.

Ao iniciar as entrevistas individuais, buscava-se estabelecer um clima de harmonia e confiança entre entrevistadores-entrevistados. Também era reforçado o propósito do estudo, bem como a garantia do sigilo das informações reveladas e da preservação nominal dos sujeitos participantes da pesquisa.

A entrevista foi aplicada a 22 coordenadores do PCT que compareceram às Reuniões Trimestrais de Avaliação das Ações de Controle da TB no Estado de São Paulo. Destaca-se que as entrevistas foram gravadas mediante a anuência de todos os sujeitos em estudo.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e digitadas por quatro colaboradoras do projeto DOTS, sendo duas enfermeiras e as outras sem formação específica na área da saúde, porém com habilidades técnicas na área da informática.

Após a disponibilização das 22 entrevistas transcritas e impressas dos coordenadores do PCT dos municípios prioritários, utilizadas no Projeto Nacional sobre a implantação da estratégia DOTS, procedeu-se com a seleção das nove entrevistas que foram consideradas no presente estudo, conforme justificado

anteriormente, para a análise do envolvimento dos atores-chave com as ações/estratégias de controle da TB a partir da percepção de coordenadores municipais do PCT.

5.5 Análise dos Dados

Para a análise dos dados qualitativos obtidos através das nove entrevistas, optou-se pela utilização da Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin (2004), pois permite explorar o campo das comunicações e suas significações, ou seja, descobrir elementos que estão por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências daquilo que está sendo comunicado (GOMES, 2001).

Através do emprego da Análise de Conteúdo é possível ultrapassar o alcance descritivo do conteúdo das mensagens no campo das comunicações e se atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda dos significados manifestos (MINAYO, 2004, p. 203).

Conforme aponta Bardin (2004, p. 33, 37), análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, cuja principal intenção é a “inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Uma das técnicas de Análise de Conteúdo que melhor se adapta à investigação qualitativa no campo da Saúde refere-se à Análise Temática,

baseada na noção de tema (MINAYO, 2004, p.204). Segundo Bardin (2004, p. 99), tema é a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Para a mesma autora, realizar análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2004, p. 99).

Destaca-se que a análise temática desdobra-se operacionalmente em uma seqüência composta por três etapas básicas que permitem organizar e melhor explorar os dados provenientes das entrevistas (BARDIN, 2004; MINAYO, 2004). A seguir, será apresentada a forma como tais etapas foram percorridas durante o processo de análise dos dados deste estudo.

A primeira etapa, designada **Pré-Análise**, consiste na organização e desenvolvimento de um plano de análise que permita a exploração sistemática dos documentos selecionados para o estudo, no caso as entrevistas com os coordenadores do PCT dos municípios prioritários do Estado de São Paulo.

Mediante a *leitura flutuante* das entrevistas, houve um contato exaustivo com todo material coletado de modo a impregnar-se por seu conteúdo, e assim, possibilitou uma maior aproximação e compreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos em estudo.

Destaca-se que foi nesta fase que ocorreu a *Constituição do Corpus* do trabalho, ou seja, a seleção das nove entrevistas a serem submetidas aos procedimentos analíticos, mediante justificativa e critérios já assinalados anteriormente.

Em linhas gerais, esta etapa foi determinante para a escolha dos documentos a serem analisados e na reformulação das hipóteses e objetivos frente ao contato com o material coletado. Também possibilitou a preparação do material a ser explorado mediante a identificação e seleção das unidades de registro presentes nas entrevistas. Para Gomes (2001), unidade de registro se refere aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto de uma mensagem, podendo ser uma palavra, uma frase ou oração, dependendo da finalidade do estudo.

A segunda etapa, designada **Exploração do Material**, cuja finalidade é a transformação dos dados brutos em conteúdos temáticos de compreensão do texto, consistiu no agrupamento e categorização dos fragmentos das falas dos sujeitos. Este processo foi longo e complexo, tendo como alicerce a fundamentação teórica do estudo e as discussões/reflexões junto ao grupo de pesquisa, resultando na conformação dos seguintes Núcleos de Sentido:

- A não valorização da TB na agenda municipal de saúde;
- A disponibilização e sustentabilidade de recursos essenciais para o controle da TB;
- A debilidade quantitativa e qualitativa de Recursos Humanos na ABS;
- A organização das ações de controle da TB no sistema de saúde.

Tal conformação permitiu eleger duas Unidades Temáticas centrais contidas no conjunto das falas, sendo elas:

- Unidade Temática I - O controle da Tuberculose na agenda municipal de saúde: uma prioridade política?

- Unidade Temática II - A incorporação das ações de controle da tuberculose na Atenção Básica à Saúde.

Finalmente, na terceira etapa, designada **Tratamento e Interpretação dos Resultados**, ocorreu a análise dos dados propriamente dita, mediante a inferência, interpretação e articulação dos conteúdos temáticos obtidos com o referencial teórico utilizado, no intuito de responder às questões da pesquisa e objetivo proposto.

Segundo Gomes (2001, p. 76), esta fase corresponde à tentativa de “desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto”, buscando a captação das ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos estudados, no caso, o envolvimento dos atores-chave com as ações de controle da TB no contexto dos sistemas municipais de saúde.

Por fim, corrobora-se com Gomes (2001, p. 79), quando este reforça que o produto final da análise de uma pesquisa deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa, uma vez que, em se tratando de ciência, as afirmações e considerações aqui apresentadas podem ser superadas futuramente por outras.

5.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Reitera-se que este estudo representa um dos subprojetos que integram o Projeto de âmbito nacional intitulado “*Situação da Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as*

características regionais”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (ANEXO A).

Para o desenvolvimento do referido projeto no Estado de São Paulo foi necessária a autorização do responsável pela Coordenadoria de Controle de Doenças da SES-SP, obtida por intermédio da Coordenação Estadual do PCT/Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”.

Destaca-se que todos os sujeitos desta investigação, de acordo com a resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias após serem informados sobre a justificativa, objetivos e os procedimentos utilizados na mesma e ter-lhes sido garantido o direito de anonimato e o caráter confidencial dos depoimentos, coletados por meio das entrevistas, citados integralmente ou em partes no decorrer da presente pesquisa e em trabalhos que vierem a ser publicados decorrentes da mesma.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados a seguir os resultados provenientes das duas Unidades Temáticas: **“O controle da Tuberculose na agenda municipal de saúde: uma prioridade política?”** **“A incorporação das ações de controle da TB na Atenção Básica à Saúde”**, obtidas através das nove entrevistas selecionadas para atender ao objeto de estudo relacionado ao envolvimento dos atores-chave com as ações/estratégias de controle da TB a partir da percepção dos coordenadores do PCT de municípios prioritários do Estado de São Paulo, as quais foram analisadas mediante a utilização da Técnica de análise de conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin (2004).

6.1 O controle da Tuberculose na agenda municipal de saúde: uma prioridade política?

A discussão desta Unidade Temática aborda aspectos relacionados ao compromisso dos gestores com a TB, o qual é analisado a partir da posição que a doença ocupa em termos de prioridade política no sistema municipal e da disponibilização de recursos essenciais para o seu controle.

A conscientização acerca da problemática da TB e das principais estratégias difundidas para seu controle é essencial para o compromisso dos atores responsáveis pela instância de decisão política. O compromisso com as ações de controle da TB possibilita a definição e viabilização de uma agenda de saúde com objetivos claros e compatíveis com a realidade local, de modo a favorecer a construção de um sistema municipal de saúde mais eqüânime e eficaz em relação ao adequado manejo da doença.

No contexto da prevenção e gerenciamento das condições crônicas nos sistemas municipais de saúde são designadas como responsabilidades do nível *Macro* as funções de formar liderança e defender a causa (TB); promover financiamento regular e distribuição eqüitativa de recursos; desenvolvimento e alocação de RH através de investimentos na formação e capacitação contínua; dentre outras (OMS, 2003).

A responsabilidade pela gestão das ações do Programa de Controle da TB foi transferida aos municípios a partir do processo de municipalização em saúde ocorrido em meados da década de 90; em 1999 houve um movimento para implementar a cobertura do PCT para 100% dos municípios brasileiros (BRASIL,

1999); em 2001 com a NOAS, a TB passa a ser considerada como prioridade nos serviços de ABS (UBS, PSF/PACS) (BRASIL, 2001) e em 2006 foi reafirmado o compromisso político e financeiro com o controle da doença entre os Municípios, Estados e União através do Pacto pela Saúde, cuja meta ainda é alcançar 85% de cura da TB (BRASIL, 2006).

Apesar do contexto legislativo-normativo que traça a descentralização de responsabilidades das ações de controle da TB, os depoimentos a seguir apontam a **não valorização da TB na agenda municipal de saúde**, produto do tênue compromisso dos gestores, a qual foi identificada em cinco municípios estudados e esteve relacionada **ao desinteresse pelas políticas e estratégias de controle da TB, à discordância em relação à prática do TS, às outras prioridades de saúde com caráter emergencial** no município (urgência/emergência, dengue) e ao **enfoque na política de ABS pela gestão municipal de saúde** (implantação e expansão USF/PACS).

A falta de compromisso com a TB por parte dos gestores municipais de saúde é destacada em função do **desinteresse pelas políticas e estratégias** difundidas para controle da doença, dentre elas o DOTS.

“Ele [gestor] nem sabe o que é [DOTS] (...) Ele não atrapalha, mas também não ajuda em nada (...) Tuberculose, Hanseníase, estas patologias não dão votos, a saúde já não dá voto, estas doenças que são as minorias dos excluídos dão menos ainda. São vinculadas à pobreza, ao miserável, ao analfabeto, à periferia, então o envolvimento dos políticos, infelizmente, é muito pouco e muito ruim” (Entrevista [E] 2).

Nesse contexto, o interesse da gestão municipal tende a privilegiar ações de saúde que promovam maior visibilidade política em detrimento daquelas voltadas para doenças que afetam principalmente grupos populacionais que vivem em condições de pobreza, miséria e com menor vocalização política.

Abordar o compromisso com a TB implica em compreendê-la como uma doença que acomete principalmente os grupos populacionais menos vocalizados politicamente e que tende a permanecer enquanto uma ação marginalizada no sistema de saúde (MENDES, 2001a).

Para Pereira (1996) e Mendes (2001a) o dilema da universalização excludente, ao expulsar do sistema público os grupos sociais dotados de maior capacidade de vocalização levando-os a serem absorvidos pela medicina supletiva, contribui para a diminuição da defesa de um sistema público de melhor qualidade. Assim, instala-se um círculo vicioso: poucos recursos, baixa qualidade, saída dos setores médios, diminuição da capacidade reivindicatória e, conseqüentemente, poucos recursos (PEREIRA, 1996). Nesse sentido, grupos populacionais marginalizados e desprovidos de capacidade reivindicatória possuem maior dificuldade de mobilização para o alcance de ajustes necessários nos sistemas de saúde.

Cabe destacar que a promoção da equidade na atenção à saúde no SUS, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais através da adequação da oferta às necessidades como princípio da justiça social representa um compromisso municipal, onde compete aos seus dirigentes a ampliação do acesso das populações em situações de desigualdade social às ações e serviços de saúde necessários (BRASIL, 2006).

Para tal, é necessário que os dirigentes partam do princípio da identificação das reais necessidades de saúde da população e reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos para dar subsídio ao adequado planejamento em saúde, além de formulação e implementação de políticas para áreas prioritárias (BRASIL, 2006), dentre elas a TB.

Destaca-se que o empreendimento de ações intersetoriais também é necessário para a implementação de macro-políticas que visem a diminuição das desigualdades sociais (PIERANTONI; VARRELA; FRANÇA, 2004), para o alívio da pobreza e da fome (WHO, 2005, 2006c) e, conseqüente, diminuição do impacto de condições crônicas como a TB (OMS, 2003).

Outro aspecto identificado no estudo refere-se à **discordância de gestores em relação à prática do TS**, um dos elementos da estratégia DOTS, situação esta que evidencia a necessidade de compreensão acerca da importância desta atividade para o processo de adesão dos doentes, cura e conseqüente impacto na situação epidemiológica da doença no contexto municipal.

“(...) as próprias autoridades não concordam [TS], apesar de ter assinado o termo de compromisso, apesar das autoridades falarem para os diretores que vão tocar, na prática é uma batalha muito forte para conseguir os benefícios (...) perante os gestores, nós vamos fazer, mais não sai de cima do muro (...) não tem coragem de dizer não (...) também não dão recursos necessários e fica um impasse (...) e fica essa batalha para conseguir o DOTS” (E3).

O depoimento ainda mostra a existência de uma contradição entre o discurso e a prática dos gestores, o que representa uma dificuldade ou entrave na

operacionalização do DOTS. Ou seja, apesar do gestor municipal assumir compromissos formais junto a outras instâncias de governo (MS, SES) para garantir apoio ao desenvolvimento e sustentabilidade de estratégias para o controle da TB, como o DOTS, na prática muitas vezes esse compromisso não se viabiliza, o que exige da coordenação do PCT uma pressão contínua, mediante tentativas de negociação junto a estes atores para a disponibilização de recursos para a TB.

Situação semelhante relacionada à falta de compromisso local foi identificada no estudo realizado por Copque e Trad (2005) sobre a experiência de implantação do PSF na Bahia, onde um dos municípios estudados apoiou inicialmente a adequação de unidades de saúde da família. Não houve, porém, um investimento mais significativo no âmbito da gestão que favorecesse a implementação da proposta, ou seja, o PSF não foi assumido como estratégia prioritária de mudança. No caso da TB, de acordo com o depoimento anterior, o TS também não foi incorporado como uma estratégia essencial para o controle da doença, o que constitui um obstáculo em relação aos investimentos para sua operacionalização.

