

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos

A estratégia DOTS no estado de São Paulo: desafios
políticos, técnicos e operacionais no controle da
Tuberculose

Ribeirão Preto
2009

Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos

A estratégia DOTS no estado de São Paulo: desafios
políticos, técnicos e operacionais no controle da
Tuberculose

Tese apresentada a Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor,
junto ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem. Linha de
pesquisa: sociedade, saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto

2009

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.

Catálogo na Publicação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Santos, Maria de Lourdes Sperli Geraldês

A estratégia DOTS no estado de São Paulo: desafios políticos, técnicos e operacionais no controle da Tuberculose/Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos; orientadora Tereza Cristina Scatena Villa.- - Ribeirão Preto, 2009.
99f.:fig.

Tese (doutorado – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Linha de pesquisa: sociedade, saúde e enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Tuberculose. 2. Administração de serviços de saúde. 3. Organização e administração da Atenção Básica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos

A estratégia DOTS no estado de São Paulo: desafios políticos, técnicos e operacionais no controle da Tuberculose

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor, junto ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Linha de pesquisa: sociedade, saúde e enfermagem.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____ **Assinatura:** _____

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas, Natália, Mariana e Luíza, quem eu amo acima de todas as coisas, por quem luto e vivo.

Perdoem a cara amarrada,
Perdoem a falta de abraço,
Perdoem a falta de espaço,
Os dias eram assim...

Ivan Lins

Aos meus pais João e Lourdes, espelhos para minha família, a quem eu devo a minha vida, a construção do meu eu e a condição de aproveitar as oportunidades de crescer.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, que me ampara e fortalece.

À minha orientadora Dra Tereza Cristina (TITE), por confiar em mim, me aceitar respeitando minhas limitações, por estar sempre pronta para compartilhar comigo seus conhecimentos e por abrir as portas para me receber com carinho e respeito. Espero poder retribuir um dia.

Ao Dr Ruffino por todo apoio e conhecimento que compartilhou comigo. Por sua sensibilidade, humildade e capacidade de acolher a todos, fazendo-nos acreditar que somos importantes. Antes de ser um excelente profissional, devo dizer que o senhor é um grande homem.

Ao Dr. Pedro, por estar ao meu lado, co-orientando esta tese. Saiba que tenho por você o maior respeito e admiração, não só por seus conhecimentos, mas principalmente pela humildade e desprendimento com que você os compartilha.

À Sílvia, mais que amiga, minha irmã, por me emprestar o ombro cada vez que precisei, por estar presente me ensinando com sua humildade e sabedoria, auxiliando, valorizando, ouvindo e aconselhando.

À minha amiga Roxana por todo carinho e consideração que me tem dispensado, por sua disponibilidade em discutir comigo dando importantes sugestões, me estimulando e valorizando, com respeito e carinho, mesmo quando estava longe.

À minha irmã Zaida por estar sempre por perto, torcendo por mim e me ajudando a superar as dificuldades.

Ao meu marido Adalberto pelo apoio.

A minha irmã Lole, por me ajudar sempre e por se preocupar comigo

Aos meus irmãos: Neto, e Joãozinho por me apoiarem e torcerem por mim.

Ao Esteves que me socorre sempre com carinho.

À minha sogra Maria pela compreensão, paciência e por dirigir suas orações a mim.

Ao Oscar por me socorrer sempre na última hora, com paciência e boa vontade.

À minha sobrinha Gabi, a quem amo como filha, pela ajuda e carinho.

À Regina por ser meu braço direito, sempre ao meu lado, me socorrendo, cuidando de mim e da minha família.

A Marilene, Célia Ramin e Vânia Zaqueu pelo afeto que têm por mim, me estimulando sempre.

A Paty, Rubia e Maria Amélia por sua competência, carinho, e disponibilidade com que sempre me socorreram.

Ao GEOTB por estarem sempre compartilhando e auxiliando a todos.

À coordenadora Fátima pela compreensão, estímulo e por facilitar esta jornada.

À Suzana e Lourdes pelo carinho que me dispensam.

Às docentes do DESCOP: Claudia Eli, Denise, Gislaine, Margarete, Rose, Rosina e Vânia Paschoal pela compreensão e carinho.

Aos meus amigos: Marli, Adriana Cavagna, Paulo, Bete, Lucicláudia, Sr José, Jamil, Vera, dona Nair, André, sr Itaro, Adriana Moreira, Ludmila e Zezé, pelo amparo e carinho.

Aos amigos iluminados, pelo amparo e constância com que me assistem todos os dias.

(...) *Sentir: peso maior que a doença*
A consciência... conhecimento,
Mais que medicina, biologia
Em lugar de reunir médicos
Caminho melhor adequado, conviria
Reunir diplomatas... discutir economia.
E tranquilizar o desespero das carências
Perceber, ao invés de tuberculostáticos para
o mal
Melhor remédio seria
Esses “vinte e dois despossuídos” (ameaça
para o mundo!?)
Avançar, recuperar
Almejada igualdade social

Bangkok, 2000, poema de Ruffino-Netto

RESUMO

SANTOS, M.L.S.G. **A estratégia DOTS no estado de São Paulo: desafios políticos, técnicos e operacionais no controle da Tuberculose.** 2007. 99f (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O estudo analisou a sustentabilidade da estratégia DOTS na visão de coordenadores de Programa de Controle Tuberculose (PCT) em sete municípios do interior do estado de São Paulo, prioritários para o controle da Tuberculose (TB). O quadro teórico está sustentado nas dimensões operacional, organizacional e política da gerência e sua articulação no contexto atual das políticas e serviços de saúde. A partir de uma abordagem quantitativa, de estudo epidemiológico descritivo por meio de levantamento de fontes secundárias, foram analisados os indicadores epidemiológicos do PCT: cura, abandono e óbito de casos novos com baciloscopia de escarro positiva, cobertura de Tratamento Supervisionado (DOT/TS) e de detecção de casos. Também optou-se pela abordagem qualitativa, análise de conteúdo-modalidade temática que utilizou como fonte a entrevista semi-estruturada com coordenadores de PCT. A Unidade Temática central foi a *sustentabilidade da estratégia DOTS como um desafio para coordenadores de PCT*, contendo dois sub-temas: *A organização da estratégia DOTS diante da necessidade de captar/otimizar recursos e definir estratégias* e *A operacionalização das ações de controle da TB: raciocínio estratégico e negociação como ferramentas gerenciais*. Os resultados quantitativos mostraram um coeficiente angular positivo para cura, mas a maioria não atingiu a meta de 85%; declínio no percentual de abandono, ainda aquém do esperado. A cobertura de DOT/TS apresentou aumento em todos os municípios, contudo, apenas um atingiu 95%. Nenhum município atingiu a meta de 70% de detecção de casos. Os temas que emergiram neste estudo apontaram nós críticos na captação e manutenção de incentivos financeiros; recursos humanos (RH) insuficientes e despreparados; rotatividade de pessoal; desconhecimento do destino da verba da TB e falta de autonomia para gerenciar os recursos; dificuldades de comunicação e integração com gestores; falta de priorização da doença na agenda política; priorização de agravos com repercussão política e necessidade de parcerias. Sobre a operacionalização do DOTS, o estudo apontou a cooperação de pessoas de fora do serviço como ferramenta gerencial estratégica, quando estimula a corresponsabilização da família e da comunidade como cuidadores ou multiplicadores. A avaliação, pautada em indicadores epidemiológicos, é utilizada prioritariamente para alcançar recursos, ao invés de subsidiar o planejamento. A gerência do PCT parece ser uma gerência burocrática, fundamentada no planejamento normativo. Acredita-se que a efetividade das ações gerenciais para sustentar a estratégia DOTS dependa de atores com conhecimento técnico, habilidades políticas e organizacionais, além de raciocínio estratégico para estimular e envolver todos os atores que lidam com a TB. Habilidades estas que, dificilmente são adquiridas na formação profissional. Conclui-se que os coordenadores trabalham em meio a pressões de cima e de baixo, ocupando dupla posição de transmissão, no plano hierárquico e das relações. Neste sentido, a sustentabilidade da estratégia DOTS representa desafios importantes para estes atores que utilizam poucos instrumentos gerenciais, têm pouca autonomia no processo decisório, lidam com recursos escassos e, muitas vezes, sem preparo para esta função, reforçando a necessidade de investimento na formação e capacitação contínua tanto para estes atores como para aqueles que lidam com a TB.

Palavras chave: Tuberculose; Administração de serviços de saúde; Organização e administração da Atenção Básica.

ABSTRACT

SANTOS, M.L.S.G. **The DOTS strategy in São Paulo state: political, technical and operational challenges for TB control.** 2007. 99f (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

This study analyzed the sustainability of the DOTS (Directly Observed Treatment Strategy). It shows the point of view of the TCP (Tuberculosis Control Program) coordinators of seven priority municipalities in the Sao Paulo State. The theoretical framework is based on operational, organizational and political levels of the management and on its articulation in the current context of health policies and services. We carried out an epidemiological-descriptive study, using secondary sources, and through a quantitative approach. The following epidemiological TCP indicators were analyzed: cure, abandonment and death of new cases with positive sputum bacilloscopy, Supervised Treatment (DOTS/ST) and case detection coverage. We also chose to apply a qualitative approach, through a semi-structured interview with TCP Coordinators, and with the application of content analysis in the thematic modality. The main thematic unity is *the sustainability of the DOTS strategy as a challenge to the TBP coordinators*. It contains two sub-themes: *The organization of the DOTS strategy faced with the need for resource captation/optimization and for clearly outlined strategies, and The operationalization of TB control actions: strategic thinking and the negotiation as key management skills*. Quantitative results show a positive angular coefficient for cure. Nonetheless, the majority did not achieve the 85% goal and the decline in the abandonment rate is still lower than expected. The ST coverage rose in all municipalities. However, only one municipality achieved coverage of 95%. None of the municipalities achieved the goal of 70% case detection rate. The themes analyzed in this study pointed to critical knots in the collection and maintenance of financial incentives; insufficient and unprepared Human Resources (HR); staff turnover; lack of knowledge concerning the destination of the TB funds, as well as lack of autonomy to manage resources; difficulties in the communication and in the integration with other managers; failure in making the disease a priority on the political agenda; prioritization of aggravations with political repercussion and the need for partnerships. Concerning the DOTS operationalization, the study pointed to the cooperation of people outside the job as an important strategic management tool. It encourages family and community to take co-responsibility as caretakers and multipliers. The evaluation, which is based on epidemiological indicators, is especially used to achieve resources, instead of subsidizing the planning process. TCP management seems to be exceedingly bureaucratic and based on normative planning. We believe that the effectiveness of management actions to support the DOTS strategy needs characters with technical knowledge, political and organizational skills and strategic thinking. These skills are important in order to encourage and get involved all those who deal with TB. These skills are hardly achieved in the professional training. We conclude that the coordinators work under pressure from the top and from the bottom of the hierarchy, and occupy a double transmission position: in the hierarchic level and in the relationship level. Thus, the sustainability of the DOTS strategy represents an important challenge for these characters, who use few management tools, have little autonomy in the decision-making process, have to work with scarce resources and are usually unprepared for the position they occupy. These findings highlight the need for more investments in continuing education and capacitation not only for coordinators but also for all those who have to deal with TB.

Keywords: Tuberculosis (TB); Health Services Management; Primary Health Care organization and management

RESUMEN

SANTOS, M.L.S.G. La **estrategia DOTS en el estado de São Paulo: desafíos políticos, técnicos y operacionales en el control de la Tuberculosis**. 2007. 99f (Doctorado)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

El estudio analizó la sustentabilidad de la estrategia DOTS en la visión de coordinadores de Programas de Control de la Tuberculosis (PCT) en siete municipios del interior del estado de São Paulo, prioritarios para el control de la Tuberculosis (TB). El cuadro teórico está sustentado en las dimensiones operacionales, organizacionales y políticas de la gerencia y su articulación en el contexto actual de las políticas y servicios de salud. A partir de un abordaje cuantitativo, de estudio epidemiológico descriptivo por medio de la utilización de fuentes secundarias, fueron analizados los indicadores epidemiológicos del PCT: cura, abandono y muerte de casos nuevos con baciloscopia de esputo positivo, cobertura de Tratamiento Supervisado (DOT/TS) y de detección de casos. También se optó por el abordaje cualitativo, análisis de contenido-modalidad temática que utilizó como fuente la entrevista semi-estructurada con coordinadores de PCT. La Unidad Temática central fue la *sustentabilidad de la estrategia DOTS como un desafío para coordinadores de PCT*, contemplando dos sub-temas: *La organización de la estrategia DOTS frente a la necesidad de captar/optimizar recursos y definir estrategias* y *la operacionalización de las acciones de control de la TB: raciocinio estratégico y negociación como herramientas gerenciales*. Los resultados cuantitativos mostraron un coeficiente angular positivo para cura, mas la mayoría no alcanzó la meta de 85%; declinó en el porcentual de abandono, más allá de lo esperado. La cobertura de DOT/TS presentó aumento en todos los municipios, con todo, apenas uno alcanzó 95%. Ningún municipio alcanzó la meta de 70% de detección de casos. Los temas que surgieron en este estudio señalaron como puntos críticos en la captación y mantenimiento de incentivos financieros; recursos humanos (RH) insuficientes y no preparados; rotatividad de personal; desconocimiento del destino del dinero destinado para TB y falta de autonomía para gerenciar los recursos; dificultades de comunicación e integración con gerentes; falta de priorización de la enfermedad en la agenda política; priorización de daños con repercusión política y necesidad de colaboradores. Sobre la operacionalización del DOTS, el estudio mostró la cooperación de personas externas al servicio como herramienta gerencial estratégica, cuando estimula la corresponsabilización de la familia y de la comunidad como cuidadores o multiplicadores. La evaluación con base en indicadores epidemiológicos es utilizada prioritariamente para alcanzar recursos, al contrario de subsidiar el planeamiento. La gerencia del PCT parece ser una gerencia burocrática, fundamentada en el planeamiento normativo. Se acredita que la efectividad de las acciones gerenciales para sustentar la estrategia DOTS dependa de actores con conocimientos técnicos, habilidades políticas y organizacionales, además de raciocinio estratégico para estimular y comprometer todos los actores que trabajan con la TB. Habilidades éstas que difícilmente son adquiridas en la formación profesional. Se concluye que los coordinadores trabajan en medio de presiones de arriba hacia abajo, ocupando dupla posición de transmisión, en el plano jerárquico y de las relaciones. En tal sentido, la sustentabilidad de la estrategia DOTS representa desafíos importantes para estos actores que utilizan pocos instrumentos gerenciales, tienen poca autonomía en el proceso decisorio, trabajan con escasos recursos y, muchas veces sin preparo para esta función, reforzando la necesidad de investimento en la formación y capacitación continua, tanto para estos actores como para aquellos que trabajan con la TB.

Palabras chave: Tuberculosis; Administración de servicios de salud; Organización y administración de la Atención Básica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Esquematização das habilidades gerenciais para o controle da TB

37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual de cura, abandono, óbito de casos novos com baciloscopia de escarro posiva; de cobertura de TS em casos com BK positivo e de detecção de casos- Jundiaí. 1998-2004.....	45
Gráfico 2: Percentual de cura, abandono, óbito de casos novos com baciloscopia de escarro posiva; de cobertura de TS em casos com BK positivo e de detecção de casos-São José dos Campos. 1998-2004.....	46
Gráfico 3: Percentual de cura, abandono, óbito de casos novos com baciloscopia de escarro posiva; de cobertura de TS em casos com BK positivo e de detecção de casos- Sorocaba. 1998-2004.....	47
Gráfico 4: Percentual de cura, abandono, óbito de casos novos com baciloscopia de escarro posiva; de cobertura de TS em casos com BK positivo e de detecção de casos- Ribeirão Preto. 1998-2004.....	48
Gráfico 5: Percentual de cura, abandono, óbito de casos novos com baciloscopia de escarro posiva; de cobertura de TS em casos com BK positivo e de detecção de casos- Bauru. 1998-2004.....	49
Gráfico 6: Percentual de cura, abandono, óbito de casos novos (CN) com baciloscopia de escarro posiva (BK+). Piracicaba. 2001-2004.....	50
Gráfico 7: Percentual de cobertura de TS em casos com BK positivo e de detecção de casos- Piracicaba. 1998-2004.....	51
Gráfico 8: Percentual de cura, abandono, óbito de casos novos(CN) com baciloscopia de escarro posiva; de cobertura de TS em casos com BK positivo e de detecção de casos- São José do Rio Preto. 1998-2004.....	52
Gráfico 9: Percentual de cura, abandono, óbito de casos novos com baciloscopia de escarro posiva; de cobertura de TS em casos novos com BK positivo e de detecção de casos- municípios com 300 a 500 mil habitantes. 1998-2004.....	54
Gráfico 10: Percentual de cura, abandono, óbito de casos novos com baciloscopia de escarro posiva; de cobertura de TS em casos novos com BK positivo e de detecção de casos- municípios com mais de 500 mil habitantes. 1998-2004.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PCT	- PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
DOT/TS	- TRATAMENTO SUPERVISIONADO
DOTS	- DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT COURSE
RH	- RECURSOS HUMANOS
GEOTB	- GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBRECULOSE
FAMERP	- FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
REDE-TB	- REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE
WHO	- WORLD HEALTH ORGANIZATION
MS	- MINISTÉRIO DA SÚDE
SR	- SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS
ABS	- ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE
APS	- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
OMS	- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONG	- ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
BK	- BACILOSCOPIA DE ESCARRO
DATASUS	- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS
BEPA	- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO PAULISTA
USP	- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SES	- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUS	- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TB	- TUBERCULOSE
SS	- SERVIÇOS DE SAÚDE
RM	- RECURSOS MATERIAIS
GSP	- GRANDE SÃO PAULO
EPS	- EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
CVE	- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
SES	- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO	19
1.1. A tuberculose como problema de saúde pública.....	20
1.2. A estratégia DOTS como medida efetiva no controle da TB.....	21
1.3. A organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica.....	23
1.4. A gerência das ações do Programa de Controle da Tuberculose.....	25
2. OBJETIVOS	27
2.1. Objetivo geral.....	28
2.2. Objetivos específicos.....	28
3. QUADRO TEÓRICO	29
4. PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1. O delineamento do estudo.....	39
4.2. A população e cenários do estudo.....	39
4.3. Fontes de coleta dos dados.....	40
4.3.1. Abordagem quantitativa.....	40
4.3.2. Abordagem qualitativa.....	41
4.4. Análise dos dados.....	42
4.5. Aspectos éticos.....	43
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1. Indicadores epidemiológicos.....	45
5.2. A sustentabilidade da estratégia DOTS: desafio para coordenadores Do PCT.....	57
5.2.1. A organização da estratégia DOTS: necessidade de captação, de otimização de recursos e definição estratégias.....	61
5.2.1.1. A descentralização da estratégia DOTS para a Atenção Básica.....	62
5.2.1.2. A disponibilização de recursos para sustentar a estratégia DOTS.....	65
5.2.2. A operacionalização das ações de controle da TB: raciocínio estratégico e negociação como ferramentas gerenciais.....	74
6. CONCLUSÕES	79
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
APÊNDICES	94
ANEXO	98

Apresentação

O interesse pela tuberculose (TB) surgiu a partir de minha inserção como docente nas disciplinas de Vigilância Epidemiológica, Doenças Transmissíveis e Administração em Unidades Básicas de Saúde, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP, quando tive a oportunidade de participar do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq em 2002 e liderado pelo Prof^a. Dr^a.Tereza Cristina Scatena Villa e Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto.

O GEOTB representa fundamental importância para a produção de conhecimento sobre a situação da TB, pois investe em parcerias com o Programa de Controle da Tuberculose - PCT, universidades, conselhos de saúde locais, Organizações não governamentais - ONGs nacionais e internacionais e comunidade. Promove a articulação entre pesquisadores, alunos de graduação e pós-graduação, outros grupos de pesquisa e pesquisadores de várias regiões do Brasil e outros países. Além disto, busca a captação de recursos financeiros junto a agências de fomento.

A estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) é um dos temas de pesquisa abordados neste grupo, considerando o envolvimento dos atores chave na perspectiva dos doentes, profissionais de saúde e gestores no sistemas municipais de saúde. (ARCÊNCIO et al., 2007; MONROE et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2007; PALHA et al., 2009; VENDRAMINI et al. 2007; VILLA et al. 2007;)

Neste contexto, foi concebido um Projeto Multicêntrico intitulado “*Situação da implantação da estratégia DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais*”, inserido no Projeto Institutos do Milênio II/REDE-TB, financiado pelo Ministério de Ciência e Tecnologia - CNPq, que envolveu pesquisadores de várias regiões do Brasil.

Este estudo é parte deste projeto multicêntrico e tem como foco principal a organização e gerenciamento das ações de controle da TB no âmbito dos sistemas municipais de saúde do estado de São Paulo com o intuito de identificar e divulgar aspectos envolvidos na implantação e implementação e/ou sustentabilidade da estratégia DOTS.

1. Introdução

1.1. A tuberculose como problema de saúde pública

A TB é uma enfermidade de condição crônica que possui estreita relação com a pobreza e está muito bem documentada quanto aos riscos relacionados a indicadores de status sócio-econômicos como aglomerados, pobreza e desemprego, sem que se encontre uma saída efetiva. Embora muitos investimentos estejam sendo feitos, estes privilegiam o tratamento em detrimento da prevenção. Existem medidas para a prevenção e controle, estratégias inovadoras e eficazes como o DOTS, porém, o financiamento e envolvimento político neste âmbito são deficientes (VENDRAMINI et al., 2007).

Embora seja prevenível, como a maioria das condições crônicas, a TB é uma doença que vem sendo negligenciada ao longo dos anos, conhecida como “a calamidade negligenciada” (RUFFINO NETTO, 2002; 2004).

De acordo com a WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (2009), o Brasil ocupa o 18º lugar na lista dos 22 países com maior carga de TB, apresentando uma incidência estimada para o ano de 2007 de 49/100.000 habitantes por todas as formas, 26/100.000 habitantes por TB pulmonar com baciloscopia de escarro positiva, prevalência de 60 casos por 100.000 habitantes por todas as formas; taxa de detecção de 78%, taxa de mortalidade 9,1% e de abandono 8,3%. A cobertura de DOT/TS foi de 75% e de o sucesso de tratamento atingiu 72%.

Esta situação da TB é o reflexo da má situação sócio-econômica da pobreza, incapacidade do governo no engajamento público, compromisso político insuficiente e aplicação inconsistente dos programas de controle da doença no país (SANTOS FILHO, 2006).

Segundo Monroe et al. (2007; 2008), para a resolubilidade dos programas de controle da TB, é fundamental o envolvimento do gestor no sentido de incorporar,

investir e apoiar o gerenciamento das ações, assumindo a doença como prioridade na agenda de saúde do município.

1.2. A estratégia DOTS como medida efetiva de controle da TB

A estratégia DOTS é uma política prioritária para o controle da TB, principalmente para os 22 países responsáveis por 80% do total de casos notificados no mundo (WHO, 2008).

Em 1998 foi adotada a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo Ministério da Saúde (MS), da implantação da estratégia DOTS em todo o território nacional. A estratégia DOTS¹, gerenciada pelo PCT, foi introduzida gradativamente nos municípios, trazendo inovações como a instituição do DOT/TS e da busca de sintomáticos respiratórios (SR) por meio de benefícios. (BRASIL, 1999; RUFFINO-NETTO, 1999; VILLA, RUFFINO-NETTO e ARCÊNCIO, 2006)

O DOT/TS tem sido considerado pelos pesquisadores como uma das medidas inovadoras da estratégia DOTS, que representa importante intervenção em relação à custo-benefício. Estudos demonstram que o DOT/TS tem sido uma medida mais efetiva que o tratamento auto-administrado considerando taxa de cura e diminuição do abandono. (ARCÊNCIO et al., 2008; MOHAN et al., 2007; PINHO E NOGUEIRA, 2001; VIEIRA E RIBEIRO, 2008)

VILLA et al (2008) evidenciaram que houve um aumento na cobertura do DOT/TS em municípios prioritários do estado de São Paulo no período de 1998 a 2004, porém, alguns não conseguiram manter a sustentabilidade da cobertura alcançada.

¹ O êxito do DOTS tem por alicerce cinco elementos principais: 1- O compromisso político dos gestores em relação a disponibilização de recursos para o controle da TB; 2- A detecção de casos por baciloscopia de escarro em todos os sintomáticos; 3-Esquemas de tratamento padronizado de seis a oito meses para todos os casos confirmados, com TS pelo menos nos dois meses iniciais; 4-suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados para a doença; 5- Sistema de registro e notificação que permita conclusões seguras sobre os resultados de tratamento de todos os doentes e do PCT como um todo. (WHO, 2006a)

Nesta perspectiva, Palha (2007), ao estudar a sustentabilidade do DOT/TS em dois municípios do interior do estado de São Paulo no período de 1998 a 2004, constatou uma cobertura média de 25,85% para os municípios com 41 a 96 mil habitantes e de 46,57% em municípios com população de 551 a 601 mil habitantes, porém ainda não atingindo a meta preconizada pela OMS (WHO, 2006a), de cobertura de DOT/TS para 100% de casos confirmados de TB. Os autores identificaram que os municípios de grande porte populacional apresentaram maior estabilidade na sustentabilidade da cobertura do DOT/TS do que os de pequeno porte. Isto, segundo os autores, pode ser explicado por possuírem mais autonomia gerencial e regulatória, além de aprendizado institucional, que lhes permitem mais estabilidade nas políticas públicas sociais e de saúde.

A expansão do DOTS para a Atenção Básica a Saúde (ABS) tem sido um eixo estratégico para o controle da TB, porém, vem ocorrendo de forma gradual e lenta, considerando a complexidade da doença e de seu manejo, diante do despreparo das equipes para a assunção das ações neste nível de atenção a saúde.

MONROE et al (2008) identificaram como obstáculos para a incorporação das ações de controle da TB na ABS, no estado de São Paulo, além do despreparo dos profissionais, a deficiência de recursos humanos e a visão centralizada e fragmentada da organização dessas ações nos serviços de saúde (SS).

Também, os mesmos autores, ao estudarem o compromisso político com o controle da TB evidenciaram a falta de envolvimento dos gestores e as dificuldades enfrentadas no nível micro de atenção à saúde para incorporar o DOTS, o que interfere na viabilização efetiva de controle da doença, configurando em fator de dificuldade para o gerenciamento das ações. O estudo apontou o descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para a ABS e a inadequação quantitativa e qualitativa de recursos humanos (RH) para o manejo da doença no sistema de saúde.

1.3. A organização dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica

A ABS é considerada como um ponto de atenção estratégico, de fundamental importância para o sistema de saúde, considerando que é a partir e em função dele que devem se organizar os outros pontos de atenção. Investir neste ponto de atenção representa estratégia importante para a resolubilidade e qualidade na prestação de SS, o que requer um sistema de saúde integrado, capaz de oferecer assistência adequada no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. (MENDES, 2002).

A TB é considerada uma condição crônica e como tal, é um evento passível de prevenção e controle. Para uma efetiva assistência, a doença necessita de seguimento ao longo do tempo, atenção integral, coordenação na atenção e um novo modelo de organização dos SS (OMS, 2003).

Deste modo, é necessário que os sistemas de saúde se organizem de forma integrada, em detrimento do modelo fragmentado da atualidade. (MENDES, 2001).

O sistema atual, voltado essencialmente para condições agudas, deveria também, estar preparado para assistir aos portadores de condições crônicas, considerando que a assistência nestas situações requer acompanhamento de longo prazo (OMS, 2003).

A OMS (2003) recomenda estratégias para o aperfeiçoamento de mecanismos de prevenção e gerenciamento das condições crônicas, incluindo a TB, por meio da proposição de um modelo de saúde estruturado em três níveis: nível macro (das políticas), nível meso (das organizações de saúde e comunidade) e nível micro (onde ocorre a interação do doente, os familiares, equipes de saúde e comunidade).

O nível macro do sistema de saúde, representado neste estudo pelo gestor e secretário de saúde do município, é o nível de gestão hierarquicamente mais elevado, no

município, responsável pela formulação, implementação e integração das políticas públicas, pela tomada de decisão em relação à alocação e distribuição de recursos, pelo estabelecimento de parcerias e financiamentos que permitam a prestação de assistência mais efetiva aos portadores de condições crônicas (OMS, 2003).

É fundamental que esse nível de gestão de sistemas de saúde esteja afinado aos demais, caso contrário, ocorre uma fragmentação dos serviços, resultando em ineficácia na assistência à saúde.

Para a resolubilidade na assistência às condições crônicas, o nível macro deve assumir algumas atribuições essenciais de formar liderança e defender a causa, sensibilizando líderes políticos a criar ambiente político favorável para doente, comunidades e organizações de saúde (OMS, 2003).

O nível micro do sistema de saúde representa a tríade formada pelos doentes, familiares, comunidade e equipe de saúde. De acordo com a OMS (2003), esta tríade é influenciada e apoiada por organizações maiores e pela comunidade, que também influem no ambiente político. Este nível de atenção também depende do envolvimento dos outros dois níveis para estabelecer melhor desempenho na atenção à saúde.

Ainda de acordo com a OMS (2003), no nível meso ocorre a estruturação do sistema de saúde e se situa entre o nível macro e o nível micro e está relacionado à organização da saúde e suas relações com a comunidade, no sentido de viabilizar as políticas definidas pelo nível macro. Para isto, é necessária a articulação permanente com os outros dois níveis, de forma a fortalecer parcerias, desenvolver e alocar RH, organizar e equipar o pessoal da área de saúde, apoiar o autogerenciamento e a prevenção.

É necessária a conscientização dos gestores do nível macro, formuladores das políticas públicas e tomadores de decisão, no sentido de reconhecer a doença como

prioridade na agenda pública de saúde, adotando medidas e oferecendo condições para a implementação de estratégias de controle da TB, como o DOTS, recomendado pela OMS (MONROE et al., 2007).

Nesta perspectiva, concordando com Monroe et al, (2007) e Santos-Filho (2006), a TB encontra ainda percalços, considerando a falta de envolvimento dos formuladores de políticas de saúde e a falta de preparo dos atores do nível operacional das ações de controle da TB, representando grande desafio para os coordenadores dos programas de controle da TB no sentido de dar sustentabilidade a estratégia DOTS.

Este desafio se intensifica pelas peculiaridades e complexidade da TB e da organização dos serviços, ainda numa lógica fragmentada, curativa e de atenção às condições agudas, como também, pelo fato dos coordenadores dos PCTs locais enfrentarem a assunção das responsabilidades sem uma retaguarda política e financeira que ofereça condições a este ator de gerenciar as ações propostas pela estratégia DOTS.

Sobre esta questão, Santos-Filho (2006) aponta a necessidade de fortalecer a capacidade de gestão por meio de uma política de RH que invista não só em recursos materiais (RM), equipamentos e incentivos aos doentes, mas também na quantidade e qualidade das pessoas sensibilizadas sobre a importância do DOTS, principalmente do DOT/TS, no sucesso do controle da TB.

1.4. A gerência das ações do Programa de controle da Tuberculose

O coordenador do PCT no âmbito municipal assume a organização, supervisão e controle das atividades técnicas relacionadas ao diagnóstico, tratamento, busca de SR e controle de comunicantes, conforme propõe a estratégia DOTS (BRASIL, 2000, 2004).

Este ator se situa no nível meso de atenção, onde ocorre a estruturação e organização da saúde e suas relações com a comunidade, no sentido de viabilizar as políticas definidas pelo nível macro (gestor e secretário de saúde).

Assim, o coordenador do PCT é responsável pela organização da retaguarda laboratorial, pelo suporte à detecção de casos de TB, pela garantia do suprimento regular e ininterrupto dos medicamentos padronizados, pelo acompanhamento dos resultados de tratamento por meio do sistema de registro e notificação de casos, assim como pela capacitação e supervisão contínua das equipes de saúde responsáveis pelas ações de prevenção e gerenciamento da doença (MONROE et al, 2007).

Intensificam-se os desafios para a gerência das ações de controle da TB, atividade complexa, que pode ser influenciada pelas relações de poder entre os diferentes atores envolvidos e interferir na efetividade e na essência do agir gerencial do coordenador do PCT, exigindo deste ator, habilidades políticas, técnicas e operacionais para sustentar a estratégia DOTS.

Neste sentido, a opção por trabalhar as questões relacionadas à gerência das ações de controle da TB, implica, necessariamente em compreender e interpretar os sentidos e significados que os coordenadores dão a este fenômeno.

É neste contexto que os coordenadores dos PCT dos municípios do interior paulista se inserem: como um ator intermediário, com responsabilidades gerenciais nem sempre respaldadas, enfrentando situações de conflitos que dificultam seu desempenho na sustentabilidade das ações de controle da TB, o que se configura em desafios de ordem política, técnica e operacional. Desafios estes, que justificam a intenção desta pesquisa.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Analisar a sustentabilidade da estratégia DOTS, na visão de coordenadores de PCTs em municípios do interior do estado de São Paulo.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Analisar a cobertura do tratamento supervisionado em municípios do interior do estado de São Paulo no período de 1998 a 2004

2.2.2. Descrever os desafios políticos, técnicos e operacionais da gerência das ações de controle da TB, para a sustentabilidade da estratégia DOTS em municípios do interior do estado de São Paulo.

3. Quadro teórico

Buscou-se identificar os conceitos de gerência e suas principais funções no contexto atual das políticas e SS que norteiam a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). É importante destacar que, neste estudo, adotou-se a terminologia *gerência*, ao invés de *gestão*, seguindo o aspecto conceitual adotado por Teixeira (2007), que trata a gerência como um termo que vem sendo utilizado no setor saúde brasileiro para designar as funções de administração das unidades prestadoras de serviços, programas, projetos e atividades específicas desenvolvidas no conjunto das instituições que fazem parte do sistema de saúde. Para a autora, o termo *gestão* está mais relacionado à administração e as políticas do sistema de saúde, considerado, portanto, mais amplo do que a gerência.

A gerência nos SS de AB é entendida na perspectiva da lógica da atenção integrada, realizada por um contínuo de pontos de atenção que devem estar articulados para planejar as ações focando, dentre outros componentes, a promoção da saúde e a prevenção de doenças (MENDES, 2001; PERES E CIAMPONE, 2006).

No atual contexto dos SS, o trabalho gerencial deve contemplar tecnologias gerenciais para a programação das ações e organização, como habilidades técnicas e administrativas para planejar, programar, controlar e operacionalizar as ações de saúde com maior autonomia, o que requer o estabelecimento de vínculos por meio da base territorial, adscrição da população e conhecimento do quadro sanitário (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007; ERMEL e FRACOLLI, 2003; FERREIRA, 2004; MENDES, 2001; PERES E CIAMPONE, 2006).

O desempenho gerencial, na assistência à saúde dos serviços públicos, depende da ancoragem das práticas gerenciais em novos paradigmas de gestão. Este fato remete a necessidade de um perfil diferenciado dos gerentes, não mais como “meros chefes de pessoal”, com funções burocráticas e visão limitada, mas como atores sociais com competências (conhecimento, habilidades e atitudes) para atender às necessidades

de saúde da população (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007; ERMEL e FRACOLLI, 2003; FERREIRA, 2004; RIVERA, 1996; RIVERA e ARTMANN, 1999; SCHRAIBER, 1999).

Dois modelos de gestão complementares são discutidos: um deles, o Modelo Sistêmico Aberto de Gestão, busca a transversalidade para as ações que são desenvolvidas no âmbito das equipes de saúde. Tem a interdisciplinaridade, a interação sinérgica, a articulação e o intercâmbio como meios para sustentar o processo de aprendizagem contínua e o *feed back* dos planos de ação, com aprimoramento e/ou revisão cotidiana dos processos instituídos. Para isso, a gerência deve ter conhecimento habilidades e atitudes que permitam otimizar e maximizar os recursos disponíveis, estabelecendo parcerias, negociações, propostas e envolvimento das equipes de saúde e da comunidade em um processo de responsabilização mútua (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

O outro é a Gestão Estratégica tomada como o processo de gerência que se dá a partir de instrumentos fundamentais como a definição da missão da instituição, a análise dos cenários e os decorrentes planos de ação de acordo com cada realidade, a elaboração de políticas e a avaliação contínua. A proposta é de gestão participativa, em que a ação gerencial se dá por meio da delegação de poder e de relação de confiança, requer o esclarecimento dos valores, a visão norteadora da cultura local e condições de “empoderamento” dos seus colaboradores (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007).

Para as autoras, a viabilidade da ação gerencial, nesses dois modelos, depende de fatores relacionados à governabilidade que se refere às habilidades de análise dos problemas, dos processos, do manejo de recursos e da relação custo-benefício, bem como de análise da base do suporte político para a sustentação e aprovação das propostas. Além da governabilidade, deve ser considerada a capacidade de governo que se traduz pela liderança pessoal e institucional para tomar decisões, na

sua capacidade de articulação e visão ampliada da saúde para priorizar adequadamente os problemas e necessidades da população.

Nesta perspectiva, este estudo busca ancoragem em um referencial teórico que situa a ação gerencial em três dimensões, a saber: uma política ou de sustentabilidade, uma organizacional e outra técnica-operacional (ERMEL e FRACOLLI, 2003 e GUIMARÃES et. Al., 2004).

A dimensão política, sempre presente na gerência de SS, deve ser entendida como a ação gerencial baseada na combinação eficaz entre a disponibilização/utilização de recursos, as bases tecnológicas e interesses para articular necessidades de saúde e política pública para satisfazê-las (ERMEL e FRACOLLI, 2003).

Considera-se, nesta dimensão, a habilidade política para sustentar os resultados de gestão, baseada no processo de comunicação entre os atores envolvidos na dinâmica dos SS, o que requer liderança, raciocínio estratégico e capacidade de negociação (GUIMARÃES et. al., 2004; RIVERA, 1996).

A dimensão organizacional contempla as formas de gerenciar e as características normativas das relações de trabalho nos SS, ou seja, os contratos explícitos ou não, que permeiam as relações dos trabalhadores entre si e com a instituição. São necessárias iniciativas de gestão para manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais no sentido de mobilizar recursos e incorporar novas fontes de financiamento, de recursos técnicos e estratégicos. Neste sentido, esta dimensão considera a habilidade gerencial em captar RM e RH, em capacitar pessoas e em administrar o processo de trabalho, tendo como premissa a necessidade de um gestor com capacitação técnica e experiência prévia para lhe conferir legitimidade técnica e política para decidir (GUIMARÃES et. al., 2004)

A dimensão operacional, ou do processo de trabalho de gerência, é definida como a produção dos atos e ações de saúde, ou seja, a produção de técnicas gerenciais que lançam mão de ferramentas para tomada de decisões, como a criação e

operacionalização dos sistemas de informação em saúde, o uso da epidemiologia e da vigilância epidemiológica, a formulação de normas, procedimentos e rotinas, dentre outros (ERMEL E FRACOLLI, 2003).

Nesta dimensão estão inseridos o planejamento e controle como instrumentos de direção, focando a gestão setorial baseada na negociação, na comunicação intensiva e na criatividade, devendo, o cotidiano das decisões, ser guiado pela incorporação do raciocínio estratégico. RIVERA (1996). Nesta dimensão será considerada a avaliação como instrumento ágil e facilitador para mudanças pretendidas, devendo subsidiar o planejamento (FERREIRA, 2004).

Ressalta-se que estas três dimensões gerenciais estão intimamente relacionadas, mantendo uma interdependência e transversalidade e se configuram em práticas gerenciais interdependentes, inter-relacionadas que ocorrem no cotidiano do agir gerencial, sem a obrigatoriedade de uma lógica seqüencial (BARBIERI e HORTALE, 2005, PERES e CIAMPONE, 2006).

A partir do exposto, é possível pensar a gerência dos SS não mais como uma atividade burocrática, normativa, mas como uma ferramenta para resolver os problemas de saúde da população. Deve-se considerar que os gerentes devem possuir capacidade de obter resultados a partir instrumentos administrativos como o planejamento, organização, direção (coordenação) e controle (BARBIERI e HORTALE, 2005).