Um outro estudo conduzido por Conill (2002) sobre avaliação da implantação do PSF em Florianópolis, a partir da contextualização da estratégia nas políticas municipais, revelou que a falta de recursos financeiros e de compreensão por parte dos gestores de saúde representaram algumas das limitações para a operacionalização do PSF. Dentre as razões para tal situação foi apontada a questão político-ideológica, ou seja, a orientação política local enquanto determinante de mudanças importantes nas características da implantação do PSF. No que tange a atenção à TB, a orientação política dos gestores influencia

na implantação, sustentabilidade e êxito de ações e estratégias destinadas ao controle da doença, dentre elas o DOTS.

Considera-se que a falta de liderança e defesa dos gestores municipais quanto à prática do TS, pode interferir não apenas na incorporação e viabilização desta ação, mas também de outras igualmente relevantes para o controle da TB na AB, conforme preconizado pelas políticas de controle da doença.

De acordo com a OMS (2003), os tomadores de decisão desempenham um papel fundamental para mudar a forma de pensar sobre os cuidados prestados e estratégias de intervenção adotadas nos sistemas de saúde. Nesse sentido, há que se sensibilizar os dirigentes, uma vez que estes não compreendem a necessidade de estratégias de prevenção e gerenciamento para o enfrentamento de condições crônicas como a TB.

Acredita-se também que a discordância de práticas como o TS pelos gestores pode estar relacionada à própria formação acadêmica desses profissionais, cujo enfoque está voltado principalmente para o atendimento de eventos agudos e imediatistas em detrimento daqueles eventos que demandam uma atenção ao longo do tempo e exigem interação com a realidade bio-psico-social dos doentes.

A presença de **outras prioridades de saúde com caráter emergencial** foi identificada neste estudo como um aspecto que dificulta a priorização da TB na agenda municipal de saúde. O depoimento abaixo mostra que a prioridade de gestão de um dos municípios baseava-se na política de urgência e emergência.

“(...) tuberculose, como doença, não era prioridade do município, que tinha outras funções de saúde mais críticas (...) não por desinteresse,

mas por situações críticas no município (...) eles desenvolveram mais essa questão como emergências” (E3).

Torna-se essencial uma contextualização do município onde emergiu o depoimento E3, o qual situava-se na GSP, possuía população estimada acima de 700 mil habitantes (IBGE, 2005a) e apresentava altos índices de violência urbana. Identificou-se taxa de óbito por atropelamento de 6,76/100.000 hab., sendo esta superior a do Estado de São Paulo como um todo (5,48/100.000 hab.), além de apresentar indicadores elevados de morte por agressões (37,61/100.000hab.) e ocorrências de homicídios dolosos e latrocínio (26,09/100.000 hab.), também superiores à média do Estado, sendo 28,41 e 23,97/100.000 hab. respectivamente (SÃO PAULO, 2005; 2006b). Essas informações revelam que a violência, além de outros eventos de natureza aguda presentes nos grandes centros urbanos geram demandas e custos aos sistemas de saúde que, por sua vez, tendem a privilegiar essas condições com caráter emergenciais na agenda municipal de saúde. Destaca-se também que parte da demanda a esses serviços de urgência e emergência pode estar relacionada ao inadequado gerenciamento de condições crônicas (hipertensão, diabetes, TB, dentre outras) pelos serviços de ABS.

Ainda de forma complementar, constatou-se que a política de atenção às urgências e emergências representou uma das prioridades no ano de 2005 neste município estudado em função dos repasses financeiros do fundo nacional para o municipal de saúde de R\$ 804.000,00 para o desenvolvimento e manutenção dos serviços de atendimento móvel de urgências (SAMU). Destaca-se que no mesmo

período, o volume de recursos repassados para o desenvolvimento das ações de vigilância e controle da TB foi de R\$ 18.448,80 (BRASIL, 2005b).

A disponibilização de um volume maior de recursos pelo MS serve de incentivo/indução para a incorporação e viabilização de políticas traçadas nacionalmente, como é o caso da política nacional de atenção às urgências e emergências, além do fato de que ambulâncias de suporte básico e avançado estarem circulando pelos municípios trazem maior visibilidade para a gestão de saúde.

A intenção aqui não é criticar o investimento municipal nas políticas de urgência e emergência, mas reforçar a necessidade de um planejamento, tendo por base os dados epidemiológicos para determinar as prioridades do sistema de saúde e assim, efetuar a distribuição de recursos de forma mais eqüitativa.

Um estudo realizado por Cohn, Westphal e Elias (2005) sobre a incorporação de sistemas de informações disponíveis nos processos municipais de tomada de decisão no setor saúde em quatro municípios paulistas apontou que a preocupação dos gestores esteve centrada em desenvolver da melhor forma possível os programas instituídos pelos governos federal e estadual, ao invés de efetivar mudanças ou inovar a política de saúde local contemplando as especificidades regionais. Ou seja, identificou o predomínio das outras esferas de governo na definição das políticas locais implementadas, principalmente em municípios de pequeno porte cuja motivação é a busca por maior volume de recursos. Assim, as contribuições dos autores ajudam a compreender que as prioridades definidas em âmbito local sofrem influência das políticas de saúde concebidas fora do município (União, Estados), onde cabe aos municípios apenas operacionalizá-las.

Nesse sentido torna-se imperativo a avaliação e acompanhamento dos processos de gestão desenvolvidos nas instâncias locais para a identificação das potencialidades e fragilidades com a finalidade de oferecer mecanismos de apoio para a implementação de políticas com autonomia e independência (PIERANTONI; VARRELA; FRANÇA, 2004).

Uma outra demanda identificada como prioridade na agenda de saúde dos gestores são os surtos de dengue nos municípios, conforme mostram os depoimentos a seguir.

“(...) o nosso secretário não foi muito envolvido no programa de tuberculose, (...) era porque estava muito alterada a questão da Dengue” (E7).

“No ano 2000, quando tivemos um número elevadíssimo de casos de dengue (...) toda a rede de saúde viveu em função dessa epidemia (...). A Tuberculose passou a ser prioridade no município (...) em 2004 quando nós conseguimos o índice da dengue quase a nível zero. Aí sim, sobrou Tuberculose” (E8).

Tal situação revela uma tendência das agendas de saúde dos dirigentes serem consumidas por problemas emergenciais (LIMA; RIVERA, 2006), fazendo com que estes deixem de priorizar e se responsabilizar por outras necessidades e demandas de saúde, como a TB.

Para a efetiva gestão dos sistemas de saúde, ressalta-se a importância da epidemiologia enquanto uma ferramenta para subsidiar o planejamento em saúde, a avaliação das ações e serviços prestados, bem como a definição e avaliação de políticas adotadas e implementadas, buscando atender às necessidades

sanitárias da população (TEIXEIRA, 1999; PAIM, 2003) em nível municipal. Nesse sentido, a análise das informações locais de saúde é fundamental para o processo de tomada de decisão (COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005) e planejamento das ações e serviços de saúde, o qual deve estar refletido no plano municipal de saúde (BRASIL, 2006).

Além dos dados epidemiológicos e de outras informações locais relevantes para o planejamento em saúde, Cohn, Westphal e Elias (2005) ainda acrescentam que a utilização de informações técnico-científicas produzidas por várias fontes (periódicos, informes, dentre outros) é capaz de exercer um efeito sensibilizador nos agentes responsáveis pela tomada de decisão, de modo a alertá-los quanto a novos problemas e complicações de saúde e oferecendo possibilidades alternativas de soluções, assumindo desta forma um papel promotor de novas idéias e incorporação de novas tecnologias/estratégias, como o DOTS.

Destaca-se que o planejamento local deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária com definição clara de objetivos com a finalidade de conferir maior responsabilidade e direcionalidade ao processo, bem como monitorar e avaliar os resultados alcançados, contemplando peculiaridades e necessidades da população assistida (BRASIL, 2006).

Um estudo realizado por Lima e Rivera (2006) sobre o sistema de gestão de uma regional de saúde no Rio Grande do Sul identificou que o planejamento e os planos em saúde representam uma mera formalidade para os municípios pertencentes à regional estudada, fato este atribuído principalmente à baixa capacidade de gestão em decorrência da falta de pessoal capacitado para tal. Os autores ainda acrescentam que são raras as situações onde os planos de saúde

são realizados espontaneamente e orientados por problemas e não por pressões externas. Nesse sentido, ao se pensar em inserir a TB como prioridade na agenda de saúde dos dirigentes mediante a elaboração de planos e estratégias locais para melhoria dos indicadores e impacto no controle da doença, há que se considerar a necessidade de capacitação técnica dos responsáveis pelo planejamento em saúde no âmbito municipal.

O MS aponta que a cultura do planejamento deve ser difundida como um instrumento estratégico de gestão, considerando a situação epidemiológica local para subsidiar a tomada de decisão, onde compete ao gestor e equipe de gestão monitorar e avaliar as ações implementadas e os resultados alcançados. Cabe destacar também a relevância dos planos e relatórios de gestão enquanto reflexos do planejamento e orçamento na saúde (BRASIL, 2006).

Lima e Rivera (2006) referem que a gestão do sistema de saúde exige modelos descentralizados e participativos de modo a alcançar maior responsabilização de gestores e também de profissionais de saúde pelos resultados sanitários produzidos.

Frente ao exposto, parece estar implícito que as situações de saúde que exijam ações emergenciais, como o caso da política de atenção às urgências e emergências e mesmo os surtos de dengue representam prioridade na agenda municipal de saúde, pois acometem todos os segmentos populacionais, inclusive aqueles com maior poder de vocalização e reivindicação, diferentemente das pessoas acometidas pela TB, as quais em sua maioria pertencem a grupos vulneráveis, que vivem em condições de pobreza e miséria e não estão bem representados nos processos de formulação de política (SANTOS FILHO, 2006).

Portanto, para o alcance de uma agenda de saúde que considere a TB como prioridade política, há que se recorrer à utilização de instrumentos como a epidemiologia para um planejamento em saúde com caráter colaborativo, incluindo a participação da comunidade para responder à realidade local e promover uma distribuição de recursos de modo mais equânime. Assim, concorda-se com a OMS (2003) quando esta aponta que há que se avançar para uma agenda de saúde que contemple ao mesmo tempo as condições agudas e crônicas para lidar com a diversidade dos problemas de saúde que afetam a população.

Um outro aspecto identificado no estudo refere-se à expectativa de maior comprometimento local com as ações de controle da TB em virtude do **enfoque na política de ABS pela gestão municipal de saúde**, ou seja, a implantação e expansão de equipes de saúde da família/PACS.

“(...) esse ano [1997] foi um ano bom [implantação TS], depois teve todo esse problema político, nós tivemos menos recursos financeiros, então foi uma coisa que terminou, mas aí já veio o PSF” (E7).

“O gestor do município (...) tinha interesse que desse certo o PSF, não a tuberculose, é lógico que se o PSF der certo a tuberculose vai levar o carrinho dela, vai junto. Então existe um interesse dele sim (...) mas a maior bandeira é o PSF, não é a tuberculose” (E4).

Os depoimentos abordam o processo de reorganização da ABS através da ESF onde as ações de controle da TB passam a compor o elenco de atividades destes pontos de atenção à saúde, uma vez que a doença representa uma das áreas estratégicas de atuação da saúde da família/PACS (BRASIL, 2001, 2006).

Destaca-se que uma das metas do PNCT é expandir o TS para 100% das unidades de saúde dos municípios prioritários até 2007, visando a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o PACS e PSF para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença (BRASIL, 2004b).

No entanto, para lidar com a complexidade da TB enquanto uma condição crônica e viabilizar de fato sua integração na ABS (UBS, USF/PACS), é essencial que os gestores contemplem como uma prioridade no município o investimento na capacitação contínua dos profissionais.

Ressalta-se também a necessidade dos gestores municipais reconhecerem e apoiarem a estruturação dos serviços de ABS com base nos princípios e atributos da APS (MENDES, 2002; STARFIELD, 2002), de modo que estes sejam efetivamente capazes de prestar uma atenção contínua, resolutiva e de qualidade frente às necessidades e demandas da população pertencente às respectivas áreas de atuação. Há que se superar práticas antigas relacionadas à cultura institucional e à própria formação profissional e avançar para estratégias inovadoras de abordagem à saúde dos indivíduos/comunidade com a finalidade de ampliar o acesso da população às ações/serviços de saúde e alcançar a integralidade da atenção (CONILL, 2002). Nesse sentido, o adequado preparo mediante investimento em capacitações contínuas representa um elemento-chave. Acredita-se que desta forma, os serviços de ABS, dentre eles, as USF, estarão aptos para lidar com a prevenção e o gerenciamento da TB.

De acordo com a OPAS (2005), recursos humanos apropriados para atuarem em conformidade com a APS incluem prestadores, trabalhadores comunitários, gerentes e equipes de apoio com a mistura certa de conhecimento,

capacidades e padrões éticos para o atendimento dos sujeitos com dignidade e respeito. Tal situação requer planejamento e investimentos a longo prazo em treinamentos, emprego, retenção e melhora das capacidades e do conhecimento dos trabalhadores de saúde. Ainda destaca a necessidade de delineamento de papéis e responsabilidades, distribuição geográfica e treinamento para maximizar a contribuição dos profissionais para os resultados em saúde e satisfação dos usuários.

Os dirigentes dos sistemas municipais de saúde devem estabelecer mecanismos que garantam apoio técnico aos profissionais dos diversos níveis de atenção para assegurar a resolubilidade, continuidade da atenção e oportunidades contínuas de desenvolvimento profissional, além de explicitar a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço/equipe de saúde com a população do seu território de forma a desenhar uma rede integrada de serviços/pontos de atenção à saúde e promover a humanização do atendimento (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a capacidade/preparo dos profissionais e a operacionalização dos princípios e atributos da APS são essenciais para responder adequadamente às necessidades bio-psico-sociais dos sujeitos de modo que as ações de saúde superem o enfoque biologicista e fragmentado rumo à integralidade da atenção (MATTOS, 2004).