As autoras discutem que o planejamento se refere à capacidade gerencial em selecionar meios para o alcance de resultados a partir do conhecimento dos limites e possibilidades da realidade de saúde de uma população sob a responsabilidade de determinada Unidade de Saúde. A organização diz respeito à capacidade gerencial de otimização de RM e RH, além de definir estratégias de trabalho para o alcance dos resultados. A direção representa a capacidade do gerente em lidar com o poder, considerando a tomada de decisão e inter-relacionamento. O controle é a capacidade

gerencial de utilizar instrumentos para avaliação do desempenho individual e coletivo dos resultados institucionais.

Peres e Ciampone (2006) descrevem como funções ou competências gerenciais para a área da saúde: a atenção à saúde; a tomada de decisão; a liderança; a educação permanente, a comunicação, a administração e gerenciamento propriamente dito. Para as autoras, a liderança, que envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade na tomada de decisão, comunicação, e conhecimentos gerenciais sobre planejamento, estratégias gerenciais, estrutura organizacional, gerência de pessoas, processo decisório, administração de tempo, gerenciamento de conflito, negociação, poder e comunicação.

No que se refere à educação permanente em saúde, as autoras consideram que deve ser incorporada na prática dos profissionais de saúde, como uma modalidade de educação para o trabalho visando à resolução de problemas a partir da transformação das práticas de saúde. Sobre a comunicação, consideram essenciais para a gerência conhecimentos sobre estilo de interação, administração de conflitos, negociação, escuta ativa, normas e padrões de comunicação organizacional, sistema de informação, trabalho em equipe, metodologia da assistência, poder e cultura organizacional. E por fim, as autoras consideram a competência em administração e gerenciamento outra função essencial da gerência, sendo indispensáveis conhecimentos sobre planejamento, tomada de decisão, interação e gestão de pessoal.

Rivera e Artman (1999) defendem a importância de um sistema de gestão que deve priorizar as formas criativas de tomada de decisão e controle, consensuadas e capazes de estimular a comunicação. Neste contexto, os autores consideram o planejamento estratégico (comunicativo) um instrumento de gestão e consideram o ato de planejar como relação interativa, a negociação cooperativa como meio estratégico, a

valorização da interpretação do outro como parâmetro de crítica para nossa própria explicação. Nesta perspectiva, a gestão criativa representa constante desafio gerencial.

Ferreira (2004) tece importantes críticas sobre as limitações no acesso aos serviços, dada a baixa capacidade gerencial, reforçando a necessidade de pessoas qualificadas para desenvolver ações nos níveis de atenção, com conhecimento sobre processos avaliativos dos sistemas locais de saúde. O autor considera a avaliação e o planejamento como importantes instrumentos gerenciais, sendo, o planejamento, uma ferramenta organizacional que valoriza a condução da ação e a avaliação contínua instrumentaliza a gerência para o planejamento e programação do serviço de forma a viabilizar e facilitar a tomada de decisão, quando produz respostas para os questionamentos. A negociação representa uma capacidade gerencial importante na condução do processo de trabalho e no controle dos resultados do processo produtivo, levando para a construção de viabilidades que permitem a realização de metas programadas.

Peres e Ciampone (2006) afirmam que a tomada de decisão se sustenta no planejamento, não mais normativo, reduzido a dimensões técnicas e pautado na racionalidade e eficiência, mas no planejamento estratégico, ampliando o saber técnico e incorporando dimensões sociais e políticas.

Schraiber (1999) toma a gerência como a capacidade de otimizar a produtividade, manejar os problemas e conflitos, para garantir a resolutividade e integralidade das ações desenvolvidas, no sentido de viabilizar a universalidade, equidade na prestação de serviços, participação popular e profissional na tomada de decisão tanto da organização dos SS quanto na execução dos cuidados em saúde, com a incorporação de conhecimentos científicos das diversas tecnologias de intervenção nas várias disciplinas. O planejamento e administração devem utilizar como âncoras a disciplinas da epidemiologia, biomedicina, sociologia, antropologia, matemática e estatística dentre outras, elementos fundamentais para a articulação da prática

profissional e gerencial, com vistas a articular os trabalhos produtores de cuidados e os princípios técnicos (do conhecimento científico), organizativos (do sistema de saúde) e ético-políticos (da política social em saúde) da “boa prática” em saúde, ou seja, aquela que é cientificamente esperada.

Diante das proposições deste quadro teórico, a **figura 1** apresenta, esquematicamente, algumas habilidades necessárias para o gerenciamento das ações de controle da TB pelo coordenador do PCT em nível local, que assume posição peculiar como ator central no processo de comunicação entre os diversos atores envolvidos, sejam eles dos níveis macro ou micro, ou dos outros níveis do sistema de saúde e da comunidade (ONGs, sociedade organizada, setores públicos, família e comunidade).

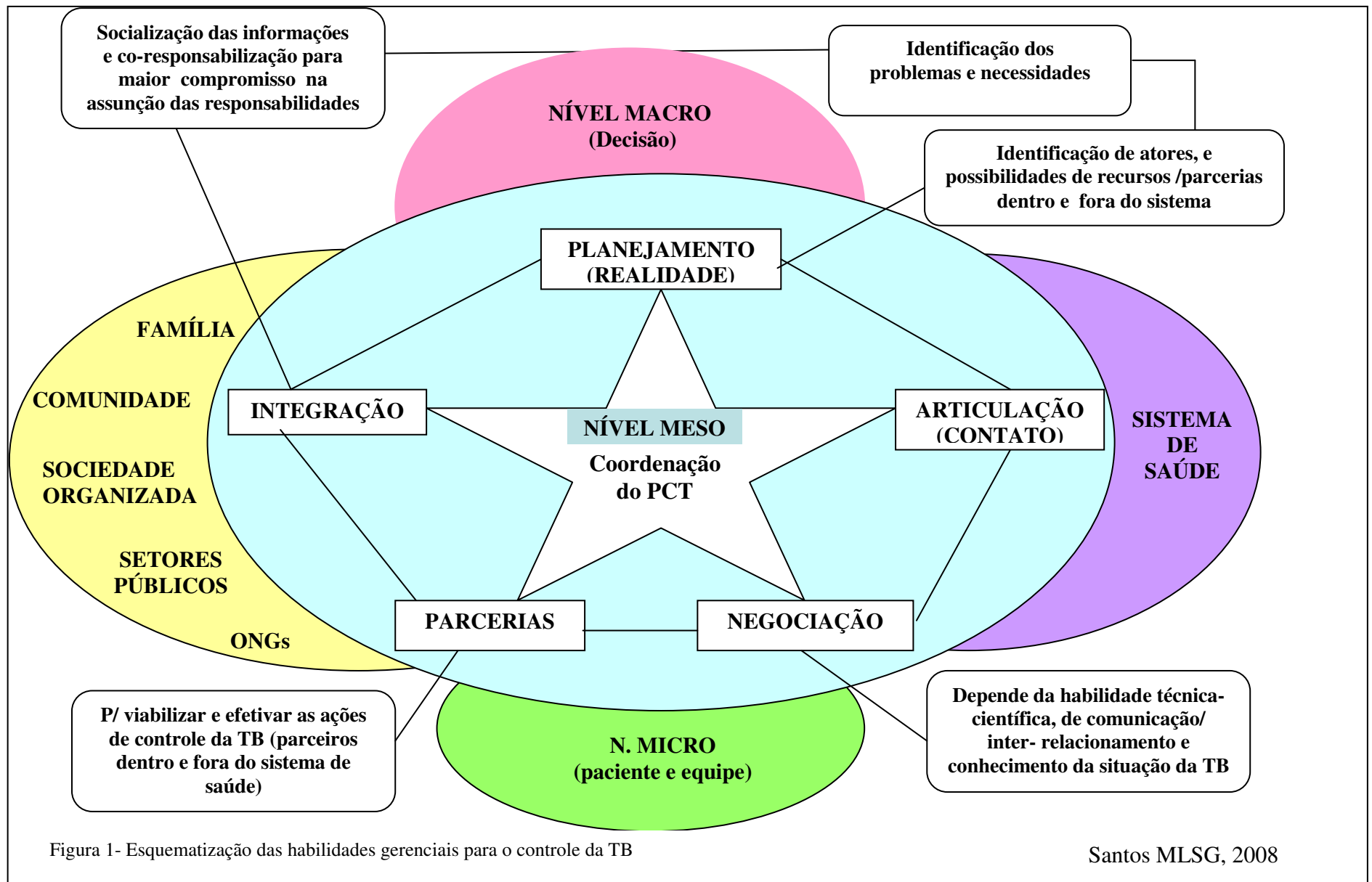


Figura 1- Esquematização das habilidades gerenciais para o controle da TB

Santos MLSG, 2008

4. Percurso metodol3gica

4.1. O delineamento do estudo

Para responder ao objetivo específico 1, a opção foi de uma metodologia quantitativa, modelo estudo epidemiológico descritivo.

Para responder ao objetivo específico 2, optou-se pela abordagem qualitativa, por sua capacidade de adotar o princípio da realidade, partindo das condições existentes e incorporar a questão do significado e da intencionalidade, o que não pode ser quantificado (MINAYO, 2006; TANAKA & MELO, 2001).

É importante ressaltar que a realidade em que se insere a complexidade da organização das ações de controle da TB, nos diversos contextos sociais e políticos dos sistemas municipais de saúde, remete a utilização, também, de um método qualitativo, que, segundo Turato (2005) possibilita uma interpretação dos dados na perspectiva dos atores envolvidos.

4.2. A população e cenários do estudo

A população da pesquisa foi composta por coordenadores dos PCT de municípios do estado de São Paulo, por consistirem em atores envolvidos com a organização e gerenciamento das ações de controle da TB.

A seleção foi baseada nos critérios adotados pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - CVE/PCT/SES - em dividir o estado em quatro regiões homogêneas, a Capital, a Grande São Paulo (GSP), a Baixada Santista/litorânea e interior do estado (São Paulo, 2006). De doze municípios prioritários do interior do estado, foram excluídos os situados no litoral e aqueles pertencentes às regiões metropolitanas e selecionados sete que implantaram a estratégia DOTS, desde o ano de 1998, considerando as semelhanças em relação à organização do sistema local de saúde e ao quadro epidemiológico da doença, quais sejam: Bauru,

Jundiaí, Piracicaba, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, São José dos Campos e Sorocaba.

4.3. Fontes de coleta dos dados

4.3.1. Abordagem quantitativa

Os dados quantitativos de 1998 a 2004 foram obtidos a partir do banco de dados EPI-TB, um programa de registro, acompanhamento e análise de notificações de TB do estado de São Paulo, elaborado no software EPI-INFO (São Paulo, 2006), fornecidos pela SES; do Suplemento 4 do Boletim Epidemiológico Paulista - BEPA (São Paulo, 2006) e do banco de dados do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (2009) focalizando os sete municípios anteriormente descritos.

Foram construídos os seguintes indicadores para o período de 1998 a 2004: Percentual (%) de cura de casos novos com baciloscopia de escarro positiva (BK⁺); % de abandono de casos novos com BK⁺, % de óbito de casos novos BK⁺; cobertura de DOT/TS; % de detecção de casos.

Os indicadores de cura, abandono e óbito dos municípios de Bauru, Jundiaí, Ribeirão Preto, São José dos Campos e Sorocaba foram obtidos a partir do Suplemento BEPA (São Paulo, 2006). Para São José do Rio Preto, estes indicadores foram obtidos do livro “Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features” (Ruffino-Netto e Villa, 2007) para o período de 1998 a 2003. Os dados de 2004 foram extraídos do DATASUS (2009). Para o município de Piracicaba, estes indicadores estavam disponíveis apenas a partir de 2001 a 2004, no DATASUS (2009).

Em relação à cobertura de DOT/TS, os dados de todos os municípios do estudo foram fornecidos pela coordenação do PCT da SES de São Paulo.

O percentual de detecção de casos foram calculados a partir dos dados de população residente para os anos de 1998 a 2004, fornecidos pelo DATASUS (2009).

4.3.2. Abordagem qualitativa

O **instrumento de coleta** de dados para a abordagem qualitativa foi construído com a colaboração do Grupo GEOTB. Trata-se de um roteiro de entrevista semi estruturada que envolveu questões relacionadas ao processo de implantação da estratégia DOTS focalizando as facilidades e dificuldades, compreensão da estratégia como política de saúde pública e processo decisório na atenção à TB (APÊNDICE A).

Para as entrevistas com os coordenadores dos PCT do estado de São Paulo, contamos com a colaboração da Coordenação Estadual, que viabilizou e planejou a coleta de dados para ocorrer durante as Reuniões trimestrais de avaliação epidemiológica e operacional das ações de controle da TB, considerando a concentração de coordenadores municipais nestas ocasiões.

O processo de entrevista foi programado para os intervalos das reuniões, em salas apropriadas, disponibilizadas pela coordenação estadual, que se dispôs a promover a aproximação com os coordenadores municipais, assim como os primeiros esclarecimentos sobre as entrevistas.

Foram entrevistados 22 coordenadores municipais de PCT, sendo 7 do interior do estado de São Paulo, selecionados para este estudo.

As entrevistas foram realizadas por profissionais de nível superior treinados e com experiência na temática, pesquisadores do GEOTB, envolvidos com o projeto DOTS. As falas foram gravadas e transcritas, na íntegra, com a autorização dos sujeitos

participantes do estudo mediante termo de consentimento livre e esclarecido, em cumprimento da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.4. Análise dos dados

Para análise dos dados quantitativos foram construídos gráficos com análise de tendência de regressão linear, utilizando o programa Excel e apresentados em gráficos, de forma descritiva.

A técnica de análise dos dados qualitativos, das entrevistas semi estruturadas, foi a análise de conteúdo, modalidade temática, baseada na proposta de Minayo (2006), pelo rigor com a qual analisa o vasto campo das comunicações, facilitando a tentativa exploratória e enriquecendo as interpretações. Seguindo a proposta da autora, a análise deste estudo foi feita mediante três etapas:

A primeira, que se refere à **pré-análise**, é a organização propriamente dita do trabalho, isto é, a constituição do objeto, do objetivo e do “corpus” do estudo, que, neste caso, são as entrevistas com os 7 coordenadores do interior do estado de São Paulo.

A segunda etapa, de exploração do material e leituras exaustivas das entrevistas, fase mais longa, consistiu no agrupamento e categorização das informações para análise, isto é, na transformação dos dados brutos (as falas dos depoentes) em informações para compreensão do texto, tendo por alicerce, o referencial teórico do estudo. Nesta etapa, foi possível construir os focos iniciais, sub temas e tema.

A Unidade Temática Central, contida no conjunto das falas, foi a **sustentabilidade da estratégia DOTS como um desafio para coordenadores de PCT**. Para esta Unidade temática, foi possível ainda, eleger dois sub-temas:

- 1. A organização da estratégia DOTS diante da necessidade de captar/otimizar recursos e definir estratégias**
- 2. A operacionalização das ações de controle da TB: raciocínio estratégico e negociação como ferramentas gerenciais**

Por fim, a terceira etapa desta modalidade de pesquisa, segundo Minayo (2006), corresponde à análise propriamente dita dos resultados, ou seja, a interpretação dos focos temáticos articulados ao referencial teórico, com o intento de responder aos objetivos propostos no estudo.

4.4. Aspectos éticos

Este estudo está vinculado ao Projeto-multicêntrico intitulado “Situação da Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”, aprovado pelo Comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (ANEXO A).

Por intermédio da Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose (PCT)/Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, foi obtida a autorização do responsável pela Coordenadoria de Controle de doenças da SES do estado de São Paulo.

Os sujeitos do estudo concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), cumprindo-se assim, a resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

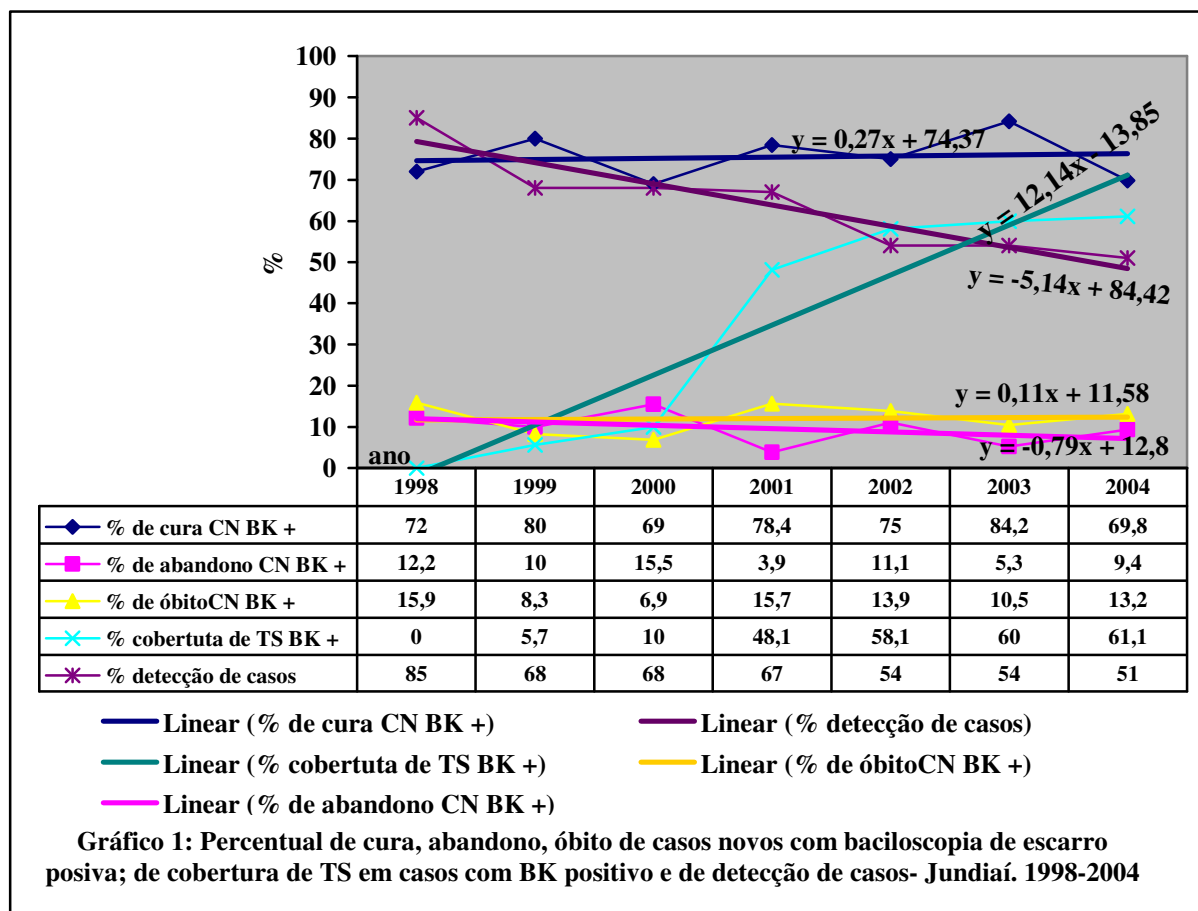
Todos os sujeitos foram informados e esclarecidos sobre os termos deste estudo, relacionados aos objetivos e procedimentos. Além disto, foi-lhes assegurado o anonimato e sigilo em relação aos depoimentos que deverão ser citados integral ou parcialmente neste estudo e em outros que poderão ser publicados.

5. Resultados e discussão

5.1. Indicadores epidemiológicos

Buscando responder ao primeiro objetivo específico, serão apresentados os indicadores epidemiológicos para o período de 1998 a 2004: Percentual (%) de cura de casos novos com BK⁺; % de abandono de casos novos BK⁺; % de óbito de casos novos BK⁺; cobertura do DOT/TS; % de detecção de casos. Os resultados serão apresentados de forma descritiva para cada município do estudo

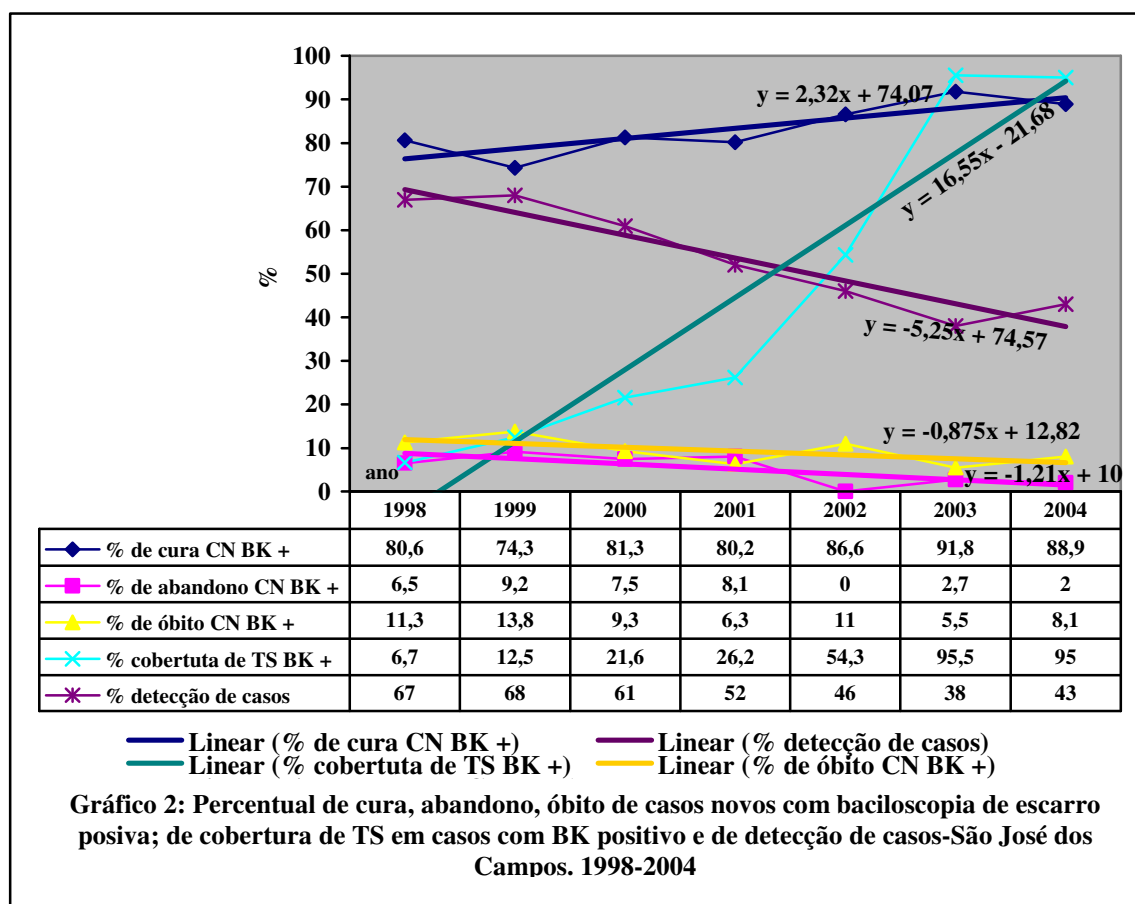
O Gráfico 1 apresenta os indicadores epidemiológicos de cura, abandono, óbito de casos novos com baciloscopia de escarro posiva; a cobertura de DOT/TS em casos com BK⁺ e detecção de casos no município de Jundiaí, no período de 1998-2004.



De acordo com o Gráfico 1, observa-se que a cobertura de DOT/TS cresceu a uma velocidade de 12,14. Houve maior aumento a partir de 2001 até 2004. O % de detecção de casos diminuiu a uma velocidade de -5,14. Embora o coeficiente angular de

cobertura de DOT/TS tenha sido positivo, julga-se que ainda possa ser baixo, quando são considerados os percentuais ano a ano. O percentual de cura, em Jundiá, aumenta discretamente, apresentando um coeficiente angular equivalente a 0,27. Ocorrem flutuações, considerando todos os anos, destacando que o maior aumento foi em 2003. O percentual de abandono de tratamento declinou a uma velocidade de 0,79. O coeficiente angular dos óbitos foi de 0,11, contudo, considerando ano a ano, diminuiu de 1998 até o ano de 2000, aumentando em 2001, declinando em 2003, tornando a aumentar em 2004.

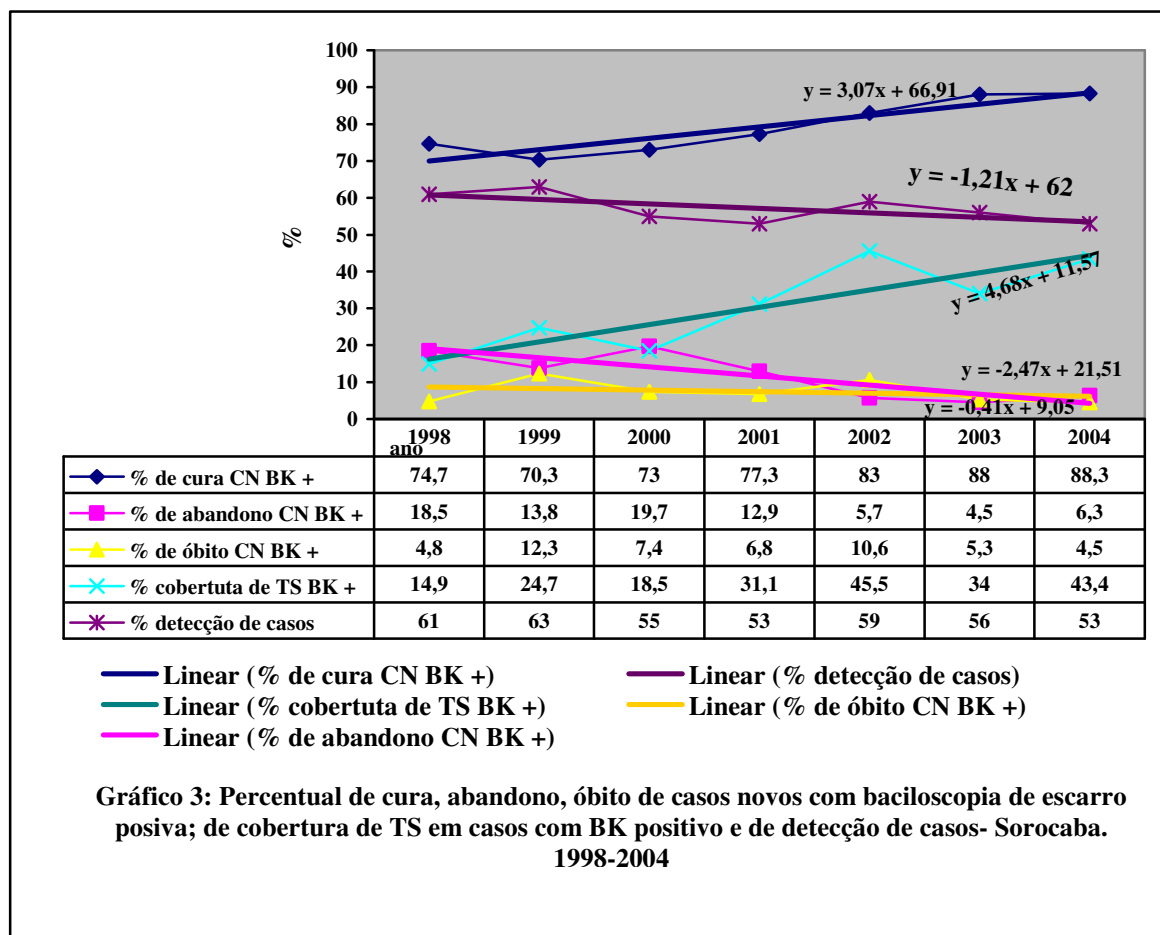
Os resultados epidemiológicos de São José dos Campos estão apresentados no Gráfico 2.



O Gráfico 2 mostra que a cobertura de DOT/TS cresceu a uma velocidade de 16,55. Destacam-se os anos de 2003 e 2004 com o maior percentual de cobertura de TS, atingindo, em 2003, 95% dos casos. Em relação ao percentual de detecção, diminuiu

sistematicamente até 2003, apresentando um coeficiente angular de -5,25. Em 2004, a detecção de casos aumenta, embora discretamente. Ocorre um aumento no percentual de cura de casos novos com BK⁺, cujo coeficiente angular corresponde a 2,32. O coeficiente angular de abandono foi de -1,21. Os óbitos declinaram a uma velocidade de -0,87. Observa-se, ainda, que em São José dos Campos, no ano de 1999 ocorreu um declínio no percentual de cura e aumentaram os percentuais de abandono e óbito. Vale a pena destacar que, em 2003, aproximadamente 92 % dos doentes evoluíram para cura, além disso, diminuíram os casos de óbito. Esta situação é revertida no ano de 2004, quando crescem os óbitos, a medida que diminui o percentual de cura.

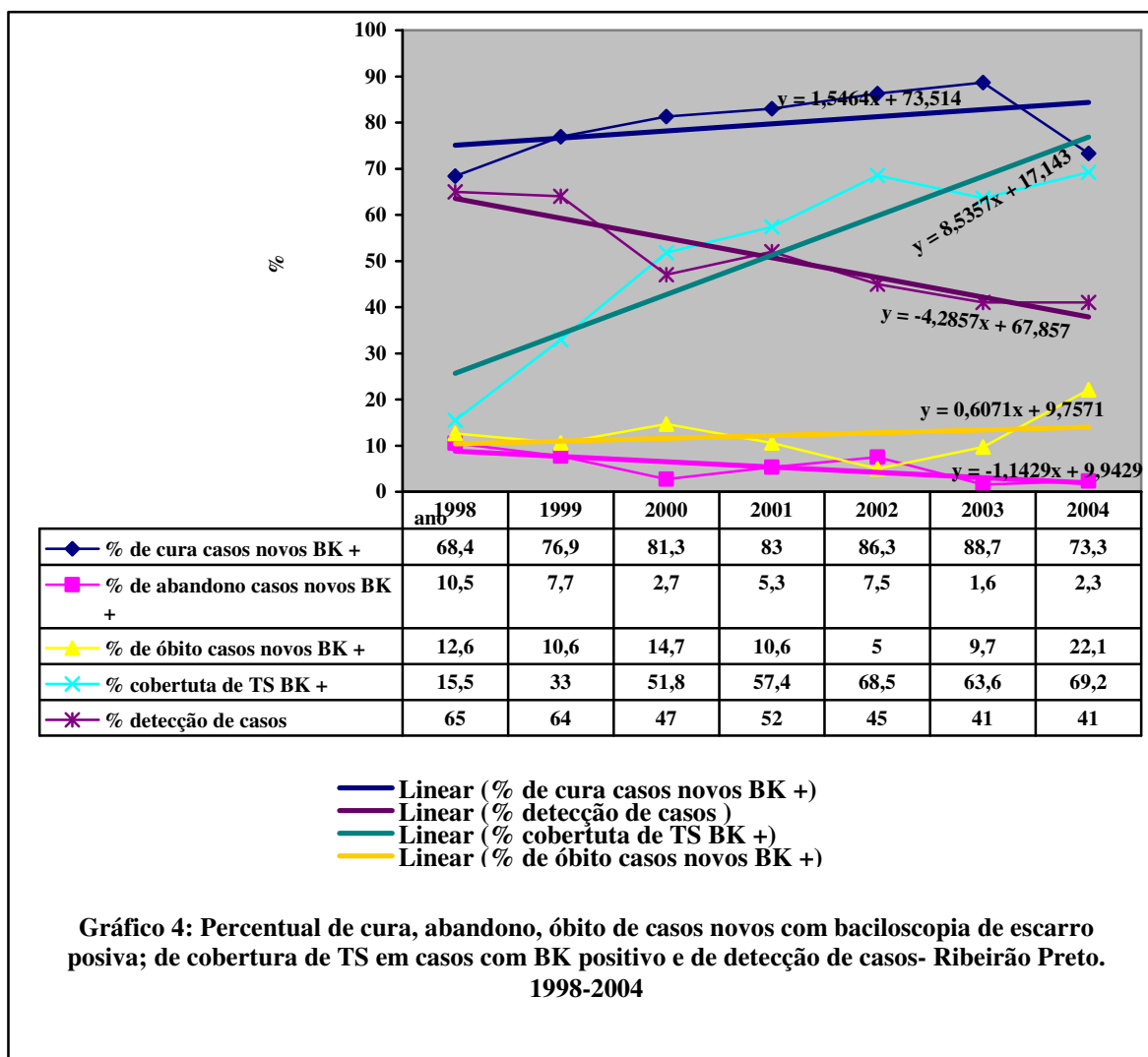
O Gráfico 3 apresenta os indicadores epidemiológicos da TB de Sorocaba.



De acordo com o Gráfico 3, em relação ao DOT/TS, embora apresente um coeficiente angular de 4,68, ainda apresenta-se aquém do esperados . A detecção de

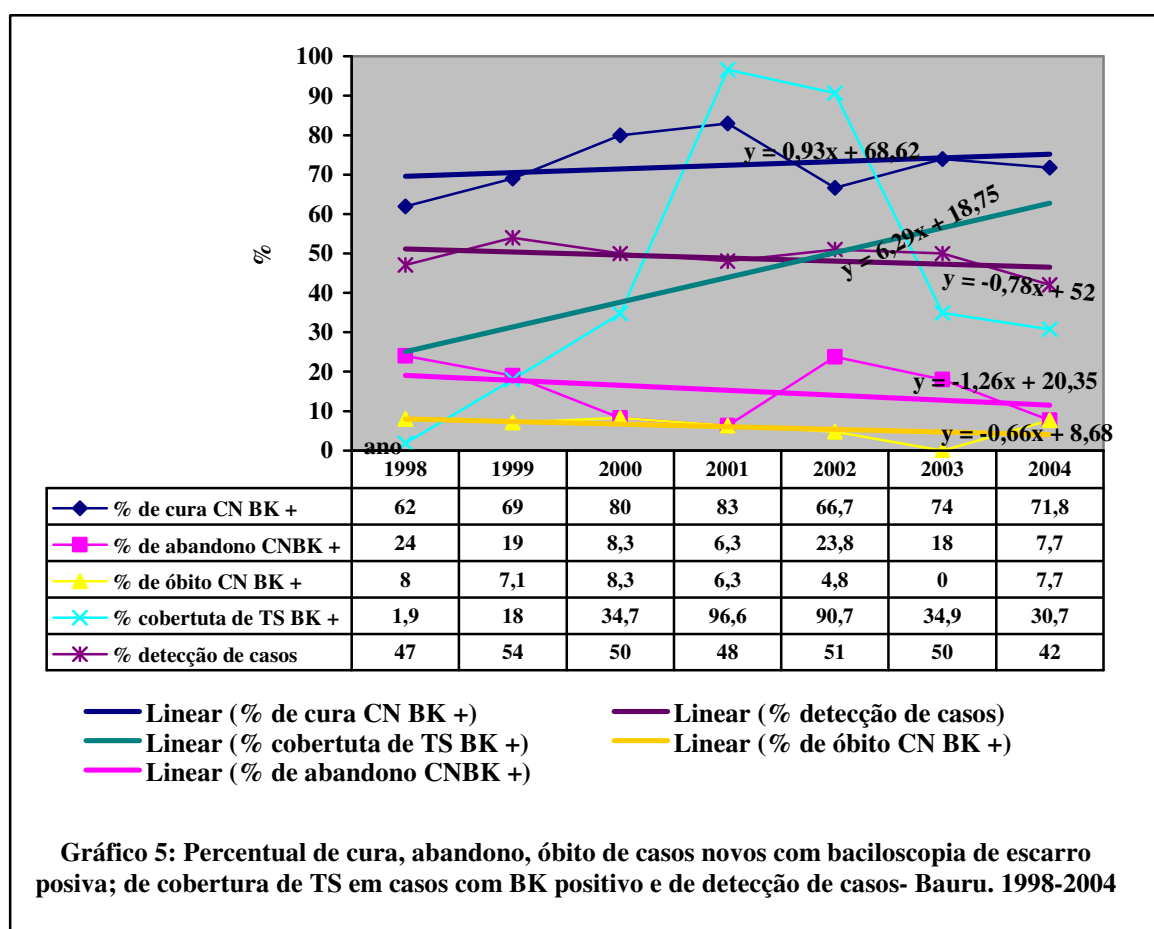
casos, declina durante toda o período estudado, a uma velocidade de -1,21, parecendo ser, ainda, insuficiente. Observa-se um aumento do percentual de cura com uma velocidade de 3,07, um declínio do percentual de abandono com velocidade de -2,47 e de óbito com velocidade de -0,41. Destaca-se que a partir de 2000, o percentual de cura aumenta ano a ano, o percentual de abandono diminui até 2003.

No Gráfico 4, apresentamos os indicadores epidemiológicos de Ribeirão Preto.



Os indicadores epidemiológicos de Ribeirão Preto (Gráfico 4) mostram que a cobertura de DOT/TS aumenta bastante, apresentando um coeficiente angular de 8,5, atingindo, em 2004, 69 %. A cobertura de detecção de casos declina sistematicamente durante o período estudado, com um coeficiente angular de -1,14. O percentual de cura

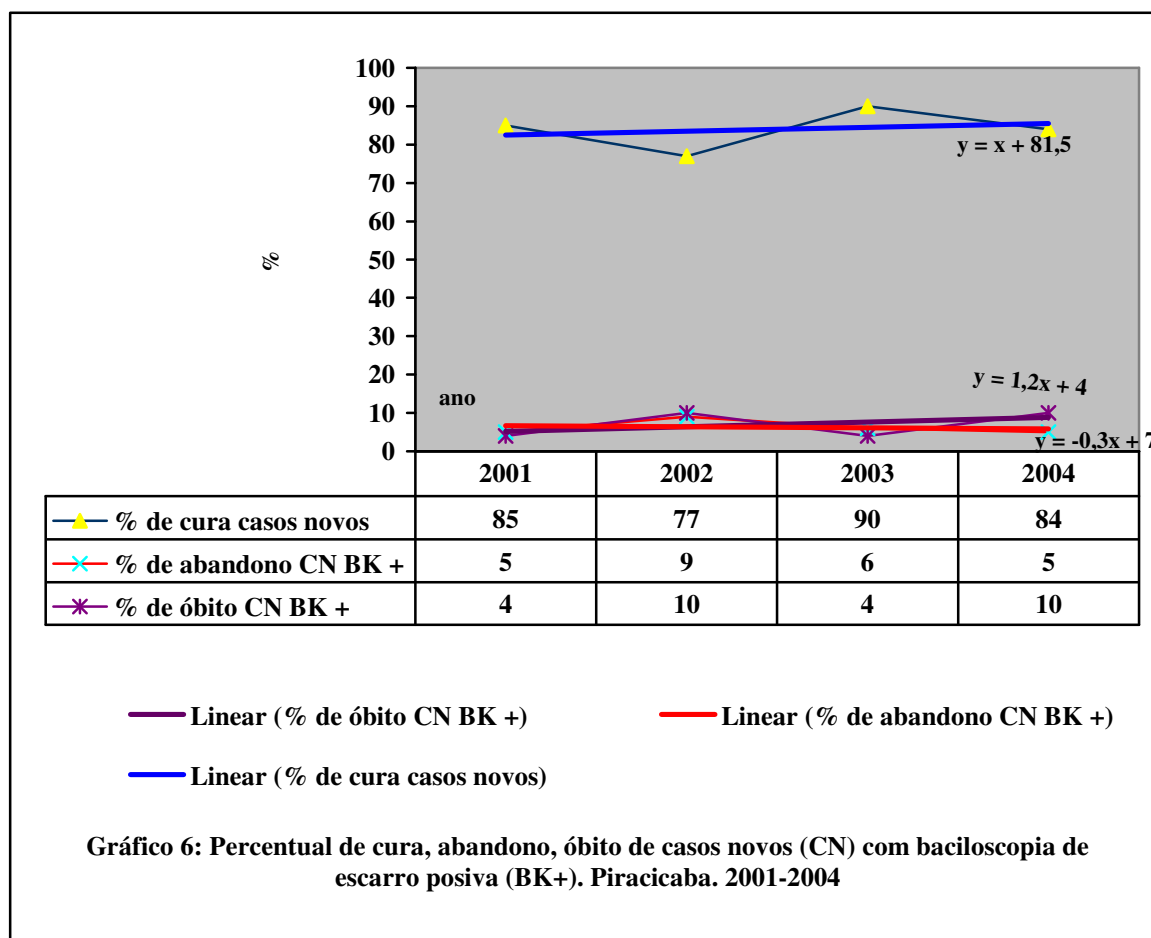
aumenta a uma velocidade de 1,54, porém, no ano de 2004 ocorre um declínio. O percentual de abandono apresenta coeficiente angular de -1,14. Ao se analisar seu comportamento ano a ano, observa-se que declina de 1999 até 2000, aumenta de 2001 a 2002, declinando em 2003, aumentando novamente no ano de 2004. O percentual de óbito, aumentou a uma velocidade de 0,6. Destaca-se que no ano de 2004, ocorreu um declínio no percentual de cura, aumentaram os casos de abandono e ocorreu o maior aumento no percentual de óbito. A situação epidemiológica da TB em Bauru está apresentada no Gráfico 5.