Conforme apontado anteriormente, o fato da TB não estar contemplada como uma das prioridades políticas na agenda de gestores municipais, tal situação repercute diretamente na **disponibilização e sustentabilidade de recursos** essenciais para o controle da doença nos sistemas de saúde. A partir da análise dos depoimentos, foi possível identificar que a dificuldade de

disponibilização de recursos, sejam eles *humanos, materiais, financeiros e incentivos* para as ações de controle da TB, esteve presente nos nove municípios estudados.

Em relação aos *RH*, a falta e a rotatividade dos mesmos foram identificadas como obstáculos para a organização da atenção à TB nos municípios. De acordo com os depoimentos abaixo, um dos problemas enfrentados pelos coordenadores de PCT nos sistemas municipais de saúde refere-se à necessidade quantitativa de RH, situação esta que expressa a falta de compromisso de gestores com a TB.

“(...) a questão de RH é uma grande dificuldade (...) ainda não é prioridade para as autoridades a tuberculose (...) então se ela não é prioridade para as autoridades, então ela não é prioridade na hora de dar recursos” (E3).

“(...) a dificuldade é questão de RH, porque não adianta colher um monte de baciloscopias e sobrecarregar o laboratório e começarem a retardar o resultado do exame laboratorial (...) mais recursos humanos são necessários para poder agilizar” (E1).

Uma outra situação que emerge como debilidade para manutenção de RH qualificados para lidar com a complexidade das ações de controle da TB, principalmente nos serviços de ABS, é a rotatividade dos profissionais, questão essa que merece ser valorizada pelos gestores de saúde.

“(...) a prefeitura ou secretário não ajuda, não quer saber [rotatividade de pessoal]” (E2).

“(...) Você consegue fixar o médico [PSF] aí roda o enfermeiro (...)” (E4).

“(...) Acho que as dificuldades são os recursos humanos (...) houve muita mudança (...) algumas trocas (...) troca da unidade, trabalha em um lugar, muda de novo. Essa é uma das dificuldades - a troca constante” (E6).

Por outro lado, um dos entrevistados refere que houve no município a disponibilização de RH para a realização do TS em PCTs, além de incentivos quanto à atualização, qualificação e aperfeiçoamento do coordenador mediante participação em reuniões e realização de curso de pós-graduação.

“(...) contratação duas auxiliares [convênio com CVE] (...) mesmo com o encerramento do contrato dessas duas, a gente já conseguiu uma outra auxiliar na rede pra estar trabalhando junto com a gente” (E9).

“(...) nos deram total liberdade de participar de reuniões (...) treinamentos, até um curso de especialização eu fui liberada para fazer” (E9).

Os municípios devem garantir RH suficientes, estáveis e qualificados para lidar com o controle da TB nos sistemas de saúde. De acordo com Brasil (2006), é responsabilidade dos municípios, em conjunto com os Estados e União, suprir as necessidades de expansão e manutenção de seus próprios quadros de trabalhadores de saúde.

No entanto, Pierantoni, Varrela e França (2004) referem que o processo de descentralização da gestão e serviços de saúde no Brasil não resultou na transferência automática da capacidade gestora para as esferas municipais, o que

desencadeou arranjos diversos para que os gestores municipais, frente às demandas das políticas e das restrições ampliadas da esfera jurídico-legal, pudessem executar as propostas de reformulação do sistema.

Convém destacar algumas contradições presentes no contexto da gestão de RH no SUS, pois, se por um lado os municípios são induzidos a implementar políticas definidas pelo MS, o que implica na incorporação e contratação de novos RH no sistema de saúde, como é o caso da expansão da ESF, por outro lado esbarra nas restrições relacionadas à lei de responsabilidade fiscal⁷ que limita as despesas com pessoal a no máximo 60% das receitas líquidas da administração municipal (BRASIL, 2000c).

Para Conill (2002), a questão relacionada aos RH constitui uma problemática central na prática do PSF, onde o recrutamento, capacitação, motivação, supervisão, sobrecarga no dimensionamento de equipes e rotatividade são os principais obstáculos enfrentados pelos sistemas municipais de saúde e podem interferir no acesso e integralidade das ações de saúde.

É necessário aprimorar a inserção dos profissionais, principalmente da AB (PSF), com amparo legal, através da desprecarização das condições de trabalho (MENDONÇA et al., 2004; PIERANTONI; VARRELA; FRANÇA, 2004) e estabelecimento de vínculos que garantam direitos sociais e previdenciários que favoreçam o provimento e fixação de profissionais, além do desenvolvimento de ações que promovam qualificações dos profissionais através de estratégias de educação permanente (BRASIL, 2006). As diretrizes para Planos de Cargos, Carreiras e Salários devem regular as relações de trabalho e consolidar a carreira

⁷ Lei Camata/Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2000c).

como instrumento estratégico da política de RH. (BRASIL, 2006; PIERANTONI VARRELA; FRANÇA, 2004; MENDONÇA et al., 2004).

Acredita-se que a política de RH consiste no eixo estruturante do SUS e deve buscar a valorização do trabalho e dos profissionais de saúde, bem como a humanização das relações laborais para que esses profissionais cumpram o papel de indutores de mudanças (BRASIL, 2006) na prevenção e gerenciamento de condições crônicas como a TB no âmbito do SUS.

Quanto aos *Recursos Materiais*, identificou-se principalmente a necessidade de disponibilização de viatura para o desenvolvimento das ações de controle da TB, dentre elas o TS.

“(...) nós tivemos a princípio um carro disponível para o programa da tuberculose (...) [atualmente] o carro é usado também pra várias outras coisas (...) eu acho que as autoridades deveriam dar mais importância ao programa de tuberculose (...) hoje nós não temos mais esses recursos, que nós tivemos no início (...)” (E7).

“Nós não temos viatura exclusiva para a Tuberculose (...). Nós temos que contar com o banco de viaturas do departamento de transporte (...). Isso foi muito difícil (...) nós temos a necessidade de ter uma viatura e permanecemos na necessidade de solicitar sempre ao departamento de transporte” (E8).

Para o manejo da TB nos sistemas municipais, é necessário que os gestores de saúde garantam as condições materiais necessárias ao adequado funcionamento e desempenho dos serviços que desenvolvem as ações de controle da doença. A falta de recursos materiais ou dificuldade de acesso aos

mesmos merece atenção dos dirigentes, pois criam obstáculos ao desenvolvimento de atividades (COPQUE; TRAD, 2005), comprometendo a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, bem como o alcance dos compromissos sanitários assumidos pelos municípios, dentre eles as metas de cura e detecção da TB.

Cabe refletir acerca da utilização do transporte como forma de viabilizar as ações do PCT em virtude da dificuldade de disponibilização deste recurso. Quando atividades técnicas, como o TS, estão inseridas na ABS (UBS, USF/PACS) ocorre a otimização desse recurso pela facilidade de acesso a tais pontos de atenção. Nesse contexto, justifica-se a designação desta atividade (TS) para pontos de atenção mais próximos ao domicílio dos doentes. Entretanto, acredita-se que, frente à singularidade de alguns casos (complexidade assistência e preferência do doente) e à capacidade/compromisso dos serviços de ABS para incorporação do TS se justificaria a realização desta atividade em ambulatórios de referência e a necessidade de viatura principalmente quando tal atividade é realizada no domicílio do doente. Frente a essas condições, a disponibilização deste recurso deve ser problematizada, defendida e negociada pelos coordenadores municipais do PCT.

A execução de ações prioritárias de saúde, como a TB, exige a garantia de uma infraestrutura suficiente em termos de recursos materiais, equipamentos e insumos necessários para o adequado desempenho das funções que compete aos diversos pontos de atenção à saúde executarem (BRASIL, 2006).

Em relação aos *Recursos Financeiros* disponibilizados pelo MS para as ações de controle da TB, um dos maiores desafios enfrentados pelos

coordenadores é o acesso a este montante transferido ao fundo municipal de saúde.

“(...) a dificuldade maior realmente é utilizar a verba que vem do Ministério da Saúde (...) cai no fundo [recurso] e a gente conseguir resgatar esse dinheiro e reverter ele para a Tuberculose (...) acho que é a maior dificuldade” (E9).

“(...) o gestor anterior da gente tinha uma visão mais financeira da coisa e embora entrasse dinheiro entrou para o fundo para ele pouco importa se entrou para tuberculose (...)” (E5).

A disponibilidade de recursos financeiros representa uma dificuldade central para a implementação de ações e serviços de saúde (COPQUE; TRAD, 2005). Tal situação exige que a coordenação do PCT negocie constantemente com os gestores municipais de saúde para converterem as verbas vindas do MS para benefício das ações do PCT. Destaca-se que não foram identificadas no conteúdo das entrevistas informações acerca da contrapartida de recursos provenientes das arrecadações municipais destinadas à TB. De acordo com Brasil (2006), como a TB representa uma das ações estratégicas da ABS, a responsabilidade pelo seu financiamento compete tanto aos municípios, como aos Estados e à União.

Frente ao exposto, 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.

Cabe aos gestores municipais de saúde desenvolverem um processo de gestão transparente que envolva esclarecimentos adequados acerca das fontes e do montante de recursos financeiros para estabelecer com nitidez o valor das verbas destinadas à TB e as estratégias para utilizá-las, contemplando as prioridades do PCT.

Lima e Rivera (2006) apontam que a utilização de mecanismos eficazes de prestação de contas pode contribuir para a instituição de uma organização de saúde de alta responsabilidade sanitária. A exigência do plano de aplicação de recursos e da prestação de contas através do relatório de gestão apresentados e aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e pela população geral, mediante audiências públicas, favorece a construção de uma cultura de transparência na gestão e amplia as responsabilidades locais. Tal situação, além de fortalecer o controle social, também reduz o desvio de recursos e possibilita a revisão e a programação das prioridades frente às necessidades de saúde da população. Os autores apontam que é através do relatório de gestão que se verifica se os recursos foram realmente empregados conforme o compromisso assumido pelo gestor municipal de saúde.

Cabe referir a necessidade de investimento na formação/capacitação dos integrantes dos CMS, principalmente os representantes dos usuários dos serviços de saúde, para que atuem de forma participativa e crítica nesses espaços de decisão e controle das políticas locais (PRESOTO; WESTPHAL, 2005), superando a posição de desvantagem em relação aos representantes dos outros segmentos dada a ausência de qualificação adequada para contribuírem na

análise, discussão e resolução de problemas (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006). Estes atores devem ter a capacidade de influir e se contrapor, o que significa ter acesso a informações para opinarem e defenderem interesses coletivos, ou seja, as representações têm que dominar as condições e instrumentos para se tornarem de fato protagonistas e sujeitos da ação e não meros complementos (SPOSATI; LOBO, 1992).

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de empreendimento de esforços dos coordenadores do PCT para estabelecimento de parcerias e sensibilização dos membros dos diversos segmentos que compõem os CMS e da população em geral acerca da problemática da TB para que estes atores possam assumir compromisso e defender a causa da doença junto a essas instâncias deliberativas, não apenas mediante assunção do papel de fiscalizadores quanto à aplicação dos recursos (PRESOTO; WESTPHAL, 2005), mas também como propositores e formuladores de políticas e estratégias (BRASIL, 2003) que favoreçam a prevenção e o gerenciamento da TB enquanto uma prioridade na agenda municipal de saúde.

Quando a gestão municipal se compromete com a TB, não só é possível uma adequada alocação de recursos financeiros, mas também a disponibilização dos mesmos para aquisição de insumos para o PCT, dentre eles incentivos como cestas-básicas e vales-transporte para suprir algumas necessidades dos doentes inscritos no Programa, conforme mostra o depoimento a seguir.

“(...) facilidade do componente político, é que eles ajudam nos insumos, que é uma coisa que você consegue com a verba que você recebe (...)”
(E4).

A OMS (2003) aponta a importância do provimento de incentivos para indivíduos acometidos por condições crônicas, pois, em função da longa duração dos tratamentos prescritos, é necessária a adoção de medidas que promovam a participação dos mesmos durante o processo terapêutico para que haja o adequado manejo dessas condições pelos sistemas de saúde.

A distribuição de incentivos (cestas-básicas, vale-transportes, dentre outros) pelo PCT, apesar de não resolver a situação de pobreza na qual a maioria dos doentes de TB está inserida, colabora de certa forma na situação nutricional dos mesmos, além de estimular a adesão ao tratamento. São essenciais, pois muitos doentes encontram-se desempregados, ou mesmo sem condições físicas para o trabalho (VENDRAMINI, 2001; VENDRAMINI et al., 2002).

Em relação à *disponibilização e manutenção de incentivos* para o PCT, elementos essenciais e extremamente valorizados pelos coordenadores, estes refletem, de acordo com os depoimentos abaixo, um intenso *processo de negociação* e capacidade de convencimento dos gestores acerca da relevância e contribuição dos mesmos para o impacto no controle da TB no âmbito municipal.

“(...) tem uma luta de dois anos e só agora a gente está conseguindo a cesta básica (...)” (E3).

“Eu tenho fornecimento de vale transporte e cesta básica (...) é um custo que já vem sendo mantido pelo município, a prefeitura (...) o prefeito entendeu (...)” (E1).

A capacidade de empreender ações de negociação e o trânsito político dos coordenadores do PCT para sensibilizar, convencer e responsabilizar os

decisores de saúde com a TB é essencial para garantir a disponibilização e sustentabilidade de RH, materiais, financeiros ou incentivos, bem como para a viabilização de estratégias para controle da doença como o DOTS.

“(...) não se gostava de falar muito (...) então eu estou sempre cutucando, pra mostrar que Tuberculose tá aí, que não parou de estar aparecendo (...) mas a pessoa [gestor] não olha a Tuberculose com o olhar que deveria ser (...)” (E7).

“(...) você tem que convencer (...) trazer dados de outros municípios e mostrando, à medida que você vai colocando isso para o secretário de saúde e para o pessoal da coordenadoria da vigilância epidemiológica isso [DOTS] foi se concretizando (...) na tuberculose é assim nada acontece num estalo (...) à medida que a gente foi tendo resultados, os resultados nos permitiram manter recursos (...) a gente vai conseguindo aos poucos e vai incrementando, vai depender muito de quem está gerenciando os recursos, se ele vê que é necessário e a gente consegue mostrar que vai valer a pena um investimento, ele acaba aderindo” (E1).

“Em 2004 nós tivemos a oportunidade de apresentar para toda a equipe técnica o quadro da Tuberculose (...) também elaboramos um boletim de Tuberculose revendo dados de 10 anos, e isso fez com que eles [Gestor, equipes de saúde] compreendessem e acreditassem que havia necessidade de realizar alguma coisa” (E8).

“(...) então a gente tem que gastar muito mais gás brigando (...) para convencer ele [gestor] (...) e mesmo que não convença pelo menos responsabilizando ele de alguma forma (...)” (E5).

Acredita-se que no processo de negociação com os dirigentes para que a TB seja considerada como uma prioridade na agenda de saúde devem ser enfocados aspectos relacionados à relevância epidemiológica da doença, às experiências bem sucedidas de implantação de estratégias como DOTS, bem como o retorno financeiro e o possível impacto no controle da doença em âmbito municipal. O processo de negociação com os dirigentes exige a utilização de mecanismos criativos para que estes compreendam a importância epidemiológica da TB e/ou o retorno financeiro que as ações e estratégias para o controle da mesma podem trazer para o município. Ou seja, o empreendimento de negociações implica na utilização de uma linguagem que seja compreensiva e ao mesmo tempo atrativa, pois, de acordo com Pereira (1996), não existe uma solidariedade natural na sociedade, onde indivíduos ou grupos envolvidos no desenvolvimento de uma determinada ação sempre almejam a maximização de seus benefícios acompanhada de uma progressiva diminuição de seus custos.

Além da negociação, o estabelecimento de *parcerias* com atores sociais relevantes no contexto municipal representa uma outra estratégia utilizada pelos coordenadores com a finalidade de favorecer a visibilidade e o fortalecimento do PCT e também para adquirir recursos, de modo a compensar a dificuldade de acesso aos mesmos.

“(...) hoje eu não preciso convencer da importância [investimento na TB] mais eu preciso me aliar (...) não é de convencimento mais assim de manter e aprimorar cada vez mais os nossos parceiros (...) o secretário entende pouco mais se você tem parceiros, um diretor de departamento ambulatorial, um diretor de hospital, um diretor de departamento de vigilância da saúde que sejam sensíveis e que queiram pelo menos ouvir

(...) a gente teve como parceiro o programa de AIDS que financiou muita coisa para gente” (E5).

“(...) vale transporte não é com dinheiro da tuberculose, é comprado com o dinheiro, que vem pra aids” (E7).

Frente à dificuldade da TB ser contemplada como uma das prioridades na agenda municipal de saúde é possível identificar que compete ao nível meso, ou seja, aos coordenadores de PCT formarem liderança e defenderem a causa da TB, atribuição esta que deveria ser valorizada e conduzida também pelo nível Macro, através dos gestores municipais de saúde. Desta forma, torna-se pertinente ressaltar a relevância e a necessidade de adequado preparo político, gerencial e técnico dos coordenadores do PCT para atuarem na organização e viabilização de ações, estratégias e políticas para o controle da TB em um contexto onde paira um padrão de gestão pouco comprometida com a doença, além da presença de um risco constante que representa a descontinuidade político-partidária para a sustentabilidade de projetos e recursos.

Conforme o depoimento abaixo, a descontinuidade político-partidária fragiliza a implantação e sustentabilidade de estratégias e recursos essenciais para o controle da TB, o que gera um ambiente de dúvidas e incertezas acerca do alcance de mudanças pretendidas e metas pactuadas.

“Em 1997 (...) nós tínhamos mais recursos financeiros (...) e esse ano foi um ano bom, depois teve todo esse problema político, nós tivemos menos recursos financeiros, então foi uma coisa que terminou [TS] (...) hoje não temos mais esses recursos que tivemos no início, em 1997, 1998. Muda a política (...)” (E7).

Os períodos de eleição municipal representam momentos de instabilidade e insegurança para diversos projetos (COPQUE; TRAD, 2005) dentre eles o controle da TB, uma vez que o avanço da política de saúde depende do interesse e do estilo de governar de cada dirigente, portanto, sem garantia de continuidade (SPOSATI; LOBO, 1992). Ressalta-se a necessidade de desenvolvimento de parcerias com diversos atores sociais, incluindo a própria comunidade, para que exerçam pressões políticas junto aos decisores locais de modo que a TB seja contemplada como uma das prioridades na agenda municipal de saúde e que seja garantida, mesmo em situações de mudanças políticas, a continuidade de seus projetos, ações, estratégias e recursos.

O envolvimento da comunidade na luta pelo controle da TB contribuiria para o desenvolvimento de ações e controle social, cujo poder reside na força de mobilização e pressão junto às autoridades locais e população em geral (COPQUE; TRAD, 2005; PRESOTO; WESTPHAL, 2005).

Enfim, esta unidade temática revela a existência de um padrão de gestão pouco comprometido com as ações de controle da TB em função da dificuldade em considerar a doença como uma das prioridades na agenda de saúde e pela conseqüente dificuldade de disponibilização de recursos, o que exige dos coordenadores do PCT uma habilidade política para negociação intensa e estabelecimento de parcerias na tentativa de fortalecer, dar visibilidade e suprir necessidades do PCT para que de fato consiga viabilizar as políticas traçadas nacionalmente para o controle da doença e alcance das metas de detecção e cura da mesma.

A TB, para os gestores municipais de saúde, de acordo com a percepção dos coordenadores do PCT, é uma doença marginalizada, desvalorizada, negligenciada e com pouca visibilidade política. Nesse sentido, os resultados sugerem que a doença representa apenas uma responsabilidade técnica e desprovida de complexidade que cabe ao município executar. Frente ao padrão de gestão pouco comprometido com a TB, desafios são lançados aos coordenadores do PCT, principais empreendedores de ações de controle da doença no contexto municipal, no sentido de fortalecer e dar visibilidade ao PCT através de sensibilizações e parcerias com atores-chave pertencentes aos diversos níveis do sistema de saúde (Macro, Meso e Micro). Destaca-se também, o papel essencial da comunidade nesse contexto, para que defendam a causa da TB de modo que a doença deixe de ser considerada apenas como uma ação reduzida a simples procedimentos técnicos frente à complexidade que envolve o enfrentamento desta condição e se torne, mais que uma política de governo - passível de sofrer os efeitos de mudanças políticas - uma política pública, legitimada nos diversos contextos locais.

Acredita-se que para a construção de um sistema municipal de saúde mais eficaz em relação ao controle da TB, há que se considerar a mesma como uma prioridade na agenda de saúde, o que requer um padrão de gestão mais comprometido com a doença, ou seja, um efetivo compromisso político dos dirigentes locais, o qual representa um pilar essencial da estratégia DOTS.

A trajetória do PCT se apresenta como um programa ainda isolado, com pouca integração em espaços políticos/sociais e que para desempenhar de modo efetivo as políticas e estratégias de controle da TB há que alcançar maior visibilidade e fortalecimento em nível municipal. A consciência sanitária acerca da

situação da doença entre atores-chave relevantes contribui tanto no sentido de pressionar os dirigentes para promoverem ajustes necessários de ações e serviços, como para atuarem mediante a proposição de políticas que favoreçam a implantação e sustentabilidade de estratégias para o efetivo controle da doença, como o DOTS.

6.2 A incorporação das ações de controle da TB na Atenção Básica à Saúde

Nesta Unidade Temática foram analisados aspectos importantes relacionados à descentralização de algumas ações de controle da TB em sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2001, 2004b) e a assunção de responsabilidades pelas equipes que atuam na ABS (Unidades tradicionais –UBS, USF/PACS).

Cabe destacar que o processo de incorporação das ações de controle da TB vem ocorrendo de forma gradual e diversificada na ABS. Em municípios prioritários do Estado de São Paulo, algumas atividades, como o TS e a BRS estão sendo fortemente transferidas para os pontos periféricos do sistema municipal de saúde, principalmente para as UBS (VILLA et al., 2006c).

Ressalta-se a influência e responsabilidade do nível *Macro* neste processo, no papel dos gestores municipais de saúde, referente ao adequado desenvolvimento e alocação de RH através de investimentos na formação e capacitação; do nível *Meso*, no papel dos coordenadores do PCT, referente à integração e co-responsabilização entre os diversos pontos de atenção à saúde, à promoção da qualidade da assistência através de incentivos aos profissionais, à garantia de equipes qualificadas para o manejo das condições crônicas, dentre elas a TB (OMS, 2003).

No contexto da prevenção e gerenciamento das condições crônicas nos sistemas municipais de saúde, as atribuições designadas ao nível micro estão relacionadas à garantia de equipes de atenção à saúde preparadas, motivadas e sensibilizadas para assumirem funções e responsabilidades compatíveis com

suas capacidades profissionais para lidarem com a complexidade da atenção às condições crônicas como a TB.

A presente Unidade Temática aponta a existência de dificuldades para a incorporação e operacionalização das ações de controle da TB na ABS, presente em sete municípios estudados. A **debilidade quantitativa e qualitativa de RH** e a **organização das ações de controle da TB no sistema de saúde** que representam elementos da estrutura ou capacidade dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002), foram barreiras identificadas, através do discurso dos entrevistados, para a efetiva incorporação do TS e da BSR pelas equipes locais de saúde.

A **debilidade quantitativa e qualitativa de RH na ABS**, identificada em cinco municípios, esteve relacionada à falta de RH, à sobrecarga de funções e à inadequada qualificação das equipes de saúde para lidarem com a TB.

Conforme o depoimento a seguir, UBSs expressam certa resistência à incorporação do TS e BSR na rotina diária das atividades executadas por esses serviços trazendo a falta de RH como uma barreira para o desenvolvimento de tais atividades.

“As demais Unidades [UBS] ainda têm certa dificuldade de aceitar isso [TS]. Você sempre ouve (...) está faltando funcionário, não tem gente pra cuidar disso, não tem como dar prioridade ao paciente (...)” (E9).

“A dificuldade que eu vejo [BSR], é a do profissional (...). São coisas tão simples, mas a Unidade acaba colocando obstáculos pela falta de funcionários (...)” (E9).

Junqueira (1990) refere que a escassez de recursos faz com que os profissionais tenham que, na maioria das vezes, improvisar e executar suas tarefas em condições desfavoráveis, com possível prejuízo nas relações interpessoais, que são fundamentais para o adequado desempenho dos serviços de saúde.

A carência quantitativa de RH na AB pode resultar em sobrecarga de funções entre os profissionais que atuam nas equipes locais e assim, comprometer a capacidade resolutiva dos serviços e o processo de interação com o doente de TB, o qual pode prejudicar o vínculo e adesão ao tratamento.

A sobrecarga de funções também pode ocorrer pela designação de múltiplas atividades, programas e tecnologias para ABS sem o adequado preparo e perfil profissional (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004), o que tem dificultado a sensibilização e organização do processo de trabalho nesses serviços.

“(...) na unidade básica que já tem um monte de coisa e isto [TS] está sendo um grande mal na estrutura atual (...) o que tinha era o programa de pré-natal era puericultura e fazia vacinação de repente começou a receber, clínica médica, programa do idoso (...) agora tuberculose (...) a estrutura não estava preparada não tinha um RH suficiente e preparado (...) então eles [UBS] acham que mais uma coisa que a gente está passando para eles (...) eles não vestem a camisa, é difícil você sensibilizar (...)” (E2).

A situação descrita indica que os serviços de AB, principalmente as UBS, não estão preparados para atuar com base em um planejamento prévio e nem

organizam suas atividades e recursos em função das necessidades e demandas da população sob sua responsabilidade.

Os serviços de saúde da AB têm assumido, além das demandas pontuais sob sua responsabilidade, as demais atividades que estão sendo transferidas, as quais, para muitos, vêm sobrepor-se ao atribulado trabalho dos serviços de saúde (MUNIZ, 2004), contribuindo assim, para que os profissionais continuem a reproduzir em sua prática diária uma atenção mecanicista, fragmentada, voltada para a lógica de atendimento aos eventos agudos ou episódicos das doenças. Essa forma de abordagem é incompatível com os sistemas integrados de saúde e dificulta a compreensão global do ser humano, do processo saúde-doença, bem como a organização da atenção voltada para o atendimento das condições crônicas (OMS, 2003; MENDES, 2001b, 2002) como a TB.

Para a transferência de competências e responsabilidades para a ABS, dentre elas as ações de controle da TB, é imprescindível que a distribuição de atribuições seja acompanhada não apenas pela adequada alocação de recursos, mas também pelo suporte gerencial e técnico para que UBSs e USFs organizem suas práticas com base nos princípios e atributos da APS para responderem às demandas individuais e coletivas da população pelas quais são responsáveis de forma planejada, organizada, humanizada e resolutiva.