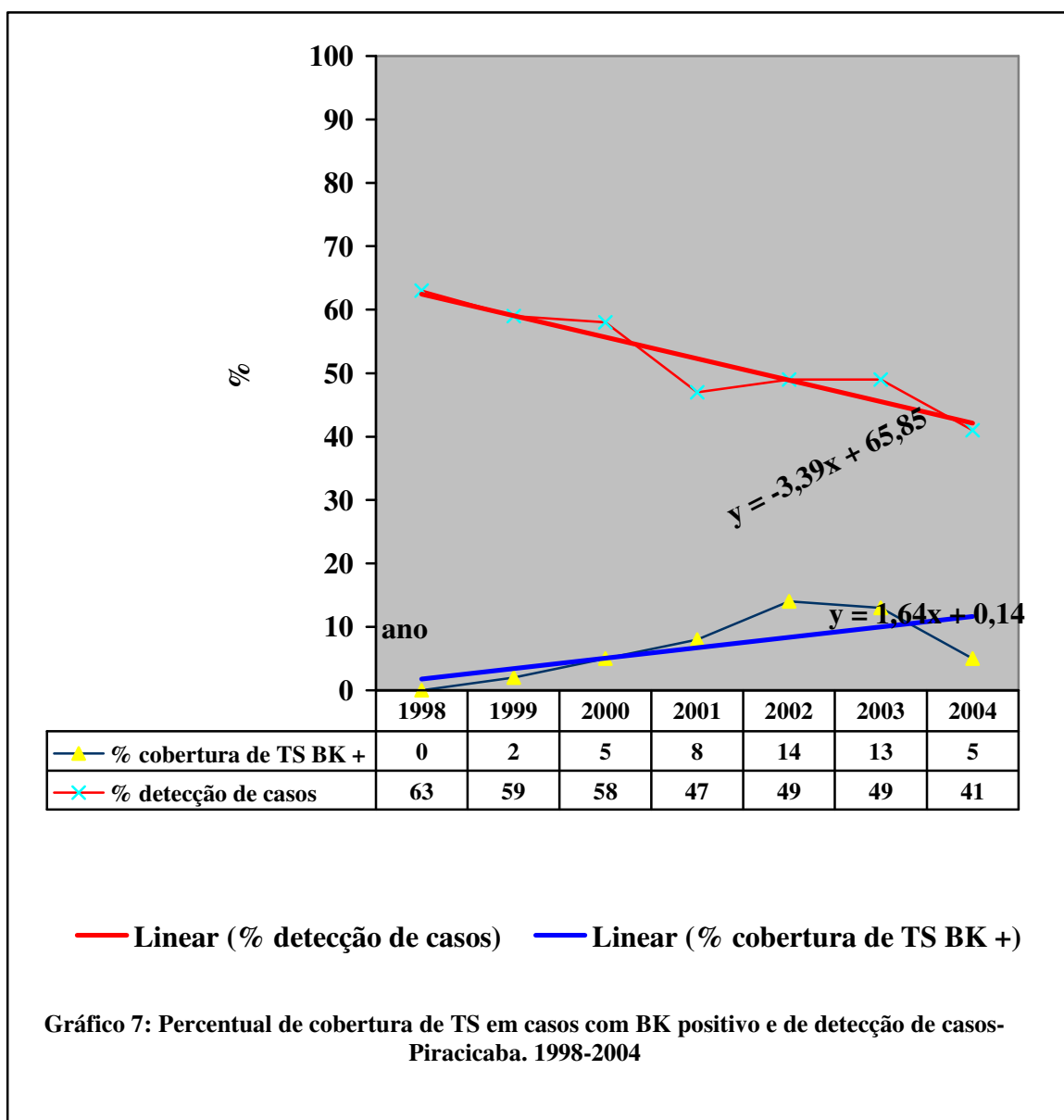
No gráfico 5, observamos que a cobertura de DOT/TS aumenta, com um coeficiente angular positivo de 6,29, embora, ao se analisar os percentuais em cada ano, observa um grande aumento em 2001, atingindo quase 100% de cobertura. Em 2002 declina para 90%. Em 2003-2004 ocorre um grande declínio da cobertura de DOT/TS, chegando a 30,7% em 2004. O percentual de detecção de casos apresenta um

coeficiente angular de -0,66. O percentual de cura em Bauru apresenta um coeficiente angular de 0,93, sendo que 2000 a 2001 foi o período que mais aumentaram estes percentuais. Os casos de abandono declinaram a uma velocidade de -1,26. Os óbitos também declinaram, porém, a uma velocidade menor, ou seja de -0,66. Destaca-se que entre 2000 e 2001 ocorre um aumento no percentual de cura, diminui o abandono e óbito, aumenta consideravelmente a cobertura de DOT/TS. Neste período, apenas a detecção de casos mostrou-se desfavorável.

Em relação a Piracicaba, conforme já comentado, serão apresentados os indicadores de cura, abandono, óbito de casos novos com BK+ somente para o período de 2001 a 2004 (Gráfico 6). Os indicadores de cobertura de DOT/TS e detecção de casos, no período de 1998 a 2004, serão apresentados no Gráfico 7.



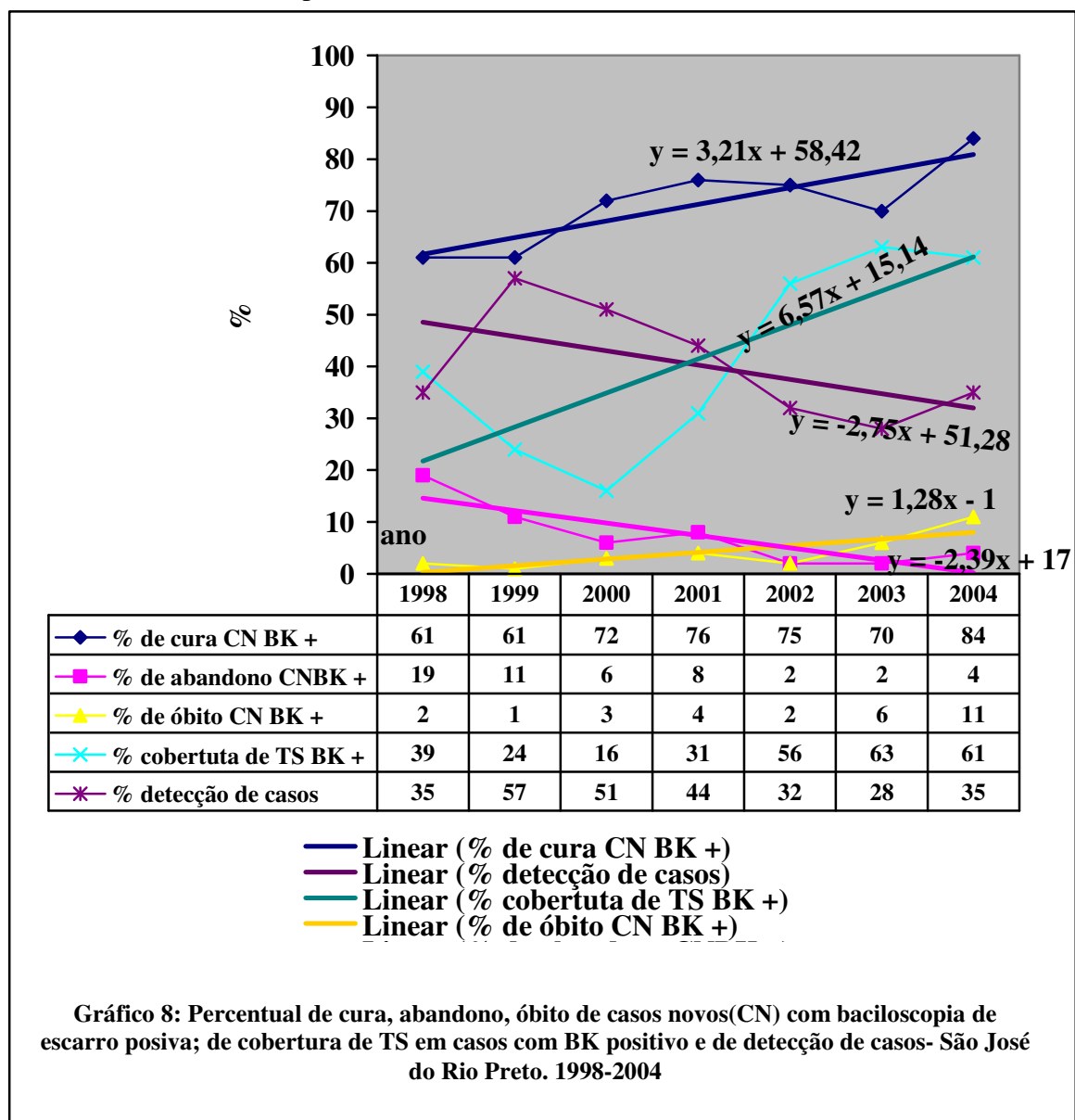
O percentual de cura em Piracicaba apresenta um coeficiente linear de 0 (zero). O percentual de abandono diminuiu a uma velocidade de -0,3. O percentual de óbito apresentou um coeficiente angular negativo de -0,3. Destaca-se que ocorre uma melhora nos percentuais dos três indicadores em 2003, voltando a piorar em 2004.



O Gráfico 7 evidencia que a cobertura de DOT/TS, embora apresente um coeficiente angular positivo de 1,64, mostra-se, em nossa percepção, ainda baixo no

período todo, atingindo o máximo de 14 % em 2002. A detecção de casos diminui a uma velocidade de -3,39, declinando durante todo o período estudado.

O Gráfico 8 apresenta os resultados de São José do Rio Preto.



De acordo com o Gráfico 8, observa-se que a cobertura de DOT/TS apresenta um coeficiente angular de 6,57, merecendo um destaque para o ano 2000, que mostra a cobertura de apenas 16% dos casos. A partir de 2001, observa-se um maior aumento deste indicador. A detecção de casos declinou a partir de 1999, apresentando um coeficiente angular negativo de -2,39. Observou-se que assim como aumentaram os percentuais de cobertura de DOT/TS a partir de 2001, diminuíram os de abandono. O percentual de cura cresceu a uma velocidade de 3,21. O abandono apresentou um

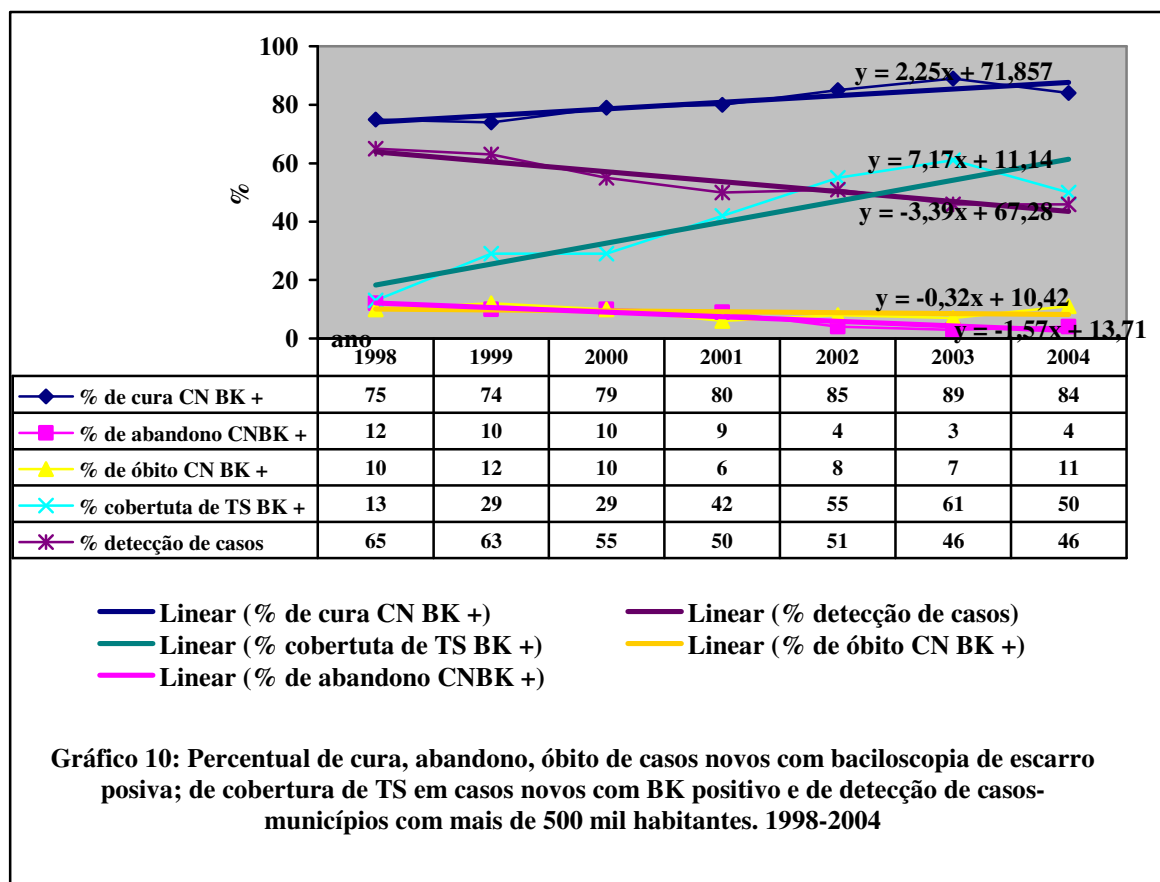
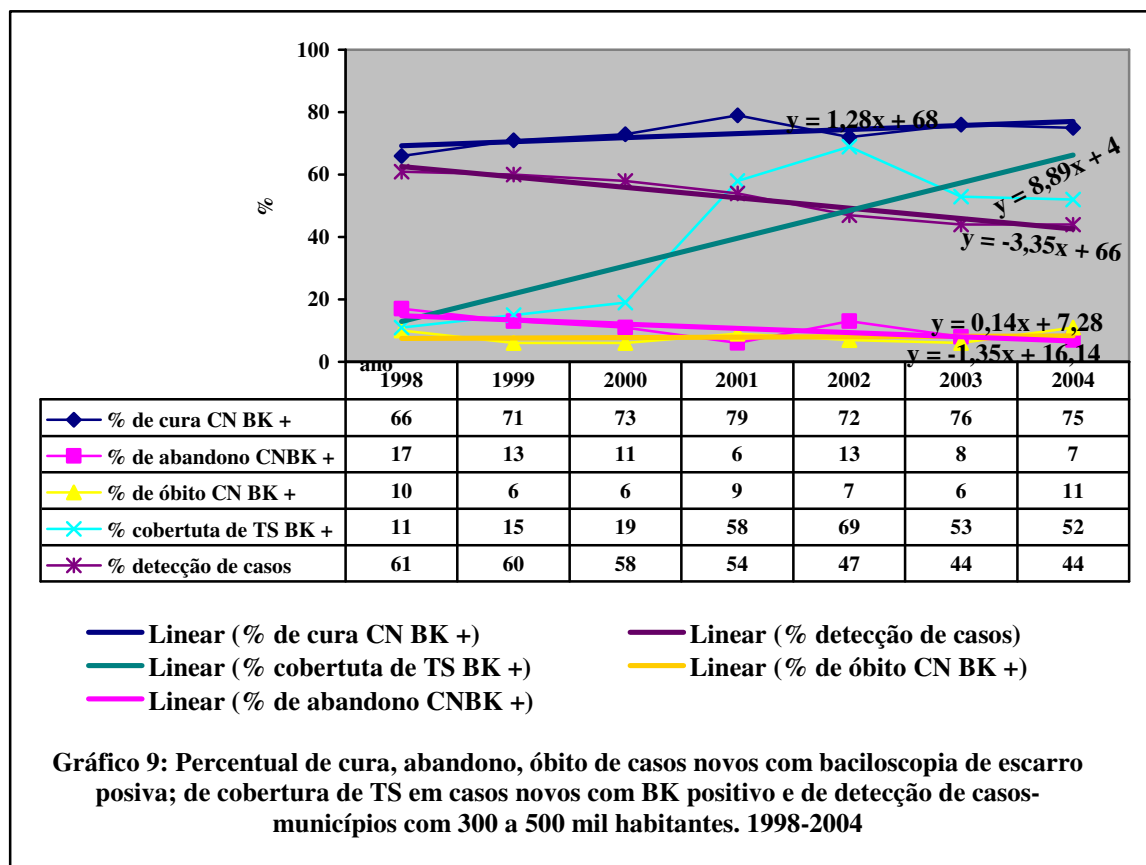
coeficiente angular negativo de -2,39. No entanto, os óbitos cresceram a uma velocidade de 1,28. Destaca-se que até 2001 cura aumentou, chegando a 76%. Declinou em 2002 e 2003, tornando a crescer em 2004, quando atingiu o maior percentual, 84%, dentre todos os anos.

Em vista dos dados apresentados até então, foi aventado o seguinte questionamento: O que aconteceria se nós agrupássemos os municípios do estudo segundo o tamanho da população?

Foram feitos, então, dois agrupamentos dos municípios do estudo baseados no tamanho da população no ano de 2004, segundo dados fornecidos pelo DATASUS (2009). Um grupo foi constituído de municípios com 300 a 500 mil habitantes, que incluíram os municípios de Bauru com 338.344 habitantes, Jundiaí, com 337.233 habitantes e São José do Rio Preto com 389.781 habitantes. Destaca-se que o município de Piracicaba foi excluído deste grupo por falta de dados no período de 1998 a 2000.

O outro grupo foi constituído de municípios com mais de 500 mil habitantes, abrangendo Ribeirão Preto com 534.944 habitantes, Sorocaba com 539.877 habitantes e São José dos Campos com 578.617 habitantes.

O Gráfico 9 apresenta os resultados obtidos a partir do agrupamento dos dados dos municípios com 300 a 500 mil habitantes e o Gráfico 10, dos municípios com mais de 500 mil habitantes.



Comparando os gráficos 9 e 10, observa-se que o coeficiente angular de cobertura de DOT/TS aumenta nos dois grupos, sendo que, nos municípios com 300 a 500 mil habitantes foi de 8,89, maior do que o dos municípios com mais de 500 mil habitantes, que foi de 7,17. Também a detecção de casos foi semelhante nos dois grupos, declinando a uma velocidade de -3,39 nos maiores e 3,35 nos menores. O percentual de cura aumenta a uma velocidade de 1,28 nos municípios com 300 a 500 mil habitantes e de 2,25 nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Em relação ao abandono, observou-se que os dois grupos apresentaram semelhança, ou seja, coeficientes angulares de -1,35 nos municípios menores e -1,57 nos maiores. O percentual de óbitos declinou a uma velocidade de -0,32 nos municípios com mais de 500 mil habitantes e aumentou nos municípios com 300 a 500 mil habitantes, apresentando coeficiente angular de 0,14.

Este resultado remete ao entendimento de que existem problemas na sustentabilidade da estratégia DOTS, principalmente em relação ao DOT/TS e a detecção de casos, dois importantes pilares da estratégia.