A OPAS (2005) aponta que um sistema de saúde com base na APS fundamenta-se no planejamento, visando oferecer recursos adequados, sustentáveis e apropriados às necessidades de saúde da população.

Cardozo-Gonzales (2005) ao avaliar o desempenho de PCTs que realizam o TS domiciliar no município de Ribeirão Preto-SP, identificou a ausência de um planejamento prévio para a execução das atividades diárias, o que interfere

diretamente no grau de aproveitamento dos RH e materiais e na efetivação das ações de controle da TB.

Um outro aspecto que interfere diretamente na incorporação das ações de controle da TB na ABS refere-se à qualificação dos profissionais, uma vez que estes passaram a assumir novas ações e programas de saúde nunca antes abordados. O depoimento abaixo mostra que equipes da ABS têm dificuldade em realizar a BSR, pois não estão sensibilizadas e preparadas para detectar os sinais e sintomas da TB, fato este que pode ocorrer em função da falta de conhecimento sobre a doença, falta de consciência acerca do problema nas respectivas áreas de abrangência e também pela própria crença que a TB é um mito do passado.

“(...) quem tem que fazer a busca ativa é o profissional da área de saúde, desde a recepção até o médico (...). O pessoal não incorpora que tosse há mais de três semanas pode ser tuberculose (...) se você não consegue pôr isso na cabeça do pessoal (...) quanto mais o resto (...)”
(E2).

Identificou-se também a falta de preparo de ACS, pois estes apresentam dificuldades na forma de proceder frente a um caso suspeito, confirmado ou com possíveis complicações relacionadas à TB, bem como no manuseio do sistema de registro de informações.

“(...) os agentes comunitários, têm algumas vezes dificuldade de saber o encaminhamento que deve ser dado por eles” (E4).

“(...) um ou outro agente de saúde que tem dificuldade para o preenchimento planilha [TS]” (E6).

Por outro lado, um dos entrevistados aponta que profissionais de saúde com treinamento específico e aqueles com conhecimentos e experiência prévia acerca da TB incorporam com mais facilidade as ações de controle da doença em nível local.

“[incorporação TS pelas equipes AB] Aqueles que já tinham um preparo de TBVE [Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica] a gente observou uma facilidade imensa em trabalhar com eles, os outros (...) dificultaram e dificultam ainda o nosso serviço” (E8).

“(...) pessoas responsáveis pela vigilância epidemiológica [UBS] passaram também a ser responsáveis pelo programa de controle da tuberculose da Área (...) e aos poucos elas estão assumindo isso” (E8).

A capacitação voltada para atenção à TB é imprescindível e deve garantir a compreensão dos sinais, sintomas e condicionantes da doença, bem como de instrumentos e tecnologias utilizadas para sua prevenção e controle, dentre elas a BSR e o TS. Também deve proporcionar, além de habilidades técnicas, habilidades interpessoais que favoreçam a comunicação, o aconselhamento e educação em saúde. É essencial frente aos desafios impostos para o adequado manejo da doença e do doente no contexto da ABS.

Vale destacar que o processo de transferência das ações de BSR e TS para a ABS exige que outras atividades como distribuição de medicação e sistema de registro de informações sejam transferidas e organizadas paralelamente. Para que tais atividades sejam efetivas e respondam à realidade local, deve-se garantir uma estrutura mínima aos serviços de saúde, não apenas em termos de recursos

materiais necessários, mas também RH adequadamente preparados (sensibilizados e com habilidade técnica/interpessoal). Destaca-se nesse contexto a relevância das capacitações e supervisões contínuas promovidas pela coordenação do PCT.

Desde 2003, a OMS vem demonstrando sua preocupação em relação à qualificação das equipes de saúde para assumirem as responsabilidades com as ações de controle da TB, questão que emerge no bojo da descentralização e integração da doença na APS e que representa um dos desafios para a expansão sustentável da estratégia DOTS e para o alcance das metas de cura e detecção da TB (WHO, 2003, 2004b, 2005, 2006b).

Figueiroa-Munoz et al. (2005) desenvolveram um estudo nos 22 países que concentram 80% da carga da TB (incluindo o Brasil) e apontaram que a questão dos RH representa uma das principais barreiras para a implementação da estratégia DOTS e que programas de saúde específicos, como da TB, reconhecem que o controle da doença ainda não foi alcançado devido à deficiência na força de trabalho em saúde. Também identificaram a existência de poucos dados disponíveis sobre RH para o controle da TB, além de escassas informações sobre equipes treinadas e modalidades de cursos oferecidos (qualidade e duração). Os autores sugerem que tais países necessitam de suporte para desenvolver estratégias para o planejamento e gerenciamento de RH.

A qualificação profissional proporcionada através da formação e capacitação contínua é um importante requisito no contexto da AB, pois promove autonomia, habilidade técnica e interpessoal, criatividade, qualidade e a humanização (COTTA et al., 2006) necessária para que as equipes de saúde tenham condições

de planejarem e gerenciarem a assistência aos doentes de TB na área em que atuam.

Quanto à formação de RH em TB, um estudo aponta a existência de lacunas no ensino teórico-prático durante a graduação em escolas de enfermagem no Brasil, onde destaca que a formação do aluno através do ensino prático não é suficiente para oferecer assistência sistematizada aos doentes de TB e sugere que o ensino deve ultrapassar o modelo tradicional centrado em aspectos biológicos da doença e introduzir instrumentos que possibilitem a mudança de comportamentos a fim de contemplar aspectos sociais e a humanização no processo de assistência (VILLA, et al., 2006a, 2006b). Essa deficiência na formação profissional pode comprometer a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde.

Nesse sentido, reforça-se ainda mais a necessidade de um processo de capacitação contínua que seja capaz de sensibilizar e motivar as equipes locais de saúde para a incorporação do controle da TB, através da utilização de estratégias que privilegiem o contexto e problematizem as ações a serem realizadas, as relações equipes-usuários, bem como as possíveis intercorrências a serem enfrentadas (MATUMOTO et al., 2005) pelos serviços de AB. Além das capacitações, também é de extrema importância a realização de supervisões contínuas das equipes de ABS pela coordenação do PCT para a identificação de falhas, dificuldades no processo de operacionalização das atividades de TS e BSR, correções e também para o aprimoramento de habilidades adquiridas.

Matumoto et al. (2005) destacam a necessidade de superar a prática da supervisão tradicionalmente pautada apenas na finalidade administrativo-gerencial, cujo enfoque central é o controle dos processos e resultados

alcançados, tendo como parâmetros normas e diretrizes definidas previamente. A evolução para uma prática cujas formas de intervenção e processos sejam capazes de instigar nas equipes uma auto-análise e auto-gestão é a meta para que se alcance a mudança da lógica de produção de procedimentos para a produção de cuidados, isto é, um cuidado que resulte em cura, promoção e proteção da saúde e da vida individual e coletiva. Ainda acrescentam que tal atividade pode auxiliar no enfrentamento das dificuldades e resistências locais, na avaliação e direcionalidade que o trabalho tem assumido em função dos objetivos e metas pactuadas, bem como na instituição de um processo criativo para lidar com as demandas da população a partir dos recursos locais existentes.

Acredita-se que a prática da supervisão deve ser conduzida de forma motivadora pelo coordenador do PCT para facilitar que as equipes de saúde da AB incorporem seus papéis no controle da TB enquanto cuidadores, ou seja, tornando-as responsáveis pelos problemas e necessidades dos doentes assistidos.

Neste estudo, um elemento que surge e prejudica a manutenção das equipes que atuam na ABS qualificadas/capacitadas para lidar com a TB é a rotatividade dos profissionais, atribuída principalmente à descontinuidade político-partidária nos sistemas municipais de saúde.

“(...) se observa no PSF desse município uma grande rotatividade médica, então, treina, daqui a pouco você vai ver e já não é mais o médico que foi treinado (...) foi embora e vejo outro médico não treinado. A enfermagem, também não é que vai embora (...) mas roda muito entre os postos da cidade” (E4).

Além da descontinuidade político-partidária, outros motivos também podem estar relacionados à rotatividade tanto dentro do sistema municipal como entre os sistemas público-privado de saúde, dentre eles pode ocorrer a não adaptação dos profissionais aos serviços aos quais foram alocados, onde muitas vezes pode prevalecer o critério de “escolha” do local em função do tempo de atuação do profissional no sistema de saúde e não pela priorização do perfil e formação profissional mais adequado em função do tipo de serviço a ser executado. Uma outra situação pode estar relacionada à desmotivação salarial, drenando profissionais mais qualificados para o sistema privado ou para outros sistemas municipais de saúde que ofereçam melhores oportunidades.

A rotatividade de RH também foi identificada como fator limitante para a prática do PSF em municípios de Minas Gerais e Bahia e esteve relacionada à ausência de mecanismos legais que garantam estabilidade nos contratos de trabalho, à descontinuidade político-partidária, às variações salariais e à inadequação do perfil profissional para o trabalho no âmbito da saúde coletiva como resultado da formação baseada no modelo flexneriano (COTTA et al., 2006; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Além da rotatividade interferir na qualificação dos profissionais, também dificulta o vínculo com os doentes de TB em TS, uma vez que este pode ser propiciado mediante o estabelecimento de uma relação ao longo do tempo com um profissional ou equipe de saúde em particular.

‘[TB] Tem que ter vínculo (...) de 10 anos que estou aqui (...) está cheio de gente nova que mudou governo (...) mudou um monte de gente de novo porque ninguém fica (...) O pessoal não tem perfil para ficar’ (E2).

Esta relação equipe-doente estabelecida ao longo do tempo, designada por Starfield (2002) como atenção longitudinal, promove um ambiente de segurança e desenvoltura para o doente, que pode durante o processo terapêutico exteriorizar suas dúvidas e apresentar comportamentos compatíveis com sua realidade.

A prática do TS foi adotada no Brasil com a finalidade de promover um aumento na chance de exposição do doente de TB aos serviços de saúde durante o processo terapêutico, e, assim, oferecer oportunidade para esclarecer dúvidas sobre a doença, o tratamento e também para a educação sanitária em geral (RUFFINO-NETTO, 2000), ou seja, estimular no decorrer do tempo a prática emancipatória para que os sujeitos/doentes se tornem, na medida do possível, protagonistas da própria saúde (MATUMOTO et al., 2005).

A atenção longitudinal ou longitudinalidade, um dos atributos da APS, significa relação interpessoal de longa duração entre profissionais de saúde-pacientes em suas unidades de saúde e possibilita o estabelecimento de um senso de confiança, ao longo do tempo entre o binômio, situação esta que facilita o reconhecimento de necessidades, bem como oferta de ações específicas, sistemáticas e contínuas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O adequado manejo de cada caso é possível mediante o conhecimento acumulado a respeito dos antecedentes do paciente e as experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

Quando os profissionais ou equipes de saúde da AB estão capacitados para assumirem a responsabilidade tanto pela supervisão dos doentes de TB pertencentes à área em que atuam, como pelas suas necessidades e demandas, sejam elas bio-psico-sociais, eles têm maiores possibilidades para realizarem o

manejo do caso mediante incrementos na atenção proporcionada visando a integralidade da assistência e satisfação dos usuários.

Deste modo, a questão da rotatividade merece atenção dos responsáveis pela elaboração de políticas para o adequado desenvolvimento, alocação e manutenção de RH no sistema de saúde, pois representa um obstáculo para a sensibilização e capacitação dos profissionais, interferindo diretamente no desempenho dos mesmos para lidar com a complexidade da TB no âmbito da AB.

O relatório anual da OMS também apontou a necessidade de superação de questões como alta rotatividade das equipes nos sistemas de saúde, bem como a diversificação de atividades de treinamento em TB, contemplando conteúdos acerca do gerenciamento da doença, da co-infecção HIV/AIDS, a MDR e a estratégia DOTS. (WHO, 2006b).

Ainda em relação à qualificação em TB, estudos realizados por Muniz (2004) em Ribeirão Preto (Brasil) e por Lewin et al. (2005) em Cape Town (Sul da África) partiram do pressuposto de que equipes atuantes em serviços de AB (ou clínicas de atenção primária) devidamente capacitadas/treinadas favoreceriam tanto o aumento da BSR como o impacto no processo de adesão e indicadores de cura da doença. Assim, promoveram uma intervenção mediante treinamento de equipes da ABS e chegaram à conclusão de que a qualificação, por si só, não garante o desenvolvimento e manutenção das ações de controle da TB na ABS e nem promovem impacto significativo na adesão e resultados de tratamento e que fatores de ordem organizacional poderiam estar relacionados a tal situação.

Junqueira (1990) refere que normalmente o baixo desempenho dos serviços de saúde é atribuído à falta de recursos, sejam eles humanos ou materiais e à baixa qualificação do seu pessoal. No entanto, o mesmo autor ainda revela que a

existência de tais recursos por si só não garante a qualidade dos serviços e aponta para a necessidade de um gerenciamento local efetivo como fator determinante para o alcance de objetivos propostos, mediante planejamento, coordenação, direção e controle.

Em relação à **organização das ações de controle da TB no sistema de saúde**, a forma como esta é percebida pelas Equipes locais, ou seja, o predomínio da visão centralizada e fragmentada da mesma também representa um obstáculo para a incorporação da TB na ABS e foi identificada em dois municípios.

Conforme os depoimentos a seguir, equipes de saúde consideram as atividades relacionadas à TB como competência única e exclusiva dos centros de referência para tratamento da doença, contribuindo assim para o fortalecimento de uma idéia de “isenção” de responsabilidades locais com o controle da mesma.

“(...) a rede tinha aquela visão: tuberculose- centro de referência (...) então a partir daí eles perdiam o vínculo com esse paciente (...) achavam que não era mais problema deles” (E5).

“(...) não acreditando [TS], não achando importante, acha que é uma coisa só do programa (...) que não é de todos (...) e não é verdade (...). É um programa que todos têm que estar participando” (E9).

Essa visão centralizada e fragmentada das ações de controle da TB no sistema de saúde constitui-se em uma barreira para integrar a doença na ABS, a qual pode estar relacionada à percepção das equipes acerca do processo histórico de constituição e fortalecimento do PCT como um programa vertical e

centralizado - operado por profissionais especializados, ao grau de compreensão das políticas de controle da doença no contexto da reorganização da ABS e também à própria resistência local em incorporar responsabilidades com a TB, pois esta representa algo novo que impõe certa ruptura na rotina tradicional desempenhada pelos serviços, o que pode gerar medo e ansiedade em função do despreparo das equipes para lidarem com a doença.

Tal situação indica que os serviços de saúde estão organizados na lógica dos sistemas fragmentados, que segundo Mendes (2002) ainda são fortemente hegemônicos e atuam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si, com débil APS, e, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada.

O predomínio dos sistemas fragmentados, cujo imperativo é a atenção aos eventos agudos, pode fazer com que as equipes de AB se “prendam” às rotinas de trabalho e em respostas aos problemas imediatos e emergenciais, deixando em segundo plano as intervenções de promoção da saúde, prevenção das doenças/danos e contenção de risco evolutivo frente às necessidades da população atendida. Cornetta, Maia e Costa (1996) acrescentam que a força do fazer supera a do pensar, onde a possibilidade de novas intervenções no cotidiano é quase sempre negada em função de normas e rotinas. Essa forma de organizar e operar as práticas de saúde reflete o que cada serviço ou ponto de atenção prioriza e valoriza.

A referida lógica de trabalho dos profissionais dificulta a organização do sistema de saúde para atender às condições crônicas, dentre elas a TB, uma vez que estas necessitam, de acordo com a OMS (2003), de um gerenciamento

sistematizado e contínuo ao longo do tempo que contemple as necessidades bio-psico-sociais dos doentes.

Nesse sentido, corrobora-se com Mendes (2002) quando este propõe um avanço no sistema de saúde, o qual deve se organizar por meio de uma rede integrada de pontos de atenção, onde a APS ocupe uma posição central, cujo dever seja prestar assistência contínua a uma população definida e se responsabilizar pelos resultados sanitários relativos a essa população. A estruturação dos serviços com base nos princípios e atributos da APS é uma das exigências das concepções modernas dos sistemas integrados de serviços de saúde para atender tanto os eventos crônicos como agudos (MENDES, 2002).

O autor ainda reforça que, um serviço de saúde estruturado na lógica da APS deve cumprir duas funções essenciais: a de resolatividade e a de responsabilização. Uma boa equipe de APS deve ser resolutiva, pois 92% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na APS. Em relação à responsabilização, independente do ponto de atenção em que o indivíduo/doente estiver, a responsabilidade por sua saúde e seu cuidado é da equipe de APS.

Frente ao exposto, é possível identificar que serviços de AB não estão devidamente preparados para operarem suas práticas de acordo com a APS defendida por Mendes (2002) e Starfield (2002) em função da nítida ausência de responsabilização, vínculo e interesse dos mesmos pelos doentes de TB.

Os serviços de saúde da AB, tanto UBS como USF, que atuam conforme os princípios da APS funcionam como porta de entrada no sistema e são capazes de atender a todas as necessidades e problemas de saúde das pessoas, além de coordenar e integrar os outros tipos de atenção prestadas por terceiros. Também são responsáveis por organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto

básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria das condições sanitárias da população à qual são responsáveis (STARFIELD, 2002). Para tal, é necessário que tais serviços se reconheçam como parte integrante do sistema, do qual possuem função central, para que possam acolher, atender e se responsabilizarem adequadamente pela população com a finalidade de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado.

A efetiva incorporação das ações de controle da TB na ABS pressupõe a evolução do sistema de saúde para um modelo de atenção integrado, tendo como eixo norteador os princípios e atributos da APS, porém, sempre se partindo da premissa que a conscientização, o preparo e a motivação são fundamentais para que as equipes de saúde assumam o compromisso com o controle da doença. Somente assim, será possível propiciar um ambiente favorável para a prevenção e gerenciamento de condições crônicas, como a TB.

Entretanto, para que ações historicamente desenvolvidas por programas ou estruturas verticalizadas e centralizadas sejam incorporadas de forma mais descentralizada e responsável pela ABS também há que se considerar a necessidade de um gerenciamento local mais apropriado, baseado em modelos mais democráticos, com comunicação intensa e sistemas de avaliação que garantam o alcance de resultados esperados e que enfatizem as visões a curto, médio e longo prazo.

Acredita-se que a produção de impacto no controle da TB, ou seja, o aumento nas taxas de detecção e cura da doença através da integração e sustentabilidade de atividades como BSR e TS na ABS passa por uma ação conjunta que deve ser concebida, estruturada e desenvolvida por todos os membros das equipes de saúde. Toda a instituição ou ponto de atenção deve

estar envolvida nesse processo, do gerente local ao auxiliar de enfermagem, para que se construa gradativamente um modelo de atendimento cada vez mais direcionado à complexidade da doença e à singularidade de cada indivíduo. Atitudes isoladas centralizadas na figura do coordenador do PCT e de profissionais responsáveis pela execução direta da assistência ao doente correm o risco de perder-se e não repercutirem na dinâmica das equipes de saúde da AB.

Neste contexto, torna-se essencial a valorização de gerentes locais enquanto atores sociais co-responsáveis pela integração das ações de controle da TB na AB, pois, além das funções de planejamento, coordenação, direção e controle dos serviços para viabilizar políticas e alcançar objetivos e metas propostas (JUNQUEIRA, 1990; PASSOS; CIOSAK, 2006; FERREIRA, 2004), também são responsáveis pela mobilização e comprometimento de seus funcionários na organização e produção de serviços/ações para atender às necessidades da população (JUNQUEIRA, 1990). No entanto, frente à baixa capacidade gerencial das pessoas que administram serviços de AB, como UBS, a capacitação de RH para tal função é de extrema relevância e representa um desafio para os gestores estaduais e municipais de saúde (FERREIRA, 2004).

Cabe destacar que, ao se pensar em transferir responsabilidades relacionadas ao controle da TB para a AB, com a finalidade de organizar a atenção à doença no sistema municipal de saúde, tornando-a mais acessível e resolutiva, é necessária a elaboração de um planejamento prévio, com caráter colaborativo, envolvendo coordenadores do PCT, da ESF e PACS, gerentes locais de saúde de UBS, representantes das equipes de USF e comunidade. Para tal, deve-se partir de uma avaliação epidemiológico-operacional de cada área para subsidiar tanto a definição de prioridades e estratégias de atuação, bem

como a designação de atribuições e responsabilidades conforme a capacidade gerencial e técnica local. Desta forma, considera-se que a possibilidade da TB ser incorporada no elenco de atividades prestadas pelos serviços de AB seja mais expressiva, consciente e responsável.

Ainda em relação à transferência de responsabilidades ou descentralização de ações e serviços para pontos periféricos do sistema de saúde, Mendes (1998) refere que tal processo não é compatível com um tempo político curto, nem implementado de maneira uniforme e deve ser orientado por um conjunto de princípios como a flexibilidade, gradualismo, progressividade, transparência na tomada de decisões e controle público.

Por fim, um último aspecto que merece ser abordado nesta Unidade Temática refere-se à compreensão das barreiras identificadas neste estudo - **A debilidade quantitativa e qualitativa de RH e a organização das ações de controle da TB no sistema de saúde** – enquanto elementos pertencentes à estrutura ou à capacidade dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002), os quais podem influenciar no grau de envolvimento das equipes de saúde da AB com as ações de controle da TB e, conseqüentemente, no desempenho e qualidade da atenção prestada aos doentes.

Identificou-se que equipes de saúde da AB não envolvidas consideram a atenção à TB, principalmente o TS, como algo trabalhoso, além de um ato paternalista.

“[incorporação TS na AB] (...) Um pouco de relutância, têm os que acham que é muito trabalhoso, que não dá certo” (E3).

“A dificuldade é as pessoas não entenderem o que é e porque ele [TS] é uma exigência hoje. Então tem isso, isso é paternalismo (...) A dificuldade é a pessoa estar realmente entendendo (...) mesmo o profissional da área da saúde, acaba não colaborando nesse tipo de tratamento” (E9).

A atenção à TB, de acordo com as barreiras identificadas e discutidas anteriormente, se organiza em um contexto onde paira o despreparo de profissionais atuantes na AB, cujas práticas são operadas seguindo o modelo fragmentado que privilegia as condições agudas. O referido contexto se configura como desfavorável para lidar com uma doença que já é complexa, pois, ao ser considerada como uma condição crônica pelo seu tempo de duração, exige compromisso, conhecimentos e habilidades específicas dos profissionais de saúde para seu adequado manejo frente à realidade bio-psico-social à qual se insere, e, sobretudo, para o estabelecimento de vínculo e co-responsabilização entre o serviço de saúde-doente/família durante o processo de interação. Em decorrência dessa complexidade que envolve a atenção à TB, esta pode ser percebida como trabalhosa pelos profissionais de saúde, repercutindo diretamente no envolvimento com as ações de controle da doença e na qualidade do cuidado prestado pela equipe local de saúde aos doentes/família. Além da inadequada qualificação dos profissionais que atuam na AB, elementos como o estigma com a doença e com as condições sociais dos doentes (alcoolismo, drogadição, dentre outras) podem fragilizar ainda mais o processo de atenção.

Em decorrência da falta de envolvimento de profissionais da ABS, identificou-se situações de maus tratos e falta de humanização no atendimento aos doentes de TB durante a realização do TS nas UBS.

“(...) a família veio falar (...) eu não vou mais tomar remédio lá [UBS] (...) sou muito mal atendido o pessoal me deixa esperando de duas a três horas para dar o remédio, e quando dão o remédio falam: se vira para arrumar água (...)” (E2).

“(...) você vê diferença entre as equipes que vestem a camisa [do PCT], adotam o pacientes para si, e aquelas que acham que é mais um caso que tem que ser levado até o final (...) você tem que ter o compromisso dos profissionais, que é difícil” (E4).

“(...) Tuberculose, Hanseníase, Aids, o que a gente vê é uma falta de compromisso, uma falta realmente de profissionalismo” (E9).

Os depoimentos permitem inferir sobre o desempenho dos serviços de AB, no que tange à atenção prestada à TB. Os profissionais possuem certa dificuldade em assumir os doentes de TB, bem como reconhecer seus principais problemas e necessidades para promover o adequado manejo de cada caso, podendo repercutir de forma negativa na atenção recebida pelos doentes, de modo que estes se sintam insatisfeitos e não aceitem participar do processo de assistência (STARFIELD, 2002). Para o controle da TB essa situação é preocupante, pois dificulta o alcance de uma atenção integral e humanizada, além de colocar em risco a adesão dos doentes e o abandono tanto ao TS como ao próprio tratamento medicamentoso. A adesão ao tratamento da TB depende do vínculo e do acolhimento proporcionado pelos profissionais ao doente durante a prática do TS (BERTOLLOZI, 2005).

Nesse sentido, além da necessidade de se avançar para um sistema integrado que seja capaz de lidar com as condições crônicas, é fundamental o investimento na capacitação de RH e designação de atribuições de acordo com o perfil profissional para o adequado envolvimento/compromisso, desempenho, qualidade e satisfação dos doentes de TB em relação à atenção prestada pelos profissionais de saúde.

Alguns depoimentos referiram a existência de um maior compromisso das equipes de saúde da família em relação aos profissionais que atuam nas UBS para a execução das atividades de controle da TB, principalmente o TS.

“O profissional de Saúde da UBS eu acho que tem um menor compromisso do que o outro [ACS do PSF] (...) ele [da UBS] ainda não se sensibilizou a essa estratégia (...) Agora com o pessoal do PFS eu estou achando mais facilidade” (E7).

“(...) estamos tendo problemas nas unidades básicas de saúde porque as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem não estão aderindo adequadamente ao processo (...) o pessoal do nível superior, médicos e enfermeiras (...) não aderiram de jeito nenhum, não aceitaram (...) começou a melhorar quando a gente passou para o agente comunitário de saúde (...) dentro do pátio do PSF (...) é muito mais fácil você ensinar e conseguir a adesão para fazer o supervisionado dos agentes comunitários ou da equipe de saúde da família do que na unidade básica” (E2).

No entanto, identifica-se no depoimento abaixo que a ESF ainda enfrenta dificuldades para organizar sua prática assistencial e incorporar novas atribuições, como as ações de controle da TB.

“[Implantação TS] muitas dificuldades (...) A teoria diz que o programa de saúde da família é um programa estruturado para fazer atendimento no global, quando você começa a ver na prática, você vê que não é bem assim que funciona. Eles mesmos têm dificuldades nos programas primários, quando você introduz mais um programa [TB] para eles (...) surgem os problemas (...)” (E4).

Para compreender o contexto dos depoimentos anteriores, torna-se essencial uma caracterização prévia dos mesmos em relação à cobertura populacional da ESF. Os municípios relacionados aos depoimentos E7 e E2 apresentavam cobertura da ESF inferiores a 20% e a 10% respectivamente (dezembro/2005). No entanto, o município relacionado ao depoimento E4 apresentava no mesmo período mais de 60% da população coberta pela estratégia, média esta superior à do Estado de São Paulo (aproximadamente – 21,1%). No município E4, além das atividades de BSR e TS, também se optou por transferir a responsabilidade com o tratamento e monitoramento dos doentes de TB, ou seja, o PCT passou a ser executado pelas equipes de saúde da família.