Sobre este aspecto, corroborando com Palha (2007), o estado de São Paulo, considerado com excelente posição de riqueza, não teve papel pró-ativo para as políticas de descentralização na área da saúde, o que interferiu no desempenho de cobertura do DOT/TS e, conseqüentemente, também da cobertura de detecção de caso.

De acordo com os resultados apresentados, a análise dos gráficos sugere que os indicadores levantados, também de cura e abandono, estejam aquém do que seria esperado. Os baixos indicadores de cura e abandono, podem refletir a situação acima aventada, considerando a adoção do DOT/TS como estratégia inovadora para alcançar as metas propostas pela OMS (WHO, 2006)

Os objetivos de desenvolvimento do milênio definem o controle da TB como prioridade, estabelecendo metas de 85% de cura e 70% de detecção de casos. (WHO, 2006b; DYE et al., 2006).

Há, de maneira geral, um acréscimo no percentual de cura, uma diminuição no percentual de detecção de casos e uma diminuição no percentual de abandono. Também, no geral, um aumento da cobertura de DOT/TS, sendo que, este aumento ocorreu, principalmente, a partir de 2000 e 2001.

A comparação entre populações acima e abaixo de 500 mil habitantes tiveram comportamento epidemiológico semelhantes, exceto quanto a mortalidade que teve um declínio discreto nos municípios de maior porte populacional e pequeno aumento nos de menor porte.

Pode-se endossar a explicação de Palha et al (2009), de que municípios de grande porte possuem maior estabilidade na manutenção de políticas sociais e de saúde, o que pode refletir na disponibilização de recursos como retaguarda laboratorial e hospitalar, que talvez pudessem oferecer melhores condições de diagnóstico precoce e tratamento em outros níveis além da ABS.

No presente estudo, o agrupamento dos municípios não apresentou grandes diferenças nos indicadores, exceto no que diz respeito a mortalidade, como já visto anteriormente. A hipótese explicativa para estes resultados, diferentes dos encontrados por Palha (2007, 2009), pode estar relacionada ao tipo de agrupamento que fizemos. Enquanto Palha (2007), considerou municípios de pequeno porte (população entre 41 a 96 mil habitantes) e municípios maiores entre 551 a 601 mil habitantes, neste estudo, os municípios menores estavam bem acima dos considerados por Palha (2007). Esclarece-se, ainda, que Palha considerou os municípios individualmente, sem agrupá-los.

Esta situação remete a refletir sobre a organização dos SS nos municípios do estudo, considerando uma fragilidade na dimensão organizacional da gerência dos PCT,

que sugere uma falta de priorização da TB na agenda pública de saúde e na disponibilização de recursos para garantir a sustentabilidade das ações de controle da TB propostas pela estratégia DOTS (MONROE, 2007; SANTOS-FILHO, 2006).

5.2. A sustentabilidade da estratégia DOTS como um desafio para coordenadores de PCT

A unidade temática central: “A sustentabilidade das ações de controle da TB na visão de Coordenadores de Programas (PCT)” foi conformada a partir de 2 sub-temas: *A organização da estratégia DOTS diante da necessidade de captar/otimizar recursos e definir estratégias; A operacionalização das ações de controle da TB: raciocínio estratégico e negociação como ferramentas gerenciais.*

A trajetória da estratégia DOTS, nos municípios selecionados, evidencia dois momentos distintos: a implantação propriamente dita e a sustentabilidade das ações no sistema de saúde, no período que sucede, em que a vontade política, o envolvimento e integração dos responsáveis pelas políticas de saúde, no âmbito local, representam aspectos determinantes para a sua efetivação.

O compromisso político apresentou-se de forma diversa nestes dois momentos, considerando as prioridades políticas de governo em relação à TB na agenda pública.

A implantação da estratégia DOTS nos municípios deste estudo ganha força no momento em que o PNCT define a TB como prioridade entre as políticas governamentais, facilitando e incentivando os municípios prioritários para o controle da doença (BRASIL, 2000).

Na época da implantação da estratégia DOTS, o governo instituiu mecanismos de incentivos como garantia de sustentabilidade das ações de controle da

TB. Disponibilizou repasse financeiro aos municípios e estimulou a busca de casos e o tratamento por meio de benefícios. Mediante um termo de adesão, o município firmava um compromisso com o desenvolvimento das ações do PCT (RUFFINO-NETTO, 2002).

A disponibilidade de novos recursos financeiros para o município foi aspecto fundamental para a implantação da estratégia DOTS. Os depoimentos dos coordenadores do estudo associam a implantação do DOTS como um mecanismo de apoio político do gestor local estimulado pelo recebimento de recursos financeiros para a compra de carros, contratação de recursos humanos, equipamentos de informática e RX, além de distribuição de benefícios aos doentes, conforme mostram os depoimentos:

(...) Naquela ocasião nós compramos uma perua Kombi com esse dinheiro do recurso... um computador... equipamentos para treinamento... investimos em material educativo.. cestas básicas... leite, vale transporte...esse dinheiro veio mesmo para disparar ou repensar o jeito que a gente vinha trabalhando a Tuberculose... **(Ent..2)**

(...) Ele nos facilitou... a implantação urgente do raio-X... a contratação de pessoal para o funcionamento do raio-X...na compra das cestas básicas. **(Ent.3)**

(...) No início nós tivemos esses recursos financeiros, nós recebemos um trailler, ganhamos prêmio como município com menor taxa de abandono...(ENT.4)

Embora os depoimentos remetam à existência do compromisso e vontade política para a implantação da estratégia DOTS, as falas de alguns coordenadores evidenciaram que esse processo foi permeado por contradições, tanto para o gestor, quanto para o profissional.

(...) Eu ouvi do próprio Secretário de Saúde na época: ter que ir a casa ver um cidadão engolir o medicamento, isso é inaceitável (...) na época se pagava um valor por alta cura, depois aumentaram o tratamento supervisionado, vendo que realmente, o município tinha chance de conseguir melhorar os valores. Aí ele foi apoiando... **(Ent.6)**

(...) algumas pessoas achavam que a supervisão terapêutica era uma forma muito paternalista de assistir... tivemos que quebrar alguns tabus... Foi preciso um processo de discussão, para que as pessoas entendessem qual era o teor dessa proposta. teve que se construir alguns valores.. **(Ent.2)**

Pelos depoimentos, pode-se inferir que o DOTS foi introduzido nos municípios sem que os gestores e os profissionais tivessem o entendimento da estratégia como uma forma de controle da doença. As falas remetem a uma visão reducionista da estratégia apenas ao DOT/TS e este, representando uma forma técnica e paternalista de manejo da TB, como simples ingestão do medicamento sob a supervisão de um profissional de saúde.

Alguns autores como Muniz, Villa e Perdersóli (1999) e Silva et al. (2007) fazem menção a esta compreensão reducionista da estratégia DOTS no momento de sua implantação e reforçam a importância de uma visão mais ampliada, principalmente do DOT/TS.

Os depoimentos mostram que a implantação da estratégia DOTS foi realizada a partir de uma necessidade urgente, porém sem planejamento adequado que permitisse uma sensibilização e capacitação envolvendo os diversos atores que participavam de alguma forma no manejo da TB.

O primeiro depoimento permite vislumbrar o esforço do coordenador em convencer o gestor sobre a implantação da estratégia. Nesta fala observa-se a contradição entre a importância de melhorar o quadro e a possibilidade de captar recursos para o município.

Palha (2007) esclarece que a estratégia DOTS foi implantada a partir de uma política de indução, via incentivos. Este fato remete a reflexão sobre a implantação da estratégia DOTS como uma modalidade assistencial induzida que vem acompanhada da possibilidade sedutora do município arrecadar mais recursos.

Ressalta-se que, a partir de 1998, houve a disponibilização de incentivos, pelo governo federal, para os municípios, estimulando-os a incorporar programas que lhes acrescentariam receita financeira, principalmente na ABS, o que acarretou

dificuldades para planejarem uma política mais adequada às necessidades locais. (MARQUES e MENDES, 2002).

Como já discutido anteriormente, o controle da TB requer o envolvimento dos gestores do nível macro na assunção do compromisso com sua viabilização.

Houve vontade política e incentivos para a implantação da estratégia DOTS nos municípios de estudo. A situação começa a ficar preocupante quando se analisa a implementação da estratégia, considerando a falta de envolvimento do gestor na política de financiamento para viabilizar as ações de controle da TB.

Ressalta-se que os coordenadores dos PCT dos municípios estudados ocupam uma posição de destaque no controle da TB, exercendo uma função gerencial de âmbito intermediário entre o nível macro (prefeito e secretário de saúde) e o nível micro (profissionais).

Esta posição intermediária representa grande desafio para este ator, diante do contexto em que se deu a implantação da estratégia DOTS, via indução de incentivos, considerando o momento da reorganização dos serviços e a complexidade da TB e de suas ações de controle.

Embora o controle da doença, nos municípios deste estudo, esteja atrelado aos PCT, ainda centralizados, algumas ações são descentralizadas para ABS (nível micro de atenção). Os Coordenadores municipais dos programas que atuam no nível meso e na gerência da ação de controle da TB assumem papel fundamental como mediadores entre o nível de decisão política (nível macro) e de a operacionalização (nível micro) para viabilizar as ações preconizadas pela estratégia DOTS.

Esta situação requer preparo técnico e gerencial, conhecimentos e habilidades para o adequado planejamento, implementação de ações/estratégias locais, capacitação e supervisão de RH e a avaliação epidemiológico-operacional do PCT, além de habilidade política. (MONROE et al, 2007; PERES E CIAMPONE, 2006).

O enfrentamento dos desafios que envolvem a responsabilidade dos atores que gerenciam programas e serviços para promover melhora das condições de saúde de forma eficaz, eficiente, eqüitativa e sustentável traz à tona a necessidade do compromisso dos responsáveis pela formulação, organização e execução das políticas públicas de saúde.

Rouleau (2005) reconhece as tensões conflitantes e contraditórias, às quais se submetem os atores do âmbito da gerência intermediária, esclarecendo que as ações gerenciais, neste nível, acarretam uma polarização do gerente intermediário para cima ou para baixo, levando-o a ocupar dupla posição de transmissão, no plano hierárquico e nos das relações.

Os coordenadores dos PCTs, neste estudo, ocupam posição no nível intermediário da gerência e são responsáveis por interpretar visões e estratégias amplas de nível superior e comunicá-las aos níveis inferiores (serviços). Embora, hierarquicamente, estes atores sejam subordinados aos gestores do nível macro (prefeito, secretário de saúde), ocupam uma posição de destaque, atuando como atores-chave na unidade organizacional e, portanto, como líderes, devem desempenhar papéis diversos no processo de formação e informação, na alocação de recursos, no processo de planejamento das ações e de comunicação com os níveis hierárquicos. (ANDRÉ e CIAMPONE, 2007; DAVEL e MELO, 2005; GUIMARÃES et al., 2004; KING et al., 2002).

5.2.1. A organização da estratégia DOTS: captação, otimização de recursos e definição de estratégias

Neste sub-tema serão abordados os aspectos da gerência das ações de controle da TB relacionados à organização da estratégia DOTS nos municípios

estudados, a partir dos aspectos da descentralização das ações para os pontos periféricos de atenção a saúde e da disponibilização de recursos para equipamentos, captação e capacitação de pessoas.

5.2.1.1. A descentralização da Estratégia DOTS para a Atenção Básica

A descentralização da estratégia DOTS para os pontos periféricos de atenção a saúde representa uma diretriz preconizada pelo SUS para propiciar o acesso aos serviços e ações de saúde, no sentido garantir resolutividade.

Deve-se considerar que a resolutividade dos SS é um dos princípios organizativo do SUS, a partir do qual se espera que os SS estejam preparados para atender e resolver os problemas de impacto a saúde coletiva, dentre eles a TB, considerando seu nível de competência. Isto pressupõe que deva existir uma política de RH que garanta a existência de pessoal qualificado e sensibilizado (BRASIL, 1990; OLIVEIRA et al. 2008)

É importante ressaltar que, com a implantação do SUS, universalizou-se o acesso aos serviços e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como principal porta de entrada para os SS. Embora todos os esforços para a consolidação do SUS, no sentido de descentralizar as ações de promoção e prevenção a ABS ainda, passa por problemas estruturais, principalmente relacionados à suficiência e perfil dos profissionais de saúde (FACCHINI. et al., 2006).

Sobre este aspecto, a descentralização de ações de saúde para a ABS, dentre elas, as da TB, estão sendo implantadas gradativamente, esbarrando em algumas dificuldades de ordem técnica, econômica, cultural e de captação e capacitação de RH. (PALHA, 2009; PROTTI et al, 2009; RUFFINO NETTO, 1999).

Esta situação pode ser evidenciada nos depoimentos seguintes:

(...) (o PCT) É centralizado...nós só descentalizamos o diagnóstico... As demais Unidades ainda têm certa dificuldade de aceitar isso... está faltando funcionário, não tem gente pra cuidar disso, não tem como dar prioridade ao paciente... a dificuldade maior realmente é a rede.(Ent.6)

(...) a busca ativa e o tratamento supervisionado são dois itens importantes da Estratégia DOTS, a maior dificuldade é a inserção dessas duas ações, dentro da atenção básica. Manter centralizado, ainda nos ambulatórios, o TS, viabiliza o controle (Ent. 2)

De acordo com os depoimentos, pode-se perceber que a estratégia DOTS ainda se mantém centralizada nos municípios deste estudo, por uma questão prática de controle e por dificuldades encontradas na gestão das políticas de RH e da organização dos sistemas de saúde. Apenas algumas ações são organizadas na ABS de forma descentralizada, como a coleta de escarro, o DOT/TS e a BSR.

As baixas coberturas de DOT/TS e de detecção que casos apresentadas na análise dos indicadores epidemiológicos dos municípios de estudo podem refletir as dificuldades de ordem técnica, econômica, cultural e de captação e capacitação de rh enfrentadas pelos coordenadores dos PCT fragilizando a eficiência na gerencia das ações de controle da TB, com repercussão no processo de descentralização do DOTS.

De acordo com Mendes (1998), a transferência de responsabilidades das ações de saúde para a ABS representa um processo que deve ter por premissas, dentre outras coisas, o gradualismo e a progressividade, considerando sua incompatibilidade com tempo político curto e com uniformidade na implementação, devendo ser consideradas a competências técnicas e gerenciais locais.

Conforme já comentado, a descentralização das ações de saúde para a ABS representa importante estratégia, pois beneficia diretamente a população no sentido de garantir a integralidade e resolutividade das ações e serviços (Arnadottir et al, 2002), porém, existe a necessidade de preparo deste ponto de atenção para assumir as responsabilidades transferidas.

De acordo com Hino et al. (2005), a transferência das ações de TB para a ABS pode resultar em benefícios para os usuários no sentido de facilitar o acesso e permitir maior vínculo, favorecendo a adesão terapêutica.

Por outro lado, existem riscos para a continuidade das ações, diante da possibilidade de pulverização das responsabilidades, falta de compromisso, fragmentação da assistência ao doente de TB em relação ao DOT/TS e retaguarda laboratorial, além da deficiência no sistema de informação (FRIEDEN and DRIVER, 2003).

Neste sentido, apesar das oportunidades que a descentralização oferece, os riscos são bastante consideráveis. Santos-Filho (2006) discute que a expansão do DOTS requer mudanças em termos de organização da atenção bem como na mentalidade dos profissionais.

Além disto, existe a necessidade de RH em quantidade suficiente e com capacidade técnica, preparados e sensibilizados para executar as ações, neste caso, de controle da TB (COHEN, MOURA E TOMAZELLI, 2004; MONROE et al., 2008).

De acordo com Santos Filho (2006), embora o governo brasileiro tenha tomado algumas providências para mudar o quadro preocupante da TB, é necessário que se faça muito mais, no sentido de garantir o acesso a serviços de alta qualidade, considerando que muitas pessoas com TB pertencem a comunidades menos favorecidas e marginalizadas.

O autor argumenta que é necessária uma mobilização e conscientização da sociedade para o problema, pois embora o governo brasileiro tenha assumido compromisso político de controlar a TB, na prática isso ainda é deficitário. Ainda persiste a falta de financiamento para recursos materiais, equipamentos e humanos em qualidade e quantidade e SS organizados para atender a TB na sua complexidade.

5.2.1.2. A disponibilização de recursos para sustentar a estratégia DOTS

O êxito da estratégia DOTS está pautado em cinco pilares importantes, sendo um deles, o compromisso político para a sustentabilidade da mesma. Ressalta-se que sustentabilidade pode ser entendida aqui, como a capacidade de garantir a continuidade das ações de controle da TB mediante a disponibilização financeira para recursos materiais e humanos.

As dificuldades relatadas pelos coordenadores se configuram em obstáculos de ordem técnica, principalmente, relacionados ao DOT/TS e a busca de SR, conforme expressam os depoimentos seguintes:

E2...O território é muito grande,... precisa de viatura para se locomover... gasta uma manhã toda em uma área... tem que tirar o funcionário da Unidade, tem que ter transporte, tem que ter motorista...

E3... Nós não temos viatura exclusiva para a Tuberculose... temos que contar com o banco de viaturas do departamento de transporte.

E4(...) O programa da tuberculose deveria ter um carro para o programa. Eu teria mais facilidades de estar fazendo uma visita, de estar trazendo pacientes... o carro é usado também pra várias outras coisas...

A prática do DOT/TS exige grande esforço tanto do doente como do prestador de cuidados de saúde e envolve custos substanciais em termos financeiros e de tempo, pois, muitas vezes, demanda em deslocamento do doente até a unidade de saúde ou do profissional até a casa do doente (GONZALES et al., 2008; MIRZOEV et al., 2008; OKANURAK et al., 2007).

É importante ressaltar que nem sempre os doentes podem ir até a Unidade de Saúde para receber o DOT/TS, sendo necessária uma visita domiciliar (VD) pelo profissional de saúde, como estratégia utilizada para garantir o tratamento e estreitar o vínculo com o doente, considerando-o na sua integralidade. (GONZALES et al., 2008; HINO et al., 2005)

A prática do DOT/TS deve auxiliar na adesão ao tratamento, cuja

efetividade é influenciada por vários fatores que vão desde as características individuais, até as sociais e coletivas, o que podem requerer tratamento adicional de serviços sociais e de incentivos econômicos. Não é apenas uma forma de dar tratamento, mas também uma forma de apoio ao processo de tratamento (MACIEL et al., 2008; RADILLA-CHÁVEZ E LANIADO-LABORÍN, 2007);

O DOT/TS é um dos pilares da estratégia DOTS, importante ferramenta para a adesão terapêutica dos doentes de tuberculose, que não deve ser considerado apenas como o ato simplista de engolir as pílulas sob a supervisão de um profissional e sim, como uma ação mais complexa, não um fim em si, mas um meio para atingir o sucesso do tratamento.(HINO et al., 2005).

Considerado como uma ação mais inovadora e ousada da estratégia DOTS, embora pareça simples, o DOT/TS é de extrema complexidade e necessita, além do entendimento, incentivos financeiros para alocação de recursos.(GONZALES et al., 2008).

A falta de recursos interfere na cobertura do DOT/TS, uma vez que obriga a equipe de saúde a focaliza-o apenas no doente de risco, resultando em problemas para a adesão ao tratamento. Isto implica em dificuldades para o coordenador do PCT garantir a efetividade do DOT/TS, conforme expressa este depoimento:

(...) hoje nós não temos mais esses recursos ... (O TS) Hoje se trata daquele paciente alcoolista, o morador de rua ... porque ele não tem endereço fixo, e pro HIV que tem mais dificuldade então, infelizmente como eu te falei, deveria ser todos, mas estamos elencando esse pessoal e os pacientes que tem mais dificuldade.(Ent.4)

A sustentabilidade da estratégia DOTS, que, embora tenha o DOT/TS como importante tecnologia de gestão do cuidado no controle da TB, representa uma atividade complexa que requer um planejamento considerando visão estratégica a partir avaliação do perfil sociocultural e econômico do doente, mecanismos de co-responsabilização dele e da família no plano terapêutico, adesão ao tratamento, observação da ingestão da

medicação pelo profissional de saúde ou responsável pela supervisão, suporte social, BSR, monitoramento e registro das informações (GONZALES et al., 2008).

A forma como cada município gerencia a complexidade da operacionalização do DOT/TS configura uma determinada cobertura e realidade do mesmo. Sobre este aspecto, é importante a reflexão sobre o papel gerencial do coordenador do PCT, no que tange a organização das ações de controle numa perspectiva estratégica e inovadora, que deve transcender as questões programáticas tradicionais, planejadas de cima para baixo.

É necessário ressaltar que o DOT/TS, representa um dos pilares da estratégia DOTS que mantém estreita interdependência com os outros pilares, como o comprometimento político em assumir a TB como prioridade na agenda política, disponibilizando meios para viabilizar as ações de controle da doença, considerando, dentre outras coisas, a retaguarda laboratorial, RF e RH (MONROE et al., 2008).

Sobre este aspecto, é importante a reflexão sobre o papel gerencial do coordenador do PCT, no que tange a organização das ações de controle numa perspectiva estratégica e inovadora, que deve transcender as questões programáticas tradicionais, planejadas de cima para baixo.

Diante da complexidade do DOT/TS, é necessário ressaltar que este representa um dos pilares da estratégia DOTS que mantém estreita interdependência com os outros pilares, como o comprometimento político em assumir a TB como prioridade na agenda política, disponibilizando meios para viabilizar as ações de controle da doença, considerando, dentre outras coisas, a retaguarda laboratorial, RF e RH (MONROE et al., 2008).

Ao analisar os depoimentos dos coordenadores, questiona-se a habilidade deste ator no sentido de utilizar, como ferramentas gerenciais, a criatividade e o pensamento estratégico para otimizar os recursos disponíveis.

A situação apresentada no depoimento nos leva a crer que existem limitações na ação gerencial dos coordenadores, desenvolvida a partir de posturas técnicas e burocráticas, com pouco ou nenhum pensamento estratégico. Parece que existe uma tendência dos coordenadores se submetem à situação da escassez de recursos.

Neste sentido, diante da escassez de recursos, seria importante que o coordenador tivesse um perfil diferenciado, com competências gerenciais ancoradas na gestão participativa, na habilidade de analisar problemas e tomar decisões com criatividade e pensamento estratégico para otimizar os recursos disponíveis, buscando também, articulação com outras instâncias da saúde e do serviço público em geral. (ANDRÉ e CIAMPONE 2007; ERMEL e FRACOLLI, 2003; FERREIRA 2004; RIVERA 1996; RIVERA E ARTMANN, 1999; SCHRAIBER, 1999).

Outro obstáculo apontado pelos coordenadores se refere à quantidade de profissionais preparados para desenvolver as ações e à dificuldade em capacitar as pessoas para atender às necessidades do PCT.

A falta de RH é um fator de dificuldade principalmente para a expansão do DOT/TS que requer disponibilidade e tempo, além do preparo, conforme evidenciado nos depoimentos:

(...) O volume de pessoas que estão envolvidas no tratamento (TS), ainda é pequeno. A gente não tem agentes comunitários, só uma equipe muito pequena. .. que deslocam para dar todo dia o medicamento para o pacientes. (Ent.7)

(...) nós temos dois profissionais, só fazendo 8 horas, o resto tudo fica picadinho, 6 horas, vai a outro lugar, 4 horas em outro lugar, para as unidades... (Ent.1)

Além do DOT/TS, a busca ativa de sintomáticos respiratórios na AB também é uma ação dificultada pela deficiência da política de RH, embora de suma importância para o controle da doença. (NOGUEIRA et al., 2007a)

(...)- A dificuldade... é a do profissional. Nós acabamos de fazer um treinamento de implantação de livro de busca de sintomáticos respiratórios. São coisas tão simples, mas a Unidade acaba colocando obstáculos pela falta de funcionários. (Ent.6)

Os depoimentos demonstram que existe falta de RH também na retaguarda laboratorial, o que retarda o diagnóstico, precarizando a assistência.

(...)... o maior problema atual do laboratório... é o pessoal... acho que lá precisaria de mais porque ... realiza exames também das micro regiões ...então isso daí eu acho que dificulta (Ent.5)

Embora o SUS seja um marco inovador para a saúde pública no Brasil, a política de RH enfrenta alguns obstáculos impostos pelo modelo capitalista, o que representa sérios desafios para a gestão das políticas de saúde relacionadas aos RH. A escassez de RH, assim como sua má distribuição no campo da saúde, contribui para a assistência insuficiente e de qualidade muito questionada (MENDES e MARZIALE, 2006).

Ressalta-se que a saúde é um dos serviços de consumo coletivo do Brasil e como tal, está atrelada a alguns determinantes políticos e econômicos que influenciam no perfil quantitativo e qualitativo da força de trabalho neste setor (VIEIRA, AMÂNCIO FILHO e OLIVEIRA, 2004).

Pode-se levar em conta que a realidade de RH despreparados e escassos também esbarra nos limites impostos pela crise orçamentária dos municípios e, por outro lado, pelas limitações legais, como a lei de responsabilidade fiscal promulgada em 2000. Estes fatos provocam um engessamento na gestão dos serviços públicos, limitando a sua capacidade de despesa, dificultando a contratação de pessoal por meio de concursos (MARQUES E MENDES, 2003; PAIM E TEIXEIRA, 2007).

Esta situação acaba por estimular a alocação de RH por meio de contratos provisórios, sem vínculos, acarretando em rotatividade de pessoal, conforme expressa o depoimento:

E5 (...) PSF tem muita rotatividade... a maioria dos médicos dos PSF's atuais não foram treinados...

A rotatividade de pessoal nos SS representa um problema importante que interfere na resolutividade dos serviços de ABS, pois dificulta a manutenção das equipes qualificadas, sensibilizadas e preparadas para atender, com efetividade, aos doentes em relação ao controle da TB. (MONROE et al., 2008)

Infelizmente, a política de RH efetiva encontra barreiras também nos compromissos político-partidários assumidos a cada mudança de gestor (ANDRÉ e CIAMPONE, 2005).

De acordo com Jorge et al (2007), as políticas de RH têm sido, nas últimas décadas, negligenciadas em relação à oferta de trabalho no SUS, fortalecendo a precarização do trabalho no setor saúde permeada pela primazia da política econômica em detrimento dos interesses do SUS.

A precarização do trabalho em saúde se caracteriza por vínculos inadequados, contratação informal em caráter temporário, principalmente nos serviços que adotam a Estratégia de Saúde da Família, e por outras formas irregulares de inserção no serviço público como a terceirização via cooperativas, bolsas de trabalho, estágio remunerado (GIL, 2006; JORGE et al., 2007).

É importante ressaltar ainda, que a precarização do trabalho exacerbada pelas formas inadequadas de contratação desencadeiam, reforçam e perpetuam a rotatividade de pessoal, contribuindo para a falta de vínculo, de compromisso com o processo saúde-doença no contexto da integralidade da assistência, tendo como consequência a falta de resolutividade dos serviços.

Toda esta problemática da política de RH ou da falta dela, remete a reflexão da complexidade do manejo da TB e da necessidade de pessoas com perfil adequado para lidar com a doença. Este é um fator apontado nos depoimentos.

(...) Se a pessoa não tem perfil, não adianta forçar... às vezes a pessoa tem medo do desconhecido... (Ent.1)

(...) Muitos dos nossos pacientes são de boca de fumo, de área de tráfico de drogas, pacientes de área mais distante, chácaras, e os motoristas se queixavam muito e atrapalhavam muito o desenvolvimento do trabalho, chegando muitas vezes a agressão em relação a gente. (Ent. 3)

Por ser uma condição crônica, complexa, cujo enfoque muda de acordo com os diferentes cenários, o manejo e controle da TB requer estratégias que precisam ser adaptadas a cada situação.

Neste sentido, ressalta-se a complexidade e especificidade da atenção a TB, que requer um novo “olhar” para o processo de adoecimento, considerando sua magnitude como doença socialmente produzida, que, diferentemente de outras enfermidades, revela as condições de vida material do homem, sua pobreza material e humana (Sá et al., 2007; SANTOS et al., 2007; VENDRAMINI et al., 2007).

O despreparo dos profissionais de saúde para o manejo da TB, reforçado pelas lacunas em sua formação voltada para o atendimento à doença sem considerar as singularidades de cada doente, propicia uma visão normativa do processo saúde-doença, pautada em normas e rotinas estabelecidas na organização do serviço.

Neste contexto, se faz necessária uma visão estratégica que ultrapasse os muros da instituição de saúde, permitindo uma abordagem ampliada do doente, considerando suas necessidades no contexto individual, familiar e coletivo, pactuando a co-responsabilização diante do tratamento. (SÁ et al., 2007)

Em relação à qualificação de RH, os depoimentos demonstram que representa um aspecto facilitador para o coordenador do PCT no que diz respeito à gerência do DOTS:

... Aqueles (profissionais) que já tinham um preparo de TBVE ... a gente observou uma facilidade imensa em trabalhar com eles, os outros por falta de compreensão, dificultaram e dificultam ainda o nosso serviço.(...) (Ent.3)

(...) Nós nos reunimos uma vez por semana. Para discutir casos, aumentar um pouquinho mais, até em termos de conhecimento... também recebi profissionais novos, eles estão fazendo treinamentos pra . Não pode você entender por tuberculose e a outra não, entende todo mundo, só que eu fiz uma coisa, cada um responsável por uma coisa (...) eu acho interessante porque também valorizou o auxiliar, a menina da limpeza, o pessoal da portaria, cada um é responsável de uma coisa. (Ent. 1)

As entrevistas evidenciam que a capacitação de pessoas pelo Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica da Tuberculose (TBVE-TB) nos anos de 2000 e 2001, oferecido aos técnicos da rede básica (médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem), foi aspecto facilitador para a implantação da estratégia DOTS, fato também evidenciado por outros autores (GAZETTA, 2007).

Por outro lado, os depoimentos seguintes expressam as dificuldades do coordenador em deslocar profissionais do ambiente de trabalho para serem capacitados, em função de outras prioridades ou de falta de RH.

(...) nós tivemos alguns problemas com relação à formação do nosso pessoal. Nós estávamos engajados juntos com a DIR no intuito de treinar os nossos médicos e enfermeiros através do TBVE de Tuberculose. E isso foi exatamente no ano de 2000, quando tivemos um número elevadíssimo de casos de dengue... E toda a rede de saúde, viveu em função dessa epidemia de dengue. Não nos foi facilitada a retirada desses médicos e enfermeiros da rede, para a realização desse TBVE. (Ent. 3)

(...)auxiliar e técnico, pelo menos um treinamento eles fazem lá ... e entendem o porque de estar fazendo ... A gente gostaria que fosse mais freqüente do que é, porém é complicado e a gente não pode tirar o funcionário da unidade a hora que a gente quer, a gente tem que tirar é... dentro de uma programação. (Ent.3)

Embora a capacitação dos profissionais para atuar no âmbito da ABS seja de responsabilidade dos municípios, observa-se que, apesar da necessidade, a TB não representa prioridade, o que se configura em obstáculo para o desenvolvimento adequado de pessoas para atuarem efetivamente no controle da doença.

O primeiro depoimento evidencia as dificuldades enfrentadas para capacitar profissionais devido à falta de priorização da TB na agenda pública de saúde, em detrimento de outros agravos como a dengue, por exemplo.

Sobre este aspecto, Monroe et al (2007) constatou que existe um desinteresse por parte de gestores municipais de saúde pelas políticas e estratégias de controle da TB, dentre elas, o DOTS. Segundo os autores, a TB se encontra entre aquelas doenças que não promovem visibilidade política, portanto, não representam prioridade.

O segundo depoimento expressa a dificuldade de capacitação ocasionada pela insuficiência de RH para atender a demanda.

Concordando com Cotta et al (2007), pode-se dizer que formar e capacitar profissionais para a abordagem do processo saúde-doença no SUS são aspectos fundamentais que afetam a qualidade dos serviços prestados.

Porém, é importante um novo olhar sobre a prática da educação na saúde realizada por cursos compensatórios exaustivos, pontuais, que consomem recursos financeiros, tempo e que não produzem impacto na mudança das práticas profissionais. (MERHY, 2005)

Para que as ações de controle da TB possam ser efetivadas, os RH devem ser capacitados de forma contínua e permanente envolvendo todos os membros das equipes de saúde que lidam com doentes de TB, reforçando a necessidade de supervisão da equipe.

Como estratégia para suprir as deficiências de formação e educação dos profissionais de saúde que atuam no SUS e transformar as práticas de trabalho, foi introduzida a Educação Permanente em Saúde (EPS), uma política de educação na saúde, concebida para superar os antigos programas de capacitação e atualização de RH (CECCIM, 2005);

Neste sentido, pode-se dizer que não bastam apenas treinamento e capacitações, devem ser consideradas, tanto as peculiaridades do trabalho, considerando todas as ações de competência da ABS, além da TB, como o cotidiano dos trabalhadores, que enfrentam cargas laborais que acarretam desgastes emocionais, físicos e espirituais.

A formação adequada de RH para o SUS é um processo importante e necessário, porém, tão importante quanto, é preparar os profissionais já inseridos no

sistema para enfrentarem os desafios colocados pela implementação do novo modelo (BARBIERI e HORTALE, 2005; GUIMARÃES et al., 2004; SCHRAIBER, 1999).

5.2. A operacionalização das ações de controle da TB: raciocínio estratégico e negociação como ferramentas gerenciais

A falta de RH e o despreparo dos mesmos representam lacunas na organização dos serviços que interferem na sustentabilidade da estratégia DOTS, exigindo que o coordenador do PCT lance mão de suas habilidades técnicas operacionais e políticas para suprir estas lacunas no sentido de utilizar seus conhecimentos e sua criatividade para gerenciar e otimizar os recursos disponíveis para dar conta das ações da TB. (BARBIERI e HORTALE, 2005; RIVERA, 1996)

Neste sentido, o depoimento seguinte demonstra esta preocupação, quando o coordenador organiza novas estratégias para efetivar o DOT/TS.

(...) as pessoas que têm dificuldade de ir até a Unidade eu estou pedindo uma supervisão da esposa, do filho, de uma pessoa próxima ao doente, e eu estou sendo correspondida, então eu faço uma visita mensal pra essa pessoa pra verificar, além do comparecimento do doente ao serviço...estou tendo essa aliada comigo (Ent.4).

(...)a gente pode usar padrinho. irmão, pai... a gente procura um vizinho, um amigo próximo, alguém que tenha um vínculo sem ser familiar, e que no dia que não vai um funcionário, possa assistir esse paciente tomando o remédio (Ent.7).

(...) às vezes a gente chama a mãe, um irmão, a mulher... vai tirando até alguns mitos que o próprio paciente tinha, que a família tinha e vai tendo esse apoio...cria um vínculo (Ent.1)

Os depoimentos evidenciam que a cooperação de pessoas de fora do serviço, que possuem vínculo com o doente tem sido uma prática importante. Esta forma de organizar as ações de controle da TB evidencia uma visão estratégica do coordenador, pois mostra que este conhece os limites e maneja os poucos recursos disponíveis para obter uma melhor efetividade em relação aos resultados esperados, lançando mão da

criatividade, considerada por Rivera e Artman (1999) como ferramenta gerencial importante para a tomada de decisão, inserida no planejamento estratégico.

No segundo depoimento, o coordenador considera alguém que não seja familiar, mas que tenha vínculo com o doente. Sobre este aspecto, Reis, Nunes e Silva (2004) esclarecem que o envolvimento de um familiar ou a pessoa que possua vínculo com o doente é importante no tratamento.

Porém, para transferir dividir as responsabilidades do tratamento da TB com pessoas fora do serviço, algumas observações devem consideradas, como, por exemplo, a necessidade da equipe de saúde trabalhar na lógica de território proposta por Mendes (2002), em que o doente se insere em um espaço geopolítico, econômico e social e, a partir da apropriação do contexto individual, coletivo e familiar do doente, identificar alguém da família ou muito próximo, que esteja preparado para assumir papel de cuidador. Essa pessoa deve ser capacitada pra atender às necessidades do doente, diante da supervisão do tratamento. Neste caso, esta pessoa se tornará uma cuidadora domiciliar e, considerando as peculiaridades da TB e do doente, deve estar, além de preparada, sensibilizada para a situação.

Além da co-responsabilização da família, um coordenador relata outra estratégia para garantir a efetividade do DOT/TS, como a inserção de multiplicadores entre os pares:

(...) vai trabalhar pra gente como multiplicadora... ela é paciente, ela vivenciou, já tentou fazer três vezes o tratamento, e nunca deu certo. E agora é a quarta, e ela esta conseguindo e servindo como exemplo muito bom (Ent.1).

Este depoimento também reflete a necessidade do coordenador em ampliar a relação com a família e membros da comunidade para exercer uma gerência intermediária com criatividade, desenvolvem um processo de gerência das ações de controle da TB que vão além do sistema de SS. O aprimoramento organizacional depende de uma gerência com pensamento criativo, que se configura em uma

ferramenta estratégica para o alcance de alternativas de solução de problemas (FERREIRA, 2004; RIVERA, 1996)

Diante do exposto, fica evidente que as dificuldades enfrentadas por coordenadores dos PCT deste estudo, exigem deste ator, além de habilidades técnicas e operacionais, outras como a criatividade e pensamento estratégico.

Nesse contexto, destaca-se o papel dos Coordenadores do PCT como principais empreendedores para estabelecimento de parcerias e sensibilização dos membros dos diversos segmentos dos Sistemas de Saúde e da população em geral acerca da problemática da TB, o que implica também, em necessidade de habilidade política que se traduz em um intenso *processo de negociação* e capacidade de convencimento dos gestores do nível macro, acerca da relevância e contribuição dos mesmos para o impacto no controle da TB no âmbito municipal, tornando-a prioridade na agenda municipal de saúde (GUIMARÃES et al, 2004).

É importante lembrar que o processo de negociação dos gestores com o nível macro de saúde se intensifica diante de fatores como a descontinuidade de gestão, a influência política partidária com a assunção de compromisso político do gestor com a comunidade, além de outras prioridades com maior visibilidade política, também relatada por MONROE et al. (2007), como se observa nos depoimentos seguintes

(...) a implementação dessa ação (DOTS) se justifica em função dos indicadores de impacto que essa ação vem promovendo. Mas ela exige que a gente tenha aí, uma constante negociação, com quem entra, e todo novo gestor. O gestor tem que acreditar que a proposta é de fato, importante.

(...) no momento que eu implantei, foi mais fácil do que o que estou vivendo hoje. Nós não mudamos o partido, nós mudamos o conceito de gerenciamento do projeto. O Secretário de Saúde, não é da área de Saúde, está ligado a partido político. O meu chefe imediato, da vigilância, também não é da área da Saúde, é uma pessoa ligada a partido político também. Então assim, nós temos que trabalhar o convencimento dessas pessoas. Hoje eu tenho que me documentar muito, às vezes até criar uma situação, meio de início de briga, meio que discussão, para que eu consiga passar dados técnicos para que eles vejam como técnicos. (Ent.7)

(...) Na implantação nós tivemos um bom compromisso (pelo gestor), depois o nosso secretário não foi muito envolvido no programa de tuberculose, ou era porque estava muito alterada a questão da Dengue, ...(Ent4)

Os depoimentos nos levam a refletir sobre o processo de avaliação como instrumento prioritariamente de negociação no sentido de alcançar recursos financeiros para garantir o manejo da TB, ao invés de subsidiar também a formulação de estratégias para planejar ações e políticas de saúde de forma a alcançar resolutividade e efetividade (COHN e ELIAS, 2003)

Até porque, como já mencionado, a resolutividade e efetividade da estratégia DOTS depende em grande parte, do compromisso político e vontade do gestor, conferindo ao coordenador do PCT, além de recursos, certo grau de autonomia no processo decisório.

Neste sentido, é importante discutir a avaliação como instrumento para o planejamento das ações de controle da TB que subsidiam o processo de convencimento dos gestores em assumir a TB como prioridade, conforme evidencia o depoimento seguinte.

(...) A Tuberculose passou a ser prioridade no município (...), em agosto do ano passado, 2004. Quando nós conseguimos elevar o índice da dengue quase a nível zero. Aí sim, sobrou Tuberculose. E foi assim, muito bom porque, nós tivemos a oportunidade de apresentar para toda a equipe técnica o quadro da Tuberculose, nós também elaboramos um boletim de Tuberculose revendo dados de 10 anos, e isso fez com que eles compreendessem e acreditassem que havia necessidade de realizar alguma coisa. (Ent.3)

(...) estar mostrando os dados e o quanto melhorou. .. talvez facilite bastante... o programa começou realmente a melhorar, começou a sair no jornal, começou a aparecer no jornalzinho da Secretaria da Saúde.. (Ent 6)

(...) Na medida em que eu avalio o programa, eu percebo as áreas que estão precisando de um investimento melhor. O sistema de informação, que hoje em dia é muito bom. Eu direciono, mas não tenho a garantia de que eu venha receber isso. Não vou ficar pedindo para fazer coisas absurdas, mas dentro da minha realidade, eu proponho, faço plano normal, o que eu quero fazer durante todos os meses do ano... esse ano para pressionar, eu mandei uma cópia para o CVE e uma cópia para Brasília. (Ent.6)

A partir dos depoimentos dos coordenadores, fica evidente a luta dos mesmos em se manterem atualizados e utilizarem os indicadores como ferramentas para a negociação.

Em relação ao planejamento das ações de controle da TB, percebe-se pelo terceiro depoimento que, embora o coordenador tenha acesso às informações e estas

subsidiem de alguma forma o planejamento das ações, este parece se dar de uma forma individual e pontual, mostrando a normatividade do processo e do planejamento. Não existe menção, nos depoimentos de um planejamento participativo, envolvendo atores de todos os níveis hierárquicos conforme recomendam Ermel e Fracoli (2003), Ferreira, (2004) e Rivera (1996).

O que se pode inferir é que existe um planejamento das ações, as informações são utilizadas, este planejamento é subsidiado algumas vezes por um pensamento estratégico, porém, não significa que vá ser concretizado, considerando a necessidade de negociação e convencimento dos gestores.

É preciso lembrar que o planejamento é a base do processo decisório e como tal, deve ser pautado não mais na racionalidade e eficiência, mas sim, na perspectiva ampliada do saber técnico, considerando também, as dimensões política e social de gerenciamento (PERES e CIAMPONE, 2006B)

Neste sentido, é necessário um planejamento estratégico que permita a participação de todos os atores envolvidos na busca de resolutividade das ações. (ERMEL e FRACOLLI, 2003).

6. Conclusões

Em relação ao primeiro objetivo específico, conclui-se que os municípios estudados mostraram comportamentos epidemiológicos semelhantes. Todos os municípios apresentaram coeficiente angular positivo para o indicador de cura de casos novos com BK+, porém, apenas dois deles, com porte populacional acima de 500 mil habitantes, apresentaram percentuais compatíveis com o esperado, ou seja, 85%. Sobre o indicador abandono, todos os municípios apresentaram declínio, porém, ainda está aquém do esperado. Embora a cobertura de DOT/TS tenha apresentado coeficiente angular positivo em todos os municípios, apenas um atingiu 95% de cobertura quando se considera ano a ano. Os outros municípios apresentaram percentuais muito aquém do esperado. Este fato, provavelmente influenciou os resultados comprometendo a cura e o abandono. Em relação à detecção de casos, nenhum município atingiu a meta de 70% em nenhum período estudado. O agrupamento dos municípios mostrou que o percentual de cura aumentou a uma velocidade de 1,28 nos municípios com 300 a 500 mil habitantes e de 2,25 nos municípios com mais de 500 mil habitantes, o abandono foi semelhante nos dois grupos; o percentual de óbitos declinou nos municípios com mais de 500 mil habitantes e aumentou nos municípios com 300 a 500 mil habitantes; o coeficiente angular de cobertura de DOT/TS aumentou e a detecção de casos foi semelhante nos dois grupos, declinando a uma velocidade de -3,39 nos maiores e 3,35 nos menores.

Em resposta ao segundo objetivo específico, este estudo teve como temática central a sustentabilidade das ações de controle da TB na visão de Coordenadores de programas, focando dois sub-temas: a organização da estratégia DOTS diante da necessidade de captar/otimizar recursos e definir estratégias e a operacionalização das ações de controle da TB: raciocínio estratégico e negociação como ferramentas gerenciais

Os depoimentos mostraram que a implantação da estratégia DOTS foi realizada a partir de uma necessidade urgente, mediante incentivos para o município, porém sem planejamento adequado que permitisse uma sensibilização e capacitação envolvendo os diversos atores que participavam de alguma forma no manejo da TB, o que comprometeu a sustentabilidade da estratégia DOTS.

Sobre a organização da estratégia DOTS abordou-se os aspectos da gerência das ações de controle da TB relacionados a descentralização das ações para os pontos periféricos de atenção a saúde e da disponibilização de recursos para equipamentos, captação e capacitação de pessoas.

Os coordenadores expressaram dificuldades relacionadas à disponibilização de equipamentos e de RH suficientes e qualificados, principalmente para a prática do DOT/TS e de busca ativa de sintomáticos respiratórios. Além da falta de RH, a rotatividade de pessoal foi um obstáculo apontado como facilitador para a precarização do trabalho e impeditivo da formação de vínculo do profissional com o doente e família.

Os depoimentos expressaram a falta de capacidade dos profissionais e as dificuldades do coordenador em deslocá-los do ambiente de trabalho para serem capacitados, em função de outras prioridades ou de falta de RH.

Em relação à operacionalização das ações de controle da TB, o estudo apontou que a cooperação de pessoas de fora do serviço tem sido uma ferramenta gerencial estratégica, quando estimula a co-responsabilização da família e da comunidade como cuidadores ou multiplicadores.

A avaliação é pautada em indicadores epidemiológicos utilizados prioritariamente como ferramenta de negociação no sentido de alcançar recursos financeiros para garantir o manejo da TB, ao invés de subsidiar também a formulação de estratégias para planejar ações e políticas de saúde.

Em relação ao planejamento das ações de controle da TB, percebeu-se que tem sido feito de uma forma individual e pontual, normativa. Não existe menção, nos depoimentos de um planejamento participativo, envolvendo atores de outros níveis hierárquicos, nem de membros representantes da sociedade civil organizada.

7. Considerações finais

O caminho percorrido evidenciou que os coordenadores dos PCT dos municípios deste estudo têm a importante tarefa de organizar, operacionalizar e supervisionar as ações de controle da TB. Estes atores assumem uma posição intermediária no processo decisório, porém, com graus variados de autonomia para a tomada de decisão frente a implantação da estratégia DOTS. Além disto, nem sempre contam com recursos materiais e humanos em quantidade suficiente e qualidade necessária para desempenhar sua função gerencial.

Os nós críticos apontados foram referentes à (in) disponibilização de recursos para a TB e a baixa autonomia dos coordenadores dos programas na utilização dos mesmos, acarretando dificuldades na organização e operacionalização das ações de controle da doença pelo PCT.

Ficou implícita a dificuldade de articulação, criatividade e visão estratégica do coordenador para otimizar os escassos recursos disponíveis. Além disto é possível que o fato da TB ser uma doença negligenciada, não se configure em prioridade na agenda municipal, interferindo na autonomia no processo decisório do coordenador e efetividade do PCT, haja vista os indicadores epidemiológicos de cobertura de DOT/TS, de detecção de casos, de cura e de abandono não alcançarem as metas preconizadas.

A gerência das ações de controle da TB se caracterizou por apresentar aspectos onde a visão burocrática se sobrepõe à visão participativa, sendo, o planejamento das ações de controle da TB um planejamento normativo que visa atender as metas traçadas em âmbito nacional pelo PNCT. A negociação e a criatividade mostraram ser importantes ferramentas gerenciais, estratégicas para o estabelecimento de parcerias, de sensibilização e convencimento de pessoas.

Os coordenadores mostraram que trabalham em meio a pressões constantes que se intensificam com a descontinuidade de gestão e a influência da política-

partidária que leva o gestor a priorizar outras condições de saúde com maior visibilidade política.

O conhecimento técnico, habilidades políticas e organizacionais, além de raciocínio estratégico para estimular e envolver todos os atores que lidam com a TB, dificilmente são adquiridas durante a formação profissional, mas podem ser incorporadas durante o processo de educação permanente.

Acredita-se que a sustentabilidade da estratégia DOTS deva ser atrelada a um planejamento participativo, com visão estratégica, em que o coordenador do PCT possa se apropriar da realidade local, identificando atores dentro e fora do sistema de saúde que possam atuar como parceiros na co-responsabilização com a terapêutica da TB, E estabelecer um processo de articulação e negociação, a fim de buscar estratégias e parcerias para otimizar os recursos que possui.

8. Referências bibliográficas

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

ARCÊNCIO, R. A et al. City tuberculosis control coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brasil, 2005. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 12, p. 527-531, 2008.

ARCÊNCIO, R. A et al.. Implementation of supervised treatment in São Paulo State (2005). In: RUFFINO NETTO, Antonio; VILLA, Tereza Cristina Scatena. (Org.). **Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features**. Brasília: OPAS, 2007, cap IV, p. 83-93.

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

BARBIERI, A. R. e HORTALE, V. A.. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1349-1356. Oct. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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, fevereiro, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria nacional de assistência à saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília, Ministério da Saúde. 1990.10p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, vol.9, n.16, p.161-168. Sept./Feb. 2005.

COHEN, M. M. MOURA, M. de L. de O. and TOMAZELLI, J. G.. Decentralization of Health Surveillance actions in cities with local health management in the State of Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.**, vol.7, n.3, p. 290-301. 2004.

COHN, A., WESTPHAL, M. F. and ELIAS, P. E.. Informação e decisão política em saúde. **Rev. Saúde Pública**, vol.39, no.1, p.114-121. Jan. 2005.

COTTA, R. M. M. et al. Work Organization and Professional Profile of the Family Health Program: a Challenge in the Health Basic Attention Restructuring. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.15, no.3, p.7-18. Sept. 2006.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações em saúde**, 2009. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acessado em 15 de janeiro de 2009.

DAVEL E; MELO, MCOL. Singularidades e transformações no trabalho dos gerentes.In: DAVEL, E. & MELO, M.C.O.L. **Gerência em Ação: Singularidades e**

Dilemas do Trabalho Gerencial. Rio de Janeiro, FGV editora, 2005. Capítulo 6, p. 29-65.

DYE, C. et al. Targets for global tuberculosis control. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.** V. 10, n.4, p. 460-462.2006.

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

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

FERREIRA, A. S.. Competências gerencias para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004 .

FRIEDEN, T. R. and DRIVER, C.R. Tuberculosis control: past 10 years and future progress. **Tuberculosis,** v 83, n.1, p. 82-85. 2003.

GAZETTA et al. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **J. bras. pneumol.,** v.33, n.2, p.192-198. Mar./Apr. 2007

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública,** v.22, n.6, p.1171-1181. Jun 2006.

GONZALES, R. I. C. et al. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.16, n.1, p.95-100. 2008.

GUIMARÃES, M.do C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública,** v.20, n.6, p. 1642-1650. Nov./Dec. 2004

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

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

KING, A. W. et al. Competências Organizacionais e vantagem competitiva: o desafio da gerência Intermediária. **RAE - Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v. 42, n. 1, p. 36-49. Jan./Mar. 2002.

MACIEL, L. N. M. et al.. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. **Jornal Brasileiro de Epidemiologia.** v. 34, n 7, P. 506 - 513. Julho. 2008.

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

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

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS: Tomo II**. Salvador. Casa da Qualidade, 2001. 176p.

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

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, Feb. 2005 .

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MIRZOEV, T. N. et al. Community-based DOTS and family member DOTS for TB control in Nepal: costs and cost-effectiveness. **Cost Effectiveness and Resource Allocation**, 6:20. p.1-8. 2008. Disponível em: <http://www.resource-allocation.com/content/6/1/20>. Acessado em 15 de fevereiro de 2009.

MOHAN C.I et al.. The cost-effectiveness of DOTS in urban Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**,v.11, n., p. 27-32. 2007.

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

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

MUNIZ, J.N; VILLA, T. C. S. e PERDERSÓLI, C. E.. Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.7, n.1, p.33-42, jan/jun. 1999.

NOGUEIRA, J. de A. et al.. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.09, p.106-118, 2007a.

NOGUEIRA, J. de A. ; VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. . Dots implementation in Ribeirão Preto.. In: RUFFINO NETTO, Antonio; VILLA, Tereza Cristina Scatena. (Org.). **Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features**. Brasília: OPAS, 2007b, V, p. 108-117.

OKANURAK K. et al.: Effectiveness of DOT for tuberculosis treatment outcomes: a prospective cohort study in Bangkok, Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis.* V. 11, n.7, p.762-768. 2007

OLIVEIRA, D. C. de et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais . *Cad. Saúde Pública.* v.24, n.1, p.197-206. Jan. 2008

OLIVEIRA, M. F. de et al. Search for Respiratory symptomatic (RS) in DOTS implementation in São Paulo State (2005). In: RUFFINO NETTO, Antonio; VILLA, Tereza Cristina Scatena (Org.). **Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features.** Brasília: OPAS, 2007, IV, p. 93-102.

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

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

PALHA PF. A sustentabilidade da estratégia do tratamento supervisionado no controle da tuberculose, segundo o contexto geopolítico histórico. 2007. Tese (Livre-Docência) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

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

PERES, AM; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.,** Florianópolis, v. 15, n. 3, Sept. 2006.

PINHO, J. L. e NOGUEIRA, P. A. Tratamento supervisionado em tuberculose no município de Taboão da Serra, São Paulo 1998-1999. **Bol. Pneumol. Sanit.,** v.9, n.1, p.13-18. June 2001.

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

RADILLA-CHÁVEZ P. e LANIADO-LABORÍN R.. Results of directly observed treatment for tuberculosis in Ensenada, Mexico: not all DOTS programs are created equally. *Int J Tuberc Lung Dis.,* v.11, n.3, p.289-92. 2007.

REIS T. C. da S. dos, NUNES J. S. e SILVA C.H.E.D. Relato de caso: cuidar do paciente e do cuidador. **Revista Brasileira de Cancerologia.** V. 50, n.4, p. 328-329. 2004.

RIVERA F. J. U.. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cad.**

Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.357-372, jul-set, 1996.

RIVERA, F. J. U. e ARTMANN, E.. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 4, n. 2, p. 355-365. 1999.

ROULEAU, L. Gerentes e repertórios de identidade em contexto de reestruturação organizacional. In: DAVEL, E. e MELO, M.C.O.L. **Gerência em Ação: Singularidades e Dilemas do Trabalho Gerencial**. Rio de Janeiro, FGV editora, 2005. Capítulo 6, p.157- 191.

RUFFINO NETTO, A. e VILLA, T. C. S. (orgs.). **Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades Regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP, 2006, cap. II, p.29-48.

RUFFINO-NETTO, A. A reforma no setor saúde e controle da Tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.8, n4, p.35-51. Brasília 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 3, p. 129-138. Brasília 2004.

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

SÁ, L. D.de et al.. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto. Enfermagem**, v.16, n. 4, p.712-718, 2007.

SANTOS, M.L.S.G et al. Dots implementation in the city of Rio de Janeiro. In: RUFFINO NETTO, Antonio; VILLA, Tereza Cristina Scatena. (Org.). **Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features**. Brasília: OPAS, 2007a, v., p. 172-183.

SANTOS, M.L.S.G et al. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nov./dez., vol.15, no.spe, p.762-767. 2007b.

SANTOS, M.L.S.G. et al. DOTS: A organização de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. In: Villa T. C. S e Ruffino-Netto, A. **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009, 1, p. 187-194.

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

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose no Estado de São Paulo: indicadores de morbimortalidade e indicadores de desempenho. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v3 sup. 4. 2006.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 4, n. 2, p. 221-242. 1999.

SILVA, A. C. O. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.**. v. 9, n. 2,

p. 402-416. 2007. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>. Acessado em 10 de janeiro de 2009.

SILVA, A. L. B. da et al. Tuberculosis control, advances and difficulties for dots implementation in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul.. In: RUFFINO NETTO, Antonio; VILLA, Tereza Cristina Scatena. (Org.). **Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features**. Brasília: OPAS, 2007, v. p. 186-194

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP- Editora da Universidade de São Paulo. 2001.83p.

TEIXEIRA, CF. FESP/SUS: Glossário de termos do instrumento de avaliação. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **A Gestão da Saúde nos Estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília, 2007. 262p.

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. et al. . Tuberculosis risks and socio-economic level: a case study of a city in the Brazilian south-east, 1998-2004. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 10, p. 1231-1235, 2006.

VENDRAMINI, S. H. F. et al.. Current Epidemiological Aspects of Tuberculosis and the Impact of the DOTS Strategy in Disease Control. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 171-173. 2007.

VIEIRA, A. A. e RIBEIRO, S. A.. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, **J. bras. Pneumol**, v. 34, n. 3, p. 159-166, 2008.

VIEIRA, A. L. S., AMÂNCIO FILHO, A. e OLIVEIRA E. S.. Mercado de trabalho em saúde na região sudeste-brasil: a inserção da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. V.12, n. 1, p.134-8, janeiro-fevereiro2004

VILLA T. C. S e RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009, 1, 230p.

VILLA T. C. S. et. al. (I)Dots implementation experience in São Paulo state (1998 - 2005). (II) Dots implementation experience in some cities of São Paulo State. In: RUFFINO NETTO, Antonio; VILLA, Tereza Cristina Scatena. (Org.). **Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features**. Brasília: OPAS, 2007a, IV, p. 72-132.

VILLA T. C. S. et. al. As políticas de controle de tuberculose no sistema de saúde no Brasil e implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: RUFFINO NETTO, Antonio; Villa, Tereza Cristina Scatena (orgs.). **Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil. Histórico e Peculiaridades Regionais**.

Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP, 2006, cap. II, p.29-48.

VILLA T. C. S. et. al. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) no Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Revista de Escola de Enfermagem da USP**. v.42, n.1, p.98 - 104, 2008.

VILLA, T. C. S. et al.. Tuberculosis control policies in the health system in Brazil and DOTS implementation (1980 - 2005). In: RUFFINO NETTO, Antonio; VILLA, Tereza Cristina Scatena. (Org.). **Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features..** Brasília: OPAS, 2007b, IV, p. 27-45.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.** Geneva:Switzerland: WHO Report, 2006a. 250p

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control epidemiology, strategy, financing.** Geneva:Switzerland: WHO Report, 2009. 303p.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Stop TB Partnership and World Health Organization. **Global Plan to Stop TB 2006-2015.** WHO/HTM/STB/2006.35. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report : primary health care now more than ever.** Geneva:Switzerland: WHO Report, 2008. 119p.

Apêndices

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que você entende por estratégia DOTS?
2. Vocês implantaram a estratégia DOTS?
3. Comente sobre os motivos que levaram à não implantação da estratégia DOTS?
4. Quais as facilidades e dificuldades para a não implantação da estratégia DOTS?
5. Comente a participação do gestor nas ações de controle da TB?
6. Comente sobre o envolvimento dos profissionais de saúde em relação às ações de controle da TB?
7. Comente compromisso político em relação às ações de controle do PCT?
8. Quais são as facilidades e dificuldades para a operacionalização da busca ativa de sintomáticos respiratórios no município?
9. Quais são as facilidades e dificuldades em relação à retaguarda laboratorial no município?
10. Comente sobre as formas de acompanhamento do tratamento de TB?
11. Como é feita a distribuição dos medicamentos?
12. Quais são as facilidades e dificuldades em relação aos medicamentos?
13. Quais são as dificuldades em relação ao sistema de informação?
14. Como você avalia a qualidade de preenchimento das informações?
15. Qual é a utilidade do sistema de informação pelo município?
16. 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, conto 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) 602-3407 e FAX (0xx-16) 633-3271.

Nome do entrevistado: _____.

Assinatura do responsável: _____.

Anexo

ANEXO A



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.

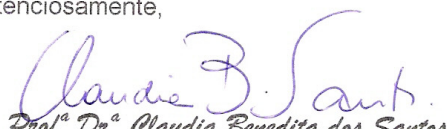
Protocolo: n° 0584/2005

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