De acordo com os critérios utilizados por Mendes (2002) para classificar o momento ou fase em que se encontra o PSF em diversos locais, baseados na cobertura populacional e no grau de institucionalização da estratégia em diversos espaços sociais (político, serviços de saúde, educacional, corporativo e representação populacional), foi possível constatar que o município E7 encontra-

se em um momento de Transição Inicial do PSF (cobertura de 10% a 25%), o qual é caracterizado por uma grande instabilidade institucional e nenhuma sustentabilidade; o município do depoimento E4 encontra-se no de Transição Terminal (cobertura de 50% a 70%), caracterizado pelo grau significativo de institucionalização, ainda que distribuído de modo assimétrico nos diferentes espaços. Já o município do depoimento E2 não atingiu ainda o momento de Transição Inicial do PSF em função da baixa extensão da estratégia (inferior a 10%). O mesmo autor ainda aponta que no momento de Transição Inicial, o modelo tradicional (UBS) ainda é hegemônico e na Transição Terminal instala-se uma crise nessa hegemonia. Somente no momento de Consolidação do PSF (cobertura populacional acima de 70%) é que se dá a hegemonia desta estratégia no sistema de saúde.

Frente ao exposto, torna-se evidente nos depoimentos E7 e E2 a expectativa de que a ESF venha a contribuir para a melhoria do acesso às ações de controle da TB em função de um maior comprometimento identificado na postura dos membros dessas equipes. Contudo, o depoimento E4, cuja experiência é maior em relação à prática da ESF, permite inferir que transferência de responsabilidades para esses pontos de atenção deve ser realizada de modo cauteloso e, sobretudo gradual, uma vez que a realização das ações de controle da doença não depende apenas de boa vontade e disposição, mas sim de equipes qualificadas para lidar com a complexidade da mesma.

Mendes (2002) refere que boa parte das equipes de PSF ainda não consegue agir incorporando os princípios da APS, cujos esforços voltam-se para dar respostas às demandas pontuais da população, o que caracteriza a presença do modelo flexneriano nas práticas desses programas.

Nesse contexto, é possível concordar com Friedem e Driver (2003) quando estes discutem que a descentralização das ações do PCT oferece tanto oportunidades como riscos para a continuidade das ações. Quanto às oportunidades, pode haver melhoria da eficiência e qualidade dos serviços; porém, os riscos são significativos, pois a descentralização pode resultar na pulverização de responsabilidades e falta de compromisso, fragmentação dos programas e regimes de tratamento, maior dificuldade em desenvolver o TS e deficiência no sistema de informações.

Aqui cabe reforçar que não é negado o papel estratégico assumido pela proposta - saúde da família - na reorganização dos serviços de saúde para garantir a extensão do cuidado à população. No entanto, é importante ressaltar que nesses municípios a estratégia ainda não conseguiu se fixar enquanto base histórica para mudança do modelo assistencial em função de sua cobertura, grau de institucionalização nos espaços sociais, hegemonia do modelo tradicional (UBS), além da lógica de atuação não estruturada conforme princípios da APS e voltada para eventos agudos.

Para promover um contexto favorável à prevenção e gerenciamento da TB na ABS, mediante a incorporação de ações de BSR e TS, tanto nas USF como nas UBS (hegemônico), reitera-se a necessidade de se avançar para um sistema de saúde integrado, que incorpore os princípios da APS e se torne apto para lidar com os eventos crônicos e agudos, além de se investir na formação e capacitação dos profissionais atuantes nesses pontos de atenção para o adequado manejo e compromisso com a doença.

Uma última questão que este estudo permitiu identificar refere-se à adoção de estratégias que contribuem para a incorporação e desenvolvimento das

atividades designadas ao nível local, dentre elas a obrigatoriedade no preenchimento de relatórios mensais e encaminhamento para a coordenação do PCT.

“(...) de um mês para cá, que a gente fez a implantação [da BSR] (...) passaram a procurar mais (...) questionar mais (...) junto com a implantação do livro [SR] tem o boletim, que mensalmente eles vão ter que estar mandando para mim (...) então passou uma responsabilidade maior para eles (...)” (E9).

A responsabilidade pelo fornecimento periódico das informações geradas no nível local é um elemento facilitador para o compromisso local com a execução das ações de controle da TB. Diante do exposto, é fundamental garantir a sensibilização dos profissionais de saúde de modo a assegurar a qualidade e fidedignidade no preenchimento dos registros.

O envolvimento/compromisso dos profissionais pode ser estimulado através da capacitação e supervisões contínuas promovidas pela coordenação do PCT e também pelo estabelecimento de um fluxo de informação que garanta o *feed-back* dos resultados produzidos pelos serviços de saúde da AB, valorizando o trabalho dos profissionais que aí atuam.

Nesse sentido, o investimento em recursos humanos requer atenção especial dos responsáveis pela elaboração de políticas, uma vez que a qualidade dos serviços de saúde depende muito das pessoas que trabalham neles. O pessoal de saúde deve ser treinado tanto em uma perspectiva técnica como humanística; seu desempenho depende não apenas de seu treinamento e

capacidade, mas também de seu ambiente de trabalho e de políticas apropriadas de incentivo tanto em nível local como global (OPAS, 2005).

Enfim, esta unidade temática revela o descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para a ABS e a inadequação quantitativa e qualitativa de RH para o manejo da doença no sistema de saúde. Os desafios para a incorporação da BSR e TS na AB incluem, além do avanço na organização de um sistema integrado de saúde que contemple os princípios da APS para lidar com as condições crônicas, a elaboração e implementação de uma efetiva política de RH que garanta a formação e capacitação contínua dos profissionais. Destaca-se o papel essencial da coordenação do PCT no incentivo, organização, viabilização, supervisão contínua e monitoramento da situação da TB para a reorganização da atenção à doença no contexto da ABS. É necessária a designação de profissionais capacitados e com trânsito político para assumirem o gerenciamento e condução desse processo em nível municipal.

A incorporação das ações de controle da TB na AB exige a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos diversos níveis do sistema de saúde para a efetivação de políticas, planejamento, avaliação e adequação em conjunto das estratégias e tecnologias adotadas principalmente no nível municipal, que é onde ocorre de fato a implementação das políticas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos deste estudo, evidenciou-se um padrão de gestão pouco comprometido com a TB nos sistemas municipais de saúde, o que torna necessária uma compreensão acerca da problemática da doença para viabilizar uma agenda de prioridades locais onde sejam contempladas as principais políticas e estratégias de controle da TB.

A compreensão da TB como um problema de saúde pública requer o conhecimento de sua situação epidemiológica no contexto municipal e o interesse/compromisso dos gestores de saúde com a prática da justiça social para o alcance do princípio de equidade no SUS, adequando a oferta e ampliando o acesso às ações e serviços de saúde de modo a atender às necessidades e demandas de grupos populacionais com menor poder de vocalização política e capacidade reivindicatória, como os doentes de TB.

De igual relevância é a sensibilização dos gestores municipais quanto à necessidade de incorporar e investir na operacionalização da estratégia DOTS para a prevenção e gerenciamento da doença no sistema de saúde. Nesse sentido, a existência de uma política de financiamento para a TB pelos entes federados poderia contribuir para o interesse dos governos locais com o controle da doença.

Destaca-se que outros fatores concorrem na definição da TB como prioridade na agenda municipal de saúde para a distribuição de recursos de forma mais equânime (atenção às urgências e emergências, dengue), o que exige um planejamento com caráter integrado e colaborativo, ou seja, permeável à atuação de diversos atores sociais, (profissionais de saúde, militantes da comunidade, dentre outros), com a finalidade de democratizar e conferir maior responsabilização durante o processo de identificação de problemas, proposição

de soluções e definição de metas a serem alcançadas para o atendimento das reais demandas de saúde da população. Neste contexto, é essencial que tais atores estejam sensibilizados e engajados na luta contra a enfermidade.

Investimentos por parte dos gestores municipais são necessários de modo a garantir RH suficientes e qualificados para o controle da TB no sistema de saúde, principalmente no âmbito da AB. A debilidade quantitativa e qualitativa de RH limita a capacidade de atuação dos serviços de saúde e influencia na implantação e sustentabilidade de ações e estratégias como o DOTS. Convém apontar que este aspecto configura-se como uma das principais dificuldades no contexto da AB e reflete o descompasso entre a descentralização de ações e a inadequada estrutura dos serviços de saúde.

A carência quantitativa e qualitativa de RH na AB compromete a organização dos serviços de saúde, uma vez que interfere na racionalidade do processo de trabalho dos profissionais e na resolutividade das ações de saúde e, portanto, pode comprometer a atenção à TB, principalmente a identificação e o acompanhamento sistematizado dos casos ao longo do tempo, bem como o desenvolvimento de vínculo entre equipes e doentes.

Considera-se que propiciar um contexto favorável ao adequado manejo da TB implica no avanço para um sistema de saúde integrado e resolutivo e na formulação/viabilização uma política de RH capaz de garantir conscientização, preparo e valorização das equipes de saúde para que estas assumam o efetivo compromisso com a doença.

Nesse sentido, torna-se relevante no processo de formação e capacitação de RH, o desenvolvimento de estratégias baseadas na reflexão crítica e na problematização das práticas de saúde, cuja finalidade seja o preparo e a

motivação dos profissionais de modo que estes incorporem posturas inovadoras e geradoras de mudanças no SUS.

Cabe destacar que, embora este estudo tenha privilegiado o âmbito da gestão do sistema e da prestação do cuidado à TB, considera-se que o efetivo controle da doença transcenda essas dimensões, pois exige a integração e co-responsabilização de diferentes atores pertencentes tanto ao âmbito da gestão e dos serviços de saúde, como também da comunidade e da academia.

O compromisso e a integração de atores pertencentes aos diversos espaços de atuação devem ser estimulados permanentemente. Para tal, é necessária a existência de uma gerência especializada em TB capaz de assumir essa liderança e realizar tal mobilização e articulação no contexto municipal, onde ocorre de fato o enfrentamento das adversidades relacionadas à TB. Identificou-se que o coordenador do PCT é um elemento-chave para a incorporação desta atribuição, pois está incumbido da responsabilidade de organizar a atenção à doença e operacionalizar a estratégia DOTS, o que muitas vezes implica em problematizar, exercer pressões contínuas e utilizar mecanismos criativos e atrativos para conscientizar, negociar e estabelecer parcerias com diversos atores de modo que a TB tenha visibilidade dada sua relevância epidemiológica e social.

Finalmente, acredita-se que enfrentar os desafios lançados para a viabilização e sustentabilidade de políticas, estratégias e recursos essenciais para o controle da TB pressupõem o desenvolvimento de uma ação conjunta entre atores pertencentes ao âmbito da gestão, dos serviços de saúde, da comunidade e da academia para a construção de respostas sociais coerentes com a complexidade da doença. Há que se constituir um efetivo movimento social em defesa da TB (*Advocacy*) para que esta seja assegurada como uma prioridade no

sistema de saúde, visando assim, o alcance de metas pactuadas para o seu controle e, sobretudo, a transposição de práticas reducionistas rumo a uma atenção integral, resolutiva e de qualidade, lembrando que a saúde é um direito de todos e sua obtenção envolve empreendimento de ações intersetoriais.

COMPROMETIMENTO POLÍTICO...

*Abstrato ou concreto?
Denotativo ou conotativo?*

*Dizer quão subjetivo é
De certa forma,
Reafirmar ato de fé.*

*Mas...
Depois perceber,
Aquilo que aparenta ser,
Tão abstrato como verdade,
Contudo se manifesta
De forma tão concreta
Na realidade.*

ANTONIO RUFFINO NETTO

1- 12-2005

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMSTERDAM DECLARATION TO STOP TB. **A call for accelerated action against tuberculosis.** Amsterdam, 2000. Disponível em: http://www.stoptb.org/stop_tb_initiative/assets/documents/decla.pdf. Acesso em: 29 mar. 2007.

ARAÚJO, J. D. O custo da doença: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.9, n.2, p. 229-238, jun. 1975. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em: 21 dez. 2006.

ARCÊNCIO, R. A. **A organização do Tratamento Supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005).** 2006. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223p.

BERTOLLOZI, M. R. **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo-SP.** 2005. 230 f. Tese (livre docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

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.

BOSI, M. L. M; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 87-117.

BRASIL. Leis, decretos. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da Tuberculose:** diretrizes do Plano de ação emergencial para municípios prioritários. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para a Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005:** resumo executivo. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família:** médico e enfermeiro. Brasília, 2000b.

BRASIL. Leis, decretos. Lei complementar n° 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 05 de maio de 2000. Brasília, DF, 2000c. Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br/legislacao>. Acesso em: 10 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, de 29 de janeiro de 2001. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Leis, decretos. **Portaria n.º 1474, de 19 de agosto de 2002.** Trata da reformulação do pagamento de procedimentos relativos ao atendimento de portadores de tuberculose. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://www.cosemsg.org.br/legislacao/2002/indexprincipal_portarias_gm.html. Acesso em: 07 ago. 2007.

BRASIL. Leis, decretos. Resolução n° 333, de 04 de novembro de 2003. Resolve aprovar as seguintes Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, de 04 de dezembro de 2003. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes>. Acesso em: 10 mar. 2007.

BRASIL. Leis, decretos. **Portaria n.º 2646/GM, de 16 de dezembro de 2004.** Autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde para intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2646.htm>. Acesso em: 07 ago. 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).** 2005a. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 17 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Consulta pagamentos – transferência fundo a fundo.** 2005b. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2006.

BRASIL. Leis, decretos. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, de 23 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2007.

CARDOZO-GONZALES, R. I. **O tratamento supervisionado para o controle da tuberculose no município de Ribeirão Preto:** avaliação do desempenho. 2005. 100 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e Decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.1; p.114-121, 2005.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002.

CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2. Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 30, n.1, jun., 2004. 86p. Suplemento.

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.

CORNETTA, V. K.; MAIA, C. C. A.; COSTA, W. G. A. A reorganização dos serviços de saúde no sistema único de saúde e a formação de recursos humanos. **Saúde em debate**, Londrina, v. 51, p. 44-49, jun. 1996.

COSTA, J. G.; SANTOS, A. C.; RODRIGUES, L. C.; BARRETO, M. L.; ROBERTS, J. A. Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 122-128, 2005.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.7-18, jul.-set. 2006.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 51-66.

DYE, C.; GARNETT, G. P.; SLEEMAN, K.; WILLIAMS, B. G. Prospects for worldwide tuberculosis control under the WHO DOTS strategy. **Lancet**, London, v.352, n. 9144, p. 1886-1891, Dec. 1998.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do sistema único de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-79, 2004.

FIGUEROA-MUNOZ, J.; PALMER, K.; DAL POZ, M. R.; BLANC, L.; BERGSTÖM, K.; RAVIGLIONE, M. The health workforce crisis in TB control: a report from high-burden countries. **Human Resources for Health**, London, v.3, n.2, 2005. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-3-2.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2006.

FRIDEM, T. R.; DRIVER, C. R. Tuberculosis control: past 10 years and future progress. **Tuberculosis**, London, v. 83, p. 82-85, Feb. 2003.

GAZETTA, C. E. **Controle dos Comunicantes de doentes de Tuberculose:** ações realizadas no Programa de Controle da Tuberculose no Município de São José do Rio Preto – SP. 2004. 175 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 67-80.

GRANGE, J. M. DOTS and beyond: towards a holistic approach to conquest of tuberculosis. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.1, n.4, p. 293-296, 1997.

HIJJAR, M. A. Tuberculose: desafio permanente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 348-349, mar.-abr. 2005.

HINO, P. **Distribuição espacial dos casos de tuberculose no município de Ribeirão Preto, nos anos de 1998 a 2002.** 2004. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

HINO, P.; SANTOS, C. B.; VILLA, T. C. S.; MUNIZ, J. N.; MONROE, A. A. Tuberculosis patients submitted to supervised treatment. Ribeirão Preto - São Paulo - Brazil. 1998 and 1999. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 27-31, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico.** Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 17 abr. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto.** Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 abr. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico.** Rio de Janeiro: IBGE, 2005a. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 16 abr. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas>. Acesso em 17 abr. 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n. 3, p. 247-259, jul.-set. 1990.

LEWIN, S.; DICK, J.; ZWARENSTEIN, M.; LOMBARD, C. J. Staff training and ambulatory tuberculosis treatment outcomes: a cluster randomized controlled trial in South Africa. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v, 83, n. 4, p. 250-259, Apr. 2005.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas Regionais de Saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2179-2189, out. 2006.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, set.-fev. 2005.

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. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo 1. Salvador: Casa da Qualidade, 2001a. 144p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo 2. Salvador: Casa da Qualidade, 2001b. 176p.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MENDONÇA, A. V. M.; MORAIS, F.; CÂMARA, K. A. K.; SOUSA, M. F.; FREIRE, M. S. M.; FERREIRA, M. L. M.; SANTANA, P. Primeira Mostra de Saúde da Família – Camaragibe Dez Anos: uma síntese das rodadas de diálogo. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 28-37, dez. 2004.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 9-30.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004. 269p.

MONROE, A. A.; VILLA, T. C. S.; HINO, P.; VENDRAMINI, S. H. F.; MUNIZ, J. N. Aspectos que influenciam a adesão do paciente e família ao tratamento de tuberculose. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 7., 2001, Santos. **Anais...** Santos: Associação Paulista de Saúde Pública, 2001.

MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; SASSAKI, C. M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Gerenciamento de caso ao doente/família com tuberculose: uma estratégia de sistematização do cuidado no domicílio. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 1, p. 91-92, 2005.

MUNIZ J. N. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção da equipe de saúde**. 1999. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

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**. 2004. 148 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MUNIZ J. N., VILLA, T. C. S. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 33-42, 1999.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 49-54, jan-jun. 2002.

MUNIZ J. N., MONROE, A. A.; HINO, P. VILLA, T. C. S. Construindo e organizando a prática do Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose na Secretaria Municipal de Saúde em Ribeirão Preto: um novo modo de agir em saúde. **Espaço para a saúde**, Londrina, 2001. Disponível em: <http://www.ccs.br/espacoparasaude/vn/artigos-resumos1.htm>. Acesso em: maio 2002.

MUNIZ, J. N.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, 2005.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr.-jun. 2005.

NUNN, P.; HARRIES, A.; GODFREY-FAUSSETT, P.; GUPTA, R.; MAHER, D.; RAVIGLIONE, M. The research agenda for improving health policy, systems performance, and service delivery for tuberculosis control: a WHO perspective. **Bulletin of the world health organization**, Geneva, v. 80, n. 6, 2002.

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of branding in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, Leischester, v. 57, p. 179-88, 2003.

OLIVEIRA, M. F. **A busca de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. 2006. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OLVERA, J. P. **Análise do Programa de tuberculose na jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002**. 2004. 190 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados Inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial/ Organização Mundial de Saúde. Brasília, 2003, 105p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS, ago. 2005. Disponível em: www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf. Acesso em: 06 nov. 2006.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006.

PEREIRA, C. A Política Pública como Caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira - 1985-1989. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 fev. 2007.

PIERANTONI, C. R.; VARRELA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (Org). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p. 51-70.

PRESOTO, L. H.; WESTPHAL, M. F. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga-SP. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 68-77, jan.-abr. 2005.

RODRIGUES JÚNIOR, A. L.; RUFFINO-NETTO, A.; CASTILHO, E. A. Distribuição espacial da co-infecção *M. tuberculosis*/HIV no Estado de São Paulo, 1991-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 265-270, 2006.

RUFFINO-NETTO, A. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 35-51, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. 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.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 129-138, 2001.

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

SANTOS, C. B.; HINO, P.; MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S. Tuberculose: indicadores epidemiológicos e de impacto da doença para Ribeirão Preto no período 1990 a 2000. **Boletim Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 31-40, 2002.

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

SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação do Sistema Estadual de Análise de dados (SEADE). **Anuário Estatístico do Estado de São Paulo**. 2003. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/anuario/index.php>. Acesso em: 16 abr. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação do Sistema Estadual de Análise de dados (SEADE). **Morte por agressão e ocorrência de homicídios dolosos e latrocínio**. ano 5, n. 3, ago. 2005. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/nov2005/SaoPaulo.pdf>. Acesso em 12 fev. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose no Estado de São Paulo indicadores de morbimortalidade e indicadores de desempenho. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 3, supl. 4, 2006a.

SÃO PAULO. Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação do Sistema Estadual de Análise de dados (SEADE). **Taxa de Mortalidade por Atropelamento Regiões Administrativas, Regiões de Governo e Municípios do Estado de São Paulo 1996-2005**. 2006b. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/PDF/spdemog_tabs_ra_rg_mun_ago2006.pdf. Acesso em: 12 fev. 2007.

SÃO PAULO. Governo no Estado de São Paulo. **Uma Potência Chamada São Paulo**. 2007. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/saopaulo/2007>. Acesso em: 16 abr. 2007.

SASSAKI, C. M.; ARCÊNCIO, R. A.; COSTA JÚNIOR, M. L.; PALHA, P. F.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; VILLA, T. C. S. Tempo de Tratamento de pacientes inscritos no programa de controle da tuberculose. Ribeirão Preto-SP (1998-1999). **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 27-34, 2002.

SASSAKI, C. M. **Tempo de Tratamento da Tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto - SP (1998-1999)**. 2003. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SASSAKI, C. M. **Fatores preditivos para o resultado de tratamento da tuberculose pulmonar no município de Recife-PE**: uma contribuição para as ações de vigilância epidemiológica. 2006. 123f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos da Itália, Inglaterra e Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, nov. 2006.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle Social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out.-dez. 1992.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002, 725 p.

TANAKA, Y. O.; MELLO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2001, 83p.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287-303, 1999.

TEIXEIRA, G. **DOTS**: A retomada de uma estratégia. Rio de Janeiro: [s.l.p.], 1998. 5 p. /mimeografado/.

TRIVINOS, A. N. S **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

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.

VENDRAMINI, S. H. F, **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

VENDRAMINI, S. H. F. **O Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto-SP, 1985-2004: do contexto epidemiológico à dimensão social**. 2005. 251f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VENDRAMINI, S. H. F; VILLA, T. C. S; PALHA, P. F; MONROE, A. A. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 5-12, 2002.

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.; RUFFINO-NETTO, A.; ANDRADE, R. L. P.; ARRASCUE, E. A.; MONTERO, C. V.; FIRMINO, D. R. Survey on tuberculosis teaching in Brazilian nursing schools, 2004. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 10, p. 323 - 327, 2006a.

VILLA, T. C. S.; FIRMINO, D. R.; ANDRADE, R. L. P.; BRUNELLO, M. E. F.; OLIVEIRA, M. F.; RUFFINO-NETTO, A. Practical Tuberculosis teaching in nursing schools, Brazil - 2004. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, 2006b. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=827&layout=html>. Acesso em: 02 fev. 2007.

VILLA, T. C. S.; MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; GALES, V. M. N. A experiência da implantação da estratégia DOTS no estado de São Paulo. In: RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP; 2006c. p.75-80.

WATANABE, A.; RUFFINO NETTO, A. Aspectos epidemiológicos da co-infecção Tuberculose/HIV- Ribeirão Preto-SP. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 28, p. 856-865, 1995.

WORKSHOP - REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE, 1.; 2002, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002. 116 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is dots?** A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva: WHO, 1999. 34 p. WHO/CDS/CPC/TB/99.270.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: surveillance, financing and planning**. Geneva: WHO Report, 2000. 175 p. WHO/CDS/ TB/ 2000.275.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control**. Stop TB communicable diseases. Geneva: WHO, 2002. 23 p. WHO/CDS/TB/2002. 297.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing**. Geneva: WHO Report, 2003. 229 p. WHO/TB/2003.316.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report on the meeting of the second *ad hoc* Committee on the TB epidemic**. Recommendations to Stop TB partners. Geneva: WHO, 2004a. 22 p. WHO/HTM/STB/2004.28.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing**. Geneva: WHO Report, 2004b. 216 p. WHO/HTM/TB/2004.331.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Background – document prepared for the meeting of the second *ad hoc* Committee on TB epidemic**. Geneva: WHO, 2004c. 66p. WHO/HTM/STB/2004.27.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing.** Geneva: WHO Report, 2005. 258 p. WHO/TB/2005.349.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Global Plan to Stop TB 2006-2015.** Stop TB partnership. Geneva: WHO, 2006a. 172 p. WHO/HTM/STB/2006.35.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing.** Geneva: WHO Report, 2006b. 250 p. WHO/HTM/TB/2006.362.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **DOTS Expansion Working Group Strategic Plan 2006 – 2015.** Stop TB partnership. Geneva: WHO, 2006c. 91 p. WHO/HTM/TB/2006.370.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing.** Geneva: WHO Report, 2007. WHO/HTM/TB/2007.376.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

1. De que forma ocorreu o processo de implantação do DOTS?
2. Quais as facilidades e dificuldades na implantação/implementação da estratégia DOTS?
3. Como foi a participação do gestor no processo de implantação da estratégia?
4. Quais são as facilidades e dificuldades em relação ao compromisso do gestor com as ações de controle da TB?
5. Fale sobre as facilidades e dificuldades do processo de transferência das ações de TS e de BSR para os serviços de saúde?
6. Como os profissionais de saúde incorporaram as ações de TS e de BSR?
7. Gostaria de fazer algum comentário?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: *“Situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com características regionais”.*

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto (Vice-coordenador da Rede TB) e Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (Coordenadora da Área de Estudos Operacionais da Rede TB)

Informações sobre a pesquisa:

Estamos realizando uma pesquisa em algumas regiões do Brasil a partir do estudo do processo de implantação da estratégia DOTS segundo seus 05 pilares e da análise da situação epidemiológica-operacional. A sua participação é muito importante, pois você estará contribuindo para que conhecimentos sejam produzidos de modo que possam servir de exemplos para outras regiões do país, para contribuir na sustentabilidade da estratégia DOTS e assim possibilitar a melhora do desempenho dos serviços de saúde, bem como dos indicadores epidemiológicos da doença para o controle da tuberculose.

**Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto e
Profa. Dra. Tereza C.S.Villa**

Eu, _____, portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento de assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.

A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.

A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado.

A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que haverá ampla divulgação dos resultados finais nos meios de comunicação e nos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a todo momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do entrevistado

Garantimos manter o caráter confidencial das informações obtidas e a não identificação dos participantes na pesquisa.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento nesta área para a melhoria do nível de saúde da população, contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

***Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto e
Profa. Dra. Tereza C.S. Villa***

Contato:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - SP
CEP: 14040-902 – SP
Telefone: (0xx-16) 3602-3407 e FAX (0xx-16) 3633-3271.

Nome do entrevistado: _____.

Assinatura do responsável: _____.

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 169/2005

Ribeirão Preto, 6 de dezembro de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 6 de dezembro de 2005.

Protocolo: n° 0584/2005

Projeto: Implantação do DOTS em algumas Regiões do Brasil: Histórico e Peculiaridades de Acordo com Características Regionais.

Pesquisador: Antônio Ruffino Netto
Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP- EERP/USP

Ilm.ª. Sr.ª.

Prof.ª. Dr.ª. Tereza Cristina Scatena Villa

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP