

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

**O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da
estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose
na Paraíba**

Marclineide Nóbrega de Andrade

JOÃO PESSOA – Pb

2006

O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração em Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Políticas Públicas e de Saúde e a prática de Enfermagem para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lenilde Duarte de Sá

**JOÃO PESSOA – Pb
2006**

A553e Andrade, Marclineide Nóbrega de.

O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba/ Marclineide Nóbrega de Andrade. – João Pessoa, 2006.

103p.

Orientadora: Lenilde Duarte de Sá.

Dissertação (mestrado) – CCS/UFPB.

1. Tuberculose - Controle 2. DOTS.tratamento diretamente observado de curta duração 3. Saúde – gestores.

UFPB/ BC

CDU: 616.002.5 (043)

Marclineide Nóbrega de Andrade

O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba

APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a. Lenilde Duarte de Sá

Orientador (a)

Dr. Pedro Fredemir Palha

Membro

Dr.^a. Jordana Nogueira de Almeida

Membro

Dr.^a. Maria Clemilde Mouta Souza

Membro

Vale a pena

Vale a pena acordar todas as manhãs e acreditar que se pode recomeçar.

Vale a pena crer que desistir não é a solução.

Vale a pena ter um sorriso mesmo diante das dificuldades.

Vale a pena investir num sonho.

Vale a pena semear a solidariedade.

Vale a pena ter esperança no coração.

Vale a pena ter a certeza de que a escuridão passará.

Vale a pena manter a chama da fé acesa.

Vale a pena tentar enxugar uma lágrima alheia.

Vale a pena parar um instante e ouvir o que o outro tem a dizer.

Vale a pena perceber que ainda há muito a ser feito.

Vale a pena descobrir que é possível levantar-se após a queda.

Vale a pena entender que, mesmo diante das diferenças, somos todos irmãos.

Vale a pena amar.

Vale a pena combater o egoísmo.

Vale a pena procurar sempre evoluir.

Vale a pena reconhecer os erros.

Vale a pena conceder o perdão.

Vale a pena ousar um novo horizonte.

Vale a pena acreditar que se tem asas.

Vale a pena usar a bondade.

Vale a pena esquecer as diferenças e lutar pela igualdade.

Vale a pena praticar o respeito

Vale a pena crer que podemos mudar uma situação.

Vale a pena gritar diante da crueldade.

Vale a pena ouvir o coração.

Vale a pena procurar Deus dentro de si.

Vale a pena compreender que o caminho deve ser alterado.

Vale a pena procurar educar o espírito.

Vale a pena diminuir a marcha para que outros possam acompanhá-lo.

Vale a pena ver a chuva cair e sentir como se ela lavasse a alma.

Vale a pena não querer sempre ter razão.

Vale a pena não se acostumar à sensação de ver o mundo do topo.

Vale a pena recusar quando algo fere os seus princípios.

Vale a pena ir adiante, mesmo quando o percurso é cheio de espinhos.

*Vale a pena acreditar que o amor é possível, mesmo que, nesse instante,
só a solidão esteja ao nosso lado.*

Vale a pena adotar um bom sentimento.

*Vale a pena confiar na evolução do ser, mesmo quando nossos olhos só
 enxergam violência e injustiça.*

Vale a pena se preocupar com quem está ao lado.

Vale a pena deixar de se lamentar e descruzar os braços.

Vale a pena viver...

Vale a pena morrer...

E ter a confiança que a morte não é o fim!

É apenas um novo recomeço.

Vale a pena voltar a viver...

E como vale....

Sônia Carvalho

DEDICATÓRIA

Ao meu amado Deus, por tudo o que me deu e me dá, e, à minha querida família, causa da minha dedicação na realização deste trabalho e por ter-me estimulado para buscar respostas para meus questionamentos, além da força e coragem com que enfrentam os desafios dia após dia.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me dado a vida, por toda a força, coragem e determinação, não me deixando desanimar diante das dificuldades.

Aos meus pais, João e Francisca, pelo amor incondicional, pelo esforço para me ajudar a alcançar meus ideais e por me guiarem pelo caminho do amor e da verdade.

Às minhas queridas tias, Teodora e Cláudia, pela presença constante, pela paciência diante dos meus erros e por me ensinarem que cada erro é uma experiência e que família é a base de tudo.

Ao meu querido tio José Alves, que sempre se fez presente em minha vida, ensinando-me a buscar a verdade nas palavras de Deus.

À minha querida prima Maria do Socorro, que, mesmo distante, sempre esteve presente em minhas decisões, e pelo exemplo de força e coragem.

À minha amada vó Maria Luiza, por ter-me acolhido em sua casa, nos momentos de angústia, e por me ensinar a ser mais paciente.

Aos meus amados irmãos, Marcelo, Marcus Swell e Mário, pelo amor, pela amizade, pelo cotidiano compartilhado e por compreenderem este momento significativo em minha vida.

Ao meu sobrinho Marcelo Filho, por sua inocência de criança e pelo carinho que me dedica.

Ao meu namorado Gilvan Júnior pelos momentos de felicidade.

Às minhas grandes amigas e companheiras do Mestrado Suzana, Daisy, que sempre estiveram presentes no decorrer do Curso, compartilhando as dúvidas e o aprendizado, e por me fazerem entender que devemos correr atrás dos nossos objetivos.

À toda turma do Mestrado 2005.1, pelos momentos compartilhados e pela troca de experiências.

Às minhas amigas indispensáveis e inesquecíveis: Giovanna, Fabiana, Klênia, Sâmmya,... pelo carinho, pela fidelidade, amizade firmada e ajuda desprendida durante esta jornada, das quais guardarei para sempre e com carinho as lembranças de todos os momentos.

A todos os professores do Mestrado de Enfermagem, pelo conhecimento prático e teórico que me passaram e porque souberam ser amigos, compreendendo nossas dificuldades enquanto Mestrandos.

À Coordenação do Mestrado pela acessibilidade, pela ajuda e pelo estímulo à docência e a produção científica.

À todos os funcionários do Mestrado pela contribuição e carinho durante o curso.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Lenilde Duarte de Sá, pela disponibilidade, pelos esclarecimentos, pelo incentivo, pela paciência, ética profissional e pelo exemplo de dedicação e amor à sua profissão.

Aos professores Pedro Fredemir Palha, Jordana Nogueira de Almeida e Maria Clemilde Mouta Souza, por participarem da banca examinadora.

Aos participantes do grupo de estudos em tuberculose da Paraíba, pela força, pelo incentivo e pela ajuda no desenvolvimento de mais esse trabalho.

Aos sujeitos da investigação, pela disponibilidade, boa vontade, coragem e pela grande experiência na luta contra a tuberculose.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Participação do gestor na implantação e sustentabilidade da Estratégia DOTS no Estado da Paraíba na ótica dos coordenadores do PCT e membros da equipe de saúde da família que realizam o TS.	91
Quadro 2	Descentralização das atividades técnicas e gerenciais da Estratégia DOTS no Estado da Paraíba na ótica dos coordenadores do PCT e membros da equipe de saúde da família que realizam o TS.	94
Quadro 3	Potencialidades e debilidades relacionadas ao compromisso político na implantação e sustentabilidade da Estratégia DOTS no Estado da Paraíba na ótica dos coordenadores do PCT e membros da equipe de saúde da família que realizam o TS.	99

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNCT - Campanha Nacional de Controle da Tuberculose
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DOTS - Tratamento Diretamente Observável de Curta duração
ESF – Estratégia Saúde da Família
HIV – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MDR - Multidrogaresistência
MS – Ministério de Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NRS – Núcleo Regional de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
SR – Sintomático Respiratório
TB - Tuberculose
TS - Tratamento Supervisionado
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSF – Programa de Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
USF – Unidade de Saúde da Família
UBS – Unidade Básica de Saúde
UR – Unidade de Referência

RESUMO

ANDRADE, M. N. de. **O envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba** (2006) 103f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

O objetivo dessa investigação foi analisar o envolvimento dos gestores de saúde e a transferência de responsabilidades na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, nos seis municípios prioritários para o controle da tuberculose (TB) no Estado da Paraíba. Optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa. A população do estudo constituiu-se de 8 coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e 4 membros de Equipes de Saúde da Família (ESF) que realizam o Tratamento Supervisionado (TS). Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada com questões relativas ao compromisso político na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS em cada município. Para a análise dos dados optou-se pela técnica de análise do conteúdo, modalidade temática. A unidade temática central foi o envolvimento dos gestores na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS que configurou-se em 2 núcleos de sentido ou subtemas: participação dos gestores na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS - fortalezas e debilidades; descentralização das atividades técnicas e gerenciais do PCT – fortalezas e debilidades. As fortalezas percebidas no processo de implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS foram: o apoio do gestor em oferecer suporte de benefícios e incentivos como a viabilização do deslocamento dos doentes e da alimentação; compromisso de algumas equipes em assegurar a viabilidade da estratégia, principalmente no que diz respeito à disposição para participar de capacitações e desenvolver estratégias para a realização de diagnóstico, tratamento da TB e, principalmente, sensibilização do usuário do DOTS; e a descentralização das ações do DOTS para as ESF. As debilidades percebidas foram: a falta de qualificação profissional para se atuar no cuidado ao doente de TB; a descontinuidade política e de pessoal técnico; a não descentralização da retaguarda laboratorial; a não disponibilização de recursos para a realização de supervisão das atividades que envolvem o controle da TB; a grande rotatividade dos profissionais do PSF; e a falta de preparação dos funcionários do serviço de informação que chegam a digitar dados errados ou incompletos. Mesmo com suas fragilidades, observa-se que o DOTS, associado a reorganização dos serviços de atenção básica sobretudo com a expansão das ESF, contribuiu para as alterações dos indicadores da TB na Paraíba.

Palavras-chave: Tuberculose, DOTS, compromisso político.

ABSTRACT

ANDRADE, M. N. de. **The involvement of the managers of health in the implantation and sustentabilidade of strategy DOTS in the with priority cities for the control of the tuberculosis in the Paraíba** (2006) 103p. Dissertation (master) – Federal university of the Paraíba, João Pessoa, 2006.

The objective of that investigation was to analyze the managers' of health involvement and the transfer of responsibilities in the implantation and sustentabilidade of the strategy DOTS, in the six priority municipal districts for the control of the tuberculosis (TB) in the State of Paraíba. She opted for the research of qualitative nature. The population of the study was constituted of 8 coordinators of the Program of Control of the Tuberculosis (PCT) and 4 members of Teams of Health of the Family (ESF) that accomplish the Supervised Treatment (TS). As instrument of collection of data was used the interview technique semi-structured with relative subjects to the political commitment in the implantation and sustentabilidade of the strategy DOTS in each municipal district. For the analysis of the data she opted for the technique of analysis of the content, thematic modality. The central thematic unit was the managers' involvement in the implantation and sustentabilidade of the strategy DOTS that was configured in 2 sense nuclei or subtends: the managers' participation in the implantation and sustentabilidade of the strategy DOTS - fortresses and weaknesses; decentralization of the technical and managerial activities of PCT - fortresses and weaknesses. The fortresses noticed in the implantation process and sustentabilidade of the strategy DOTS they were: the manager's support in offering support of benefits and incentives as the viabilização of the displacement of the patients and of the feeding; commitment of some teams in assuring the viability of the strategy, mainly in what they concerns the disposition to participate in trainings and to develop strategies for the diagnosis accomplishment, treatment of TB and, mainly, the user's of DOTS sensibilização; and the decentralization of the actions of DOTS for ESF. The noticed weaknesses were: the lack of professional qualification to act in the care to the patient of TB; the political descontinuidade and of technical personnel; the non decentralization of the rearguard laboratorial; the not disponibilização of resources for the accomplishment of supervision of the activities that you involve the control of TB; the professionals' of PSF great rotatividade; and the lack of the employees' of the service of information preparation that you get to type data wrong or incomplete. Even with your fragilities, it is observed that DOTS, associated the reorganization of the services of basic attention above all with the expansion of ESF, it contributed to the alterations of the indicators of TB in Paraíba.

Words-key: Tuberculosis, DOTS, political commitment.

RESUMEN

ANDRADE, M. N. de. **El involucramiento de los encargados de la salud en la implantación y del sustentabilidade de la estrategia DOTS en con las ciudades de la prioridad para el control de la tuberculosis en el Paraíba** (2006) 103p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

El objetivo de esa investigación era analizar los gerentes de involucramiento de salud y el traslado de responsabilidades en la implantación y sustentabilidad de la estrategia DOTS, en la seis prioridad los distritos municipales para el mando de la tuberculosis (TB) en el Estado de Paraíba. Ella optó para la investigación de naturaleza cualitativa. La población del estudio se constituyó de 8 coordinadores del Programa de Mando de la Tuberculosis y 4 miembros de Equipos de Salud de la Familia (ESF) eso logra el Tratamiento Dirigido (TS). Como el instrumento de colección de datos se usó la técnica de la entrevista semi-estructurada con los asuntos del pariente al compromiso político en la implantación y sustentabilidad de la estrategia DOTS en cada distrito municipal. Para el análisis de los datos ella optó para la técnica de análisis del volumen, la modalidad temática. La unidad temática central era el involucramiento de los gerentes en la implantación y sustentabilidad de los DOTS de la estrategia que se configuraron en 2 núcleos del sentido o subtienden: la participación de los gerentes en la implantación y sustentabilidad de la estrategia DOTS - las fortalezas y debilidades; la descentralización de las actividades técnicas y directivas de PCT - las fortalezas y debilidades. Las fortalezas notadas en el proceso de implantación y sustentabilidad de la estrategia DOTS que ellos eran: el apoyo del gerente ofreciendo apoyo de beneficios e incentivos como el viabilizaçãõ del desplazamiento de los pacientes y del alimento; el compromiso de algunos equipos asegurando la viabilidad de la estrategia, principalmente en lo que ellos involucran la disposición para participar en los entrenamientos y desarrollar las estrategias para el logro del diagnóstico, tratamiento de TB y, principalmente, el usuario de sensibilizaçãõ de los DOTS; y la descentralización de las acciones de PUNTOS para ESF. Las debilidades notadas eran: la falta de calificación profesional para actuar en el cuidado al paciente de TB; el descontinuidade político y de personal técnico; la descentralización del non del laboratorial de la retaguardia; el no el disponibilizaçãõ de recursos para el logro de vigilancia de las actividades que usted involucra el mando de TB; los profesionales de PSF el gran rotatividade; y la falta de los empleados del servicio de preparación de información que usted consigue teclear los datos haga mal o incompleto. Incluso con sus fragilidades, se observa que los DOTS, asociado la reorganización de los servicios de atención básica sobre todos con la expansión de ESF, contribuyó a las alteraciones de los indicadores de TB en Paraíba.

Palabra-importante: La tuberculosis, los DOTS, el compromiso político.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

APRESENTAÇÃO

1 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO	20
1.1 Aspectos epidemiológicos da Tuberculose na atualidade	21
1.2 Políticas de controle da Tuberculose	23
1.3 A estratégia DOTS	25
2 DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO	28
2.1 Gestão da saúde no SUS	29
2.2 Descentralização da saúde e a expansão do Programa de Saúde da Família	32
2.3 DOTS na Paraíba	37
2.4 Objetivos da pesquisa	40
3 PERCURSO METODOLÓGICO	41
3.1 Informações gerais sobre o estado da Paraíba	43
3.2 Os seis municípios prioritários e estratégia DOTS	44
3.3 Instrumento de pesquisa e coleta de dados	45
3.4 Seleção e caracterização dos entrevistados	46
3.5 Análise dos dados	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 Unidade temática central: envolvimento dos gestores na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS	50
4.1.1 Subtema 1. Participação dos gestores na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS: fortalezas e debilidades.	50
4.1.2 Subtema 2. Descentralização das atividades técnicas e gerenciais do PCT: Fortalezas e debilidades.	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
Referências	76
Anexo A (Instrumento de coleta de dados)	87
Anexo B (Instrumento de coleta de dados)	88
Anexo C (Termo de consentimento livre e esclarecido)	89
Anexo D (Quadros de análise)	91

APRESENTAÇÃO

Durante a Graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de desenvolver estágios em diversos setores da saúde, despertando em mim o interesse pela saúde pública. Logo após a conclusão do curso ingressei no Programa de Saúde da Família (PSF), em uma cidade do interior da Paraíba. Com essa experiência, pude desenvolver as práticas e ações preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde, na área da saúde da criança, da mulher, e no controle da hipertensão, do diabetes, da tuberculose e hanseníase.

O vínculo estabelecido com as famílias, no dia-a-dia, fazia-me sentir privilegiada e favorecia o desenvolvimento de algumas ações. No entanto, meu trabalho não dependia apenas disso, mas, também, de espaço físico, de materiais, de vontade política em disponibilizar os recursos necessários e do envolvimento da equipe. Por muitas vezes, sentia limitações, pois faltavam medicamentos, luvas, atendimento médico, exames que teriam que ser feitos em outra cidade. Enfim, fatores que retardavam ou dificultavam o desempenho da equipe e a vontade de alcançar resultados positivos.

O modelo de atenção proposto pelo Programa de Saúde da Família exige a participação de todos os atores envolvidos com o sistema de saúde, não é um trabalho que se faz sozinho. Não basta o prefeito ou o secretário municipal de saúde implantarem ações e propostas, mas, também, garantirem recursos que possam dar sustentabilidade à estratégia e aos programas.

Durante o período em que cursei as disciplinas do Mestrado, fui lendo e refletindo mais profundamente sobre o desenvolvimento das políticas públicas, seus entraves e benefícios, já que o controle de várias doenças, assim como o bem-estar da população, dependem da construção e operacionalização de estratégias e políticas eficazes. Além disso, muitas outras barreiras precisam ser vencidas como a fome, a miséria, a falta de informação,

que colocam as populações dos países em desenvolvimento, como o Brasil, em desvantagem quando comparados aos países desenvolvidos, agravando a situação epidemiológica de muitas doenças, como é o caso da tuberculose (TB).

Ainda, durante o Mestrado pude, integrar o grupo de Estudos e Pesquisa em Tuberculose na Paraíba vinculado à Rede de Brasileira de Pesquisas em Tuberculose, a REDE-TB, participando da pesquisa “Situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”.

No referido projeto, teve-se como objetivo central estudar o histórico da implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose na macroregião Centro Oeste, nos Estados de São Paulo e Paraíba; nas cidades de Recife, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Porto Alegre.

No âmbito da Paraíba, o grupo de Estudos e Pesquisa em Tuberculose é constituído por professores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), estudantes da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, além de profissionais e coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), no âmbito estadual e municipal. Com o objetivo de aumentar a difusão do conhecimento e a produção científica sobre a tuberculose e o seus meios de controle, vários estudos estão sendo derivados dessa pesquisa, assim como outros projetos que já vêm sendo elaborados, todos fortalecendo o ideal de luta em prol do controle e combate da doença.

Entre os aspectos envolvidos na implementação do DOTS, o pilar compromisso político, principalmente o dos gestores municipais de saúde, é o maior facilitador para que a estratégia seja eficaz. Esse pilar diz respeito à ação dos gestores em garantir os recursos necessários para o controle da tuberculose, entre os quais estariam, a administração regular de medicamentos e insumos de laboratórios, em todos os serviços.

Segundo Franco e Magalhães Júnior (2003), a responsabilidade dos prefeitos e secretários de saúde pela efetividade das políticas de saúde deve possibilitar que a descentralização das ações e serviços para a rede de atenção básica possa garantir uma assistência integral à população. No caso particular da Tuberculose, isso implicaria no apoio político e material necessários para a organização de serviços, segundo as necessidades dos doentes de TB.

Considerando ser a TB um problema mundial de saúde pública, estando o Brasil em 11º lugar entre os maiores índices da doença, a criação de estratégias e o apoio a sua

execução, principalmente no âmbito da Atenção Primária, deve ser prioridade dos gestores que atuam no Sistema Único de Saúde.

Na Paraíba, desde o fim da década de 1990, vem se intensificando a política de descentralização que, no contexto plural da municipalização da saúde, as ações vêm sendo transferidas para a periferia do sistema. Esse movimento expressa esforços no sentido de consolidar um novo modelo de atenção em saúde.

Dentre as estratégias de organização dos serviços no âmbito da Atenção Primária em Saúde, no contexto da descentralização, o Programa de Saúde da Família vem provocando alterações nos indicadores de saúde. Com relação ao controle da TB, desde o final de 1990, vem se verificando um esforço no sentido de transferir as ações para a responsabilidade das equipes que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF), principalmente no que diz respeito a realização da busca ativa de casos e da execução do Tratamento Supervisionado (TS).

Como integrante da pesquisa **“Situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”** realizada pela REDE-TB, percebendo a importância do envolvimento dos gestores no apoio ao controle da TB desenvolvi esse estudo com o objetivo de investigar o envolvimento dos Gestores de Saúde nos Municípios prioritários da Paraíba, na ótica dos coordenadores do PCT e dos membros de equipes do Programa Saúde da Família que realizam o Tratamento Supervisionado (TS), de forma a mostrar as debilidades e potencialidades do compromisso político na implantação e na sustentabilidade da estratégia DOTS.

1 Construindo o objeto de estudo

O objeto desse estudo é o envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS e a transferência das atividades técnicas e gerenciais do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para as USF. Para a sua construção se fez necessário uma compreensão teórica que considerasse em termos de maior amplitude: os aspectos epidemiológicos da Tuberculose na atualidade; as políticas de controle da Tuberculose e algumas considerações sobre a estratégia DOTS.

1.1 Aspectos epidemiológicos da Tuberculose na atualidade

A Tuberculose (TB) é uma doença transmissível e tem apresentado, atualmente, um quadro de persistência, em todo mundo, destacando-se das demais doenças infecciosas pelas altas taxas da prevalência, além da ampla distribuição geográfica e do potencial evolutivo para formas graves que podem levar o seu portador à morte (RISI-JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

É uma doença milenar, e apesar dos esforços empreendidos em todo o mundo, constitui um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Melo; Soares e Andrade (1999), afirmam que isso se deve ao fato de esses países apresentarem condições favoráveis a sua transmissão como, precárias condições de vida, associadas a programas de controle pouco eficientes. Ruffino-Netto e Souza (1999) acrescentam que a desigualdade social, em particular no Brasil, torna boa parte da população vulnerável a essa enfermidade e que sua ocorrência retrata a qualidade de vida da população. Além disso, a epidemia da AIDS e o aparecimento de tuberculose multiresistente têm sido grandes desafios a serem vencidos para o controle da tuberculose no Brasil e no mundo.

Segundo Melo *et al* (1999), o impacto da epidemia da infecção pelo HIV vem contribuindo para o aumento da incidência da TB tanto nos países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos. Isso se deve ao baixo desempenho imunológico entre os indivíduos portadores de HIV, elevando seu o risco de adoecimento por Tuberculose. As taxas de abandono e de tratamento irregular tendem a aumentar no grupo de indivíduos infectados pelo HIV, devido ao uso freqüente de drogas injetáveis, aumentando a ocorrência de resistência micobacteriana.

De acordo com Vendramini (2001), a tuberculose apresenta grandes diferenças em sua morbi-mortalidade, entre regiões, ou entre áreas de uma mesma cidade, dependendo de desigualdades sócio-econômicas de grupos populacionais, e, assim, é reconhecida como uma doença susceptível às variações das condições de vida das populações.

Estima-se que cerca de 1,7 bilhões de indivíduos, em todo mundo, estejam infectados pelo “*Mycobacterium tuberculosis*”, agente biológico responsável por cerca de 40.000 mortes nos países desenvolvidos e 2,8 milhões nos países em desenvolvimento. No cenário brasileiro, a expressão epidemiológica da TB configura uma situação mais grave do que a apresentada por outros países latino-americanos como Argentina, Chile, Colômbia, Venezuela, Cuba e México, com estimativas de prevalência de 50 milhões de infectados, surgindo aqui no Brasil 130.000 casos novos por ano e com 6.000 óbitos (BRASIL, 2002).

De acordo com a Organización Panamericana de la Salud – OPAS (1990), o processo de redução da tuberculose na América Latina tem sido lento e não satisfatório e os índices de morbidade não apresentam diminuição como ocorreu nos países desenvolvidos, há 40 anos atrás.

O Brasil ocupa o 10º lugar em número de casos novos no mundo, com cerca de 90.000 doentes notificados. A incidência da doença, no país, em 1999, foi de 48,0/100.000 habitantes, e de 5.879 óbitos em 1998, com um coeficiente de mortalidade de 3,5/100.000 habitantes. Em 1999, foram notificados 78.628 casos (de um total estimado de 124.000). Atualmente, o percentual de cura é de 72% e em média, 12% abandonam o tratamento, chegando essa taxa a 30% em alguns Estados (BRASIL, 2000b).

O problema da tuberculose no Brasil é consequência do seu estágio de desenvolvimento econômico, onde um conjunto de determinantes como condições de vida e de saúde, organização do sistema de saúde e do processo de gestão da atenção ao doente tem favorecido a expansão da TB e, conseqüentemente, tem dificultado o seu controle. Além da efetiva execução da estratégia DOTS e da melhoria da qualidade de vida da população, o gestores devem apoiar a criação e implementação de políticas específicas e não apenas o fornecimento de medicamentos e/ou materiais.

Os ajustes nas deficiências da rede de saúde pública, a ênfase nas ações de promoção e prevenção da saúde, o incremento da capacidade instalada dos serviços de saúde e educação permanente, dos recursos humanos para o diagnóstico, da cura e busca de sintomáticos respiratórios (SR), bem como dos contatos dos pacientes (OLIVEIRA, 2006), podem ser o caminho para uma maior eficiência na atenção à Tuberculose, no Brasil.

1.2 Políticas de controle da Tuberculose

A institucionalização da assistência à tuberculose começou no fim do século XIX, com a implantação de uma rede de sanatórios, em grande parte do mundo, que visava, essencialmente, ao tratamento do paciente infectado.

No Brasil, em torno de 1895, foi criada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, que tinha como propósito implantar, no país, os meios de cura e profilaxia da Tuberculose, pautados na emergente ciência moderna. A Liga buscou assegurar o apoio dos poderes públicos para a sua ação, de forma a tentar fazer o governo perceber a sua responsabilidade

sobre a magnitude do problema, e tomar medidas de ações concretas, a fim de evitar que a doença permanecesse com índices de mortalidade tão alarmantes (NUNES, 2005).

Segundo Nascimento (1991), as fontes de recursos da Liga Brasileira eram obtidas por subvenções públicas, razão pela qual seu trabalho não foi tão eficaz para produzir efeito nos índices de mortalidade da tuberculose, mas seu desempenho foi fundamental para tornar a doença uma questão pública, bem como objeto de interesse crescente das elites sociais e políticas do país.

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose, que tinha como propósito estudar os problemas relacionados com a TB e com o desenvolvimento dos meios de ação profilática e assistencial. Somente em 1945, com a instalação do governo Dutra, durante a fase de elaboração da nova Constituição, foi sancionado o decreto-lei nº 9387/46, que instituiu a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), que objetivava coordenar as atividades de controle da TB, descentralizar os serviços de controle e efetuar a abreugrafia em populações selecionadas (Sá *et al*, 2005).

No âmbito da Paraíba, a institucionalização da assistência à tuberculose se deu no ano de 1950. Segundo os preceitos da CNCT foram implantadas unidades de saúde chamados *dispensários*, que eram em número de cinco, localizados nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos, Catolé do Rocha e Cajazeiras. Os profissionais que atendiam nessas unidades eram especialistas na área de Tisio-pneumologia, funcionalmente, ligados ao Governo Federal (Sá *et al*, 2005).

Nessa época, a CNCT desenvolveu trabalhos visando à ampliação de uma rede ambulatorial filiada ao Estado, com o objetivo de lançar um serviço de caráter móvel, que visava tratar portadores de lesões discretas, reservando-se o internamento para os casos mais avançados, que requeressem cuidados médicos mais especializados. Tais ambulatórios deveriam funcionar nas cidades de João Pessoa e Campina Grande (HOSPITAL... 1959).

Na década de 1970, foi definida uma política de saúde baseada na descentralização das ações das Unidades Federadas pelo Ministro da Saúde Dr. Paulo Almeida Machado para as secretarias estaduais de saúde, que atuariam no comando das ações preventivas, diagnósticas e curativas (Sá *et al*, 2005). Nessa década, foi implantada a coordenação estadual do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), com a colaboração do Governo Federal, com recursos humanos e financeiros. O PCT, no âmbito nacional, assessorava o planejamento e a capacitação de recursos humanos através dos treinamentos em todos os níveis, implantando,

supervisionando e avaliando o desempenho das ações desenvolvidas nos Estados (LIMA, 2005).

Em 1993, a OMS declarou o estado de *urgência da tuberculose*, e, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Plano Emergencial para o controle da enfermidade, tendo sido implantado apenas em 1996. O objetivo do plano era aumentar a efetividade das ações de controle, através da implementação de atividades específicas, em 230 municípios prioritários onde se concentravam 75% dos casos estimados para o país, visando diminuir a transmissão do bacilo na população, até o ano 1998. A escolha desses municípios prioritários baseou-se em critérios de magnitude epidemiológica da TB e da AIDS, tamanho da população, bem como informações operacionais (JONES; THOMPSON, 2000).

Na década de 1990, em razão da calamitosa situação epidemiológica da TB, foi criado em 1998 o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com as seguintes diretrizes gerais: 1) O Ministério da Saúde (MS) é responsável pelo estabelecimento das normas; 2) pela aquisição e abastecimento de medicamentos; 3) referência laboratorial e de tratamento; 4) coordenação do sistema de informações; 5) pelo apoio aos Estados e Municípios; 6) pela articulação intersetorial visando a maximizar os resultados de políticas públicas (BRASIL, 1996b).

A partir da institucionalização do PCT na Paraíba, vem-se trabalhando operacionalmente com objetivo de descentralizar, para um maior número de municípios, as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Atualmente o PCT conta com a estratégia Saúde da Família (ESF) no desenvolvimento de tais ações.

No Estado da Paraíba, ao longo desses anos, não se observaram dados epidemiológicos que indicassem uma situação de controle da tuberculose, e, sim, uma constante de indicadores estatísticos, tendo como base o período de 1990 a 1998, que apresentam uma média histórica de 1.300 casos novos-ano, um abandono de tratamento de aproximadamente 14%, e uma cura nunca superior a 60% (SÁ *et al*, 2006). Os índices apontaram para que medidas eficazes que contemplassem a política de municipalização da saúde de empenho nacional fossem pensadas, planejadas, implantadas e implementadas.

1.3 A estratégia DOTS

Em 1993, a organização Mundial de saúde (OMS) declarou a tuberculose como estado de urgência em todo o mundo e recomendou a estratégia *DOTS* (*Directly Observed Treatment Short-course*), no Brasil, reconhecida como Tratamento Diretamente Observável de Curta duração, como uma medida importante para o controle da TB.

Atualmente, 80% dos casos de TB, em todo o mundo estão concentrados em 22 países, que são prioritários para a intensificação dos esforços para a expansão da estratégia DOTS (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2005).

Existem no mundo várias experiências positivas do TS que serviram de sustentação para a proposta do DOTS, como a da Tanzânia, onde o percentual de cura elevou-se de 43% para 80%; da China, que passou de 30% para 91% e do Peru, de 59% para 91% (SÃO PAULO, 1997).

A estratégia DOTS vem mostrando que é uma das maneiras mais importantes de controlar e prevenir novos casos de tuberculose. No cenário brasileiro, entre os componentes da estratégia, a supervisão direta da ingestão de medicamentos vem sendo incorporada pelos serviços de saúde, principalmente pelas Equipes de Saúde da Família (ESF).

A partir de 1997, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária recomendou aos municípios que iniciassem seus projetos-piloto de aplicação do TS da tuberculose, considerando a diversidade, as características locais e a factibilidade operacional, já esse procedimento se caracteriza por ser bastante flexível, permitindo a ampliação de perspectivas do aspecto normativo, devendo adequar-se à realidade dos serviços, do usuário, da situação, abrindo portas para as intervenções de promoção à saúde (VENDRAMINI, 2001).

De acordo com Teixeira (1998), parte da estratégia DOTS caracteriza-se pela observação e monitoramento da administração de medicamentos, mas não deve ser entendida apenas como tal. Na verdade, ela compreende uma junção de medidas que se completam, definidas pela OMS como os cinco pilares da estratégia DOTS (WHO, 1999).

Segundo a WHO (2005) para a efetiva implementação do DOTS, esses cinco pilares ou elementos essenciais devem ser obedecidos:

- 1- Comprometimento dos governos no suporte financeiro das atividades de controle;
- 2- Detecção de casos pela microscopia de secreção entre pacientes sintomáticos que se apresentam aos serviços de saúde;
- 3- Regime de tratamento padronizado de seis a oito meses para no mínimo todos os casos confirmados a partir dos testes positivos de secreção, com tratamento direto observado (“DOT”) pelo menos nos dois meses iniciais;
- 4- Suprimento regular de todos os medicamentos essenciais antituberculose;
- 5- Sistema padronizado de registro e notificação que permita conclusões seguras sobre o resultado do tratamento para cada paciente e do programa de controle, de forma geral.

O emprego da estratégia DOTS, além de modificar o quadro epidemiológico da TB, é notadamente eficiente, pois possibilita a reorganização dos serviços de saúde, evitando a hospitalização, tornando o tratamento disponível e de baixo custo. Além disso, o risco de abandono e a multiresistência bacteriana diminuem, possibilitando que a doença seja facilmente tratada e diminuindo os gastos com outras drogas.

Dentre os vários aspectos relacionados com o TS, a harmonia entre as pessoas envolvidas, paciente e profissionais de saúde, é fator importante para que haja sucesso no tratamento. Entende-se por TS a administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose da medicação. Esse profissional tem a responsabilidade de avisar e convencer o paciente a fazer acompanhamento médico e medicamentoso, orientando-o sobre sua importância (MUNIZ, 1999).

Em vista das várias dificuldades para o controle da tuberculose, como a marginalização e a pobreza, principalmente nos países com baixos recursos, é preciso à participação a intersetorial e a implementação da estratégia DOTS, para o alcance de resultados favoráveis.

2 Delimitando o objeto de estudo

Do ponto de vista mais estrutural, para a melhor compreensão do objeto, abordou-se: os aspectos epidemiológicos da Tuberculose na atualidade; as políticas de controle da Tuberculose e algumas considerações sobre a estratégia DOTS. Considerando sua singularidade, também se fez necessário, para melhor delimitação do mesmo, evocar os seguintes temas: Gestão pública da Saúde no SUS; Descentralização da Saúde e a expansão do Programa de Saúde da Família e DOTS na Paraíba.

2.1 Gestão pública da Saúde no SUS

A definição de administração pública é bastante complexa e varia segundo autores, épocas, países e, principalmente, quanto ao Estado e ao modelo de governo. Segundo Di Pietro (1996) a administração pública possui dois sentidos: um subjetivo, formal ou orgânico que designa os entes que exercem a atividade administrativa e outro objetivo, material ou funcional, que designa a natureza da atividade exercida pelos referidos entes.

Para Sá (2001), a idéia de administrar ou gerir compreende ainda a distinção entre planejar e executar, ou seja, a administração pública compreende, tanto os órgãos governamentais, que devem traçar planos de ação, dirigir ou comandar, como também os órgãos administrativos, incumbidos de executar os planos de governo.

O autor supracitado afirma ainda que a administração pública, através da competência legal de seus agentes, da organização, dos regulamentos e insumos, é garantidora dos direitos sociais e individuais dos cidadãos, destacando-se os da saúde, previstos no elenco de funções do Estado Constitucional. Desse modo, no art. 37 da Constituição Federal é dito:

A administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...]
(BRASIL, 1988)

De acordo com a Constituição, a gestão é exercida por meio dos representantes eleitos ou diretamente por meio dela, sendo de competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência política, dar proteção e garantia às pessoas portadoras de deficiência; promover programas de construção de moradias e a melhorar as condições habitacionais e de saneamento básico (BRASIL, 1988).

Compete aos municípios, de acordo com a Constituição Federal: legislar sobre assuntos de interesse local; suplementar a legislação federal e estadual no que couber; instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei; criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual; organizar e prestar diretamente ou sob regime de concessão ou permissão os serviços públicos de interesse local, incluindo o de transporte, que tem caráter essencial; manter cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programa de educação pré-escolar e de ensino fundamental; prestar cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população; promover, no que couber, adequado ordenamento territorial mediante planejamento e controle de uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano; promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual (BRASIL, 1988).

No entendimento de Sá (2001), o modelo político-administrativo da federação, a programação sistêmica em saúde e outros dispositivos da Constituição Federal, condicionam a organização da administração pública no município. Algumas funções do poder público municipal são imprescindíveis ao poder local, como a tributação e a arrecadação de impostos, estando entre as definidas como competência do município. Outras são, igualmente, de competência municipal, como parte de sistemas nacionais, como o Sistema Único de Saúde (SUS).

Di Pietro (1996) afirma que, na gestão e execução das atividades do SUS, a administração deve lançar mão de figuras de parcerias como mecanismos de obtenção de serviços complementares ao SUS, como contratos, convênio, consórcios e cooperativas.

A implantação do SUS como política pública de saúde e de modelo assistencial exige profundas alterações na conceituação e na conseqüente organização

da administração pública, que para atender às questões emergentes e às funções indelegáveis do Estado, no caso do SUS, deve basear-se em paradigmas livres de preconceitos e ter a capacidade para enfrentar sem timidez e com competência, seu papel social (SÁ, 2001).

Dessa forma, à administração pública deve ser assegurada organização completa, o que significa não haver improvisações, e, sim, contar com administradores públicos com uma visão ampla que lhes permita buscar insumos para a ação, numa organização estável capaz de informar os formuladores de políticas, de modo a torná-las exeqüíveis. Significa, ter o direito de não ser ré no processo social de mudanças (SÁ, 1996).

Segundo Mendes *et al* (2001), o Brasil passa por grave quadro social, onde os municípios ganham grande destaque na elaboração de políticas públicas que possam responder com precisão às necessidades emergentes. A implementação do SUS, nos municípios, deve propiciar uma melhoria das necessidades de saúde da população. Contudo, é fundamental para a instrumentalização desse sistema que seja construído um processo de planejamento com o envolvimento da sociedade, orientando a adequada alocação de recursos no Orçamento público e garantindo o funcionamento do fundo municipal de saúde e seu respectivo controle, o conselho municipal de saúde.

Pode-se admitir que, de certa forma, a administração em geral acaba focalizando suas atenções na gerência dos recursos organizacionais, ou seja, os recursos humanos, financeiros e materiais, que permitem à entidade, desde que bem geridos, alcançar os pressupostos e objetivos com os quais se comprometeu.

Considerando a descentralização da saúde para a periferia do sistema, o compromisso dos gestores de saúde no SUS vai além do simples fornecimento de materias e medicamentos, mas também ele deve garantir uma melhor qualidade de vida à população.

2.2 Descentralização da Saúde e a expansão do Programa de Saúde da Família

Com a regulamentação do SUS, no fim de 1990, através das Leis 8.080 e 8.142, destacaram-se os princípios organizativos e operacionais do sistema, como a construção de modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, no seu controle social e em um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal.

No plano executivo, ocorreram atos normativos e administrativos que têm relações e implicações com a implantação e operacionalização da política de saúde, particularmente quanto ao seu eixo de descentralização/municipalização. Em 1990, o Ministério da Saúde incumbiu o INAMPS, por meio da Portaria GM 1.481, de 31/12/90, de "implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991...", surgindo, assim, a Norma Operacional Básica/SUS Nº 1, NOB SUS 01/91, aprovada e instituída pela Resolução INAMPS nº 258, de 07/01/91. Essa NOB recebeu acentuadas críticas, particularmente por estabelecer o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos e por ser centralizadora, embora se apresentasse como apoio à descentralização e reforço do poder municipal (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

No mês de julho de 1991, a NOB SUS-01/91 foi modificada pela Resolução INAMPS nº 273, de 17/07/91, com base nas propostas apresentadas, sobretudo, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Em fevereiro de 1992, foi editada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992, NOB-SUS 01/92, representando, na realidade, o "acordo possível" naquele momento (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

As duas primeiras NOBs foram editadas num contexto em que a cultura centralizadora e as práticas do INAMPS ainda atuavam, embora caminhassem para a descentralização. A NOB 01/91 levava aos prestadores públicos de serviço o pagamento por faturamento apresentado pelos prestadores particulares e a segunda, a NOB 01/92, redefinia alguns critérios de recursos, propondo mecanismos de estímulo para a gerência municipal e a estadual (NEGRI, 2002).

As reformulações institucionais e as regulamentações jurídicas constituem uma evidência com relação aos reflexos e instrumentos de decisões políticas maiores, das

relações de poder no aparelho estatal e na sociedade. De qualquer modo, todo esse processo, com seus avanços e recuos, acordos e conflitos, mudou a realidade política e institucional do SUS, particularmente com a ampliação e articulação das Secretarias Municipais de Saúde e a revisão dos papéis e poderes das Secretarias Estaduais de Saúde e do próprio Ministério da Saúde.

De 9 a 14 de agosto de 1992, ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde, graças a reivindicações do movimento sanitário. Ela teve como tema central "Saúde: a Municipalização é o Caminho", explicitando a dimensão e o poder de articulação acumulados pelos defensores do SUS e de seu processo de descentralização na gestão dos serviços e ações de saúde.

Organizada a partir de conferências municipais e estaduais, com intensa participação social (representantes de usuários, associações, movimentos populares e sindicais, entre outros), a IX Conferência Nacional de Saúde ocorreu, praticamente, às vésperas da votação do "impeachment" do então presidente da república, Fernando Collor, representando um importante ato político, seja de apoio ao movimento político pela substituição do governo (Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira), seja na luta contra o retrocesso, com reafirmação e reforço da defesa dos avanços e conquistas jurídicas, institucionais e práticas da reforma sanitária e da implantação do SUS (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

A terceira Norma Operacional Básica do SUS, NOB-SUS 01/93, como estratégia, foi o referencial do processo de implantação do SUS e estabeleceu normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, acatando recomendações do Conselho Nacional de Saúde, no sentido de realizar a descentralização para Estados e Municípios, de forma gradual, a partir do preenchimento de critérios de viabilidade em cada situação, até que cada Município pudesse ficar autônomo, na condução e gestão do SUS, no seu âmbito (SOARES, 2002).

A NOB – SUS 01/93 criou as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no campo estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite (CTI), no campo federal, centros deliberativos e de ajuste para a gerência da descentralização e estabeleceu o fluxo decisivo entre eles e os conselhos de saúde. Quanto ao processo de descentralização para Estados e municípios, previram-se modelos de autonomia e adesão voluntária. Para os municípios, eram três as condições de gerência: incipiente, parcial e semiplena. Dessas, apenas a condição semiplena implicava considerável autonomia pelo recebimento da totalidade dos recursos para custeio da

rede de ambulatório e hospitalar. Em 1997, tinham habilidade na gerência incipiente 47,6% dos municípios (2.463 de um total de 4.966); na gerência parcial, 12,4% (616 municípios); na gerência semiplena, 144 municípios ou 2,9% (NEGRI, 2002).

Dada à complexidade do processo e à necessidade de seu aprimoramento e ao momento político de novas gestões federal e estaduais, começou a ser estudada e formulada a quarta Norma Operacional Básica do SUS, a NOB-SUS 01/96, que avançou o processo de municipalização do setor saúde e, embora com as dificuldades referentes ao financiamento do SUS, foi implantada no início de 1998. A NOB-SUS 01/96, publicada no Diário Oficial da União, através da Portaria GM/MS, de 06/11/96, permite o estabelecimento do princípio constitucional do comando único, em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários por meio das formas de gestão propostas; caracteriza as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde, permitindo aos usuários ter visibilidade dos responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condições de vida (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

A NOB-SUS 01/96 estabeleceu duas condições de gestão municipal: Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB e Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM. Para a gestão estadual estabeleceu também duas condições: Avançada do Sistema Estadual - GASM e Plena do Sistema Estadual - GPSM. Para o Ministério da Saúde, estabeleceu quatro papéis básicos: a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS Estadual; c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS Nacional; d) exercer as funções de normalizações e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS (NEGRI, 2002).

Percebe-se, então, com a edição das NOBs-SUS 01/93 e 01/96 acelerou-se o processo de municipalização, criando-se bases jurídicas para os municípios terem autonomia sobre o desenvolvimento das políticas de saúde e também obterem maior autonomia no que concerne ao desenvolvimento das políticas de saúde, no âmbito local, com possibilidades de aumento das pactuações entre os entes federados.

O movimento de descentralização, iniciado desde 1984, com a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), onde propunha que o planejamento e a administração da saúde fossem feitas de forma descentralizada, nos últimos anos tem impulsionado diferentes

estratégias de atenção à saúde. Uma das estratégias apontadas pelo Ministério da Saúde para a implementação das ações básicas de saúde foi o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, que pode ser identificado como um passo inicial no processo de descentralização das ações de saúde, no nível da atenção básica. Seguindo-se da implantação do Programa de Saúde da família (PSF), que, ao incorporar o trabalho já desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ampliou sua atuação com o trabalho de uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um grupo de ACS, propôs-se a utilização de uma prática de trabalho pautada nos princípios e diretrizes do SUS, ao estabelecer um vínculo entre os serviços de saúde e a população, baseado na co-responsabilização das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde (VERAS,2005).

Apenas em 1998, os primeiros municípios começaram a receber os recursos, segundo as disposições da NOB 01/96. A partir desse ano, ocorreram avanços significativos no processo de descentralização do sistema de saúde, como a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, destinado ao financiamento das ações de atenção básica; adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas e o aumento de transferências fundo a fundo, do nível federal para os municípios; fortalecimento da atenção básica através da expansão da Estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (SOARES, 2002).

O PAB, através do aumento dos incentivos fundo a fundo, específicos para áreas estratégicas, possibilitou aos municípios uma maior ou menor participação no desenvolvimento de políticas e ações locais, assumindo, portanto, uma gestão mais focada e autônoma na realidade local e menos passiva, como simples prestadores de serviços.

A atenção básica pode ser definida como um conjunto de ações complexas, direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação. Constituem ações da atenção básica: as estratégias mínimas de controle da tuberculose, da hipertensão e do diabetes; a eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal, da mulher e da criança (MARQUES; MENDES, 2003).

Ao longo de todo ano 2000, o Ministério da Saúde coordenou um intenso processo de debates e negociação com as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde, no âmbito da CIT e do Conselho Nacional de Saúde acerca do aperfeiçoamento e da consolidação do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde e que acabou por

aprovar a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, através da Portaria Ministerial Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de Estados e Municípios (SOARES, 2002).

Em 2002, houve um movimento de revisão das bases normativas da NOAS, que culminou com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002, por meio da portaria MS/GM nº 373, de 27/02/2002, que introduziu algumas alterações no arcabouço normativo que rege o processo de descentralização, refletindo as negociações realizadas com as representações dos Estados e municípios.

O Estado da Paraíba encontra-se habilitado na gestão avançada do Sistema Estadual, onde a Secretaria de Estado de Saúde é a instância Gestora do SUS, contando com uma estrutura central, que dispõe de 12 Núcleos Regionais de Saúde – NRS, que integram todos os municípios. A principal estratégia para a reorganização da Atenção Básica à saúde no Estado é a Estratégia Saúde da Família. Sua expansão tornou-se significativa, a partir de 1999, fortalecida pela decisão do Ministério da Saúde de estabelecer mecanismo de transferência de recursos financeiros do governo federal aos governos municipais. Essa ampliação do PSF traduziu-se em uma expansão da cobertura territorial e populacional das ações de saúde. Atualmente 100% dos municípios do Estado encontram-se habilitados em uma forma de gestão, seja na Norma Operacional Básica (NOB 96) ou na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) (VERAS, 2005).

A publicação, em 1988, pelo Ministério da Saúde, do Manual para Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1999), que definiu o conjunto de ações da responsabilidade das gestões municipais de saúde, constitui-se em um roteiro norteador para a organização da rede de serviços de saúde para os gestores municipais de saúde.

A adesão à Estratégia de Saúde da Família pelos municípios constitui-se numa alternativa para viabilizar a mudança do modelo de atenção à saúde com base na reorientação da atenção básica, e, assim, descentralizar os serviços de saúde. Para que isso ocorra, os municípios devem estar preparados para atuar de forma hierarquizada e regionalizada.

A descentralização/municipalização da saúde parece ter um potencial significativo, no sentido de que o Município pode assumir e atuar, com maior agilidade, para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública. Esse fato não significa isolamento, mas uma progressiva e

permanente articulação e integração entre os entes federados, municipais, estaduais e federal, nos seus respectivos e competentes papéis constitucionais e das Legislações Complementares.

2.3 DOTS na Paraíba

Foram notificados, no Estado da Paraíba, em 2001, 1.178 casos de TB e 1.305, em 2002. No ano de 2003, o Núcleo de Epidemiologia Sanitária da Secretária Estadual de Saúde registrou 1.169 novos casos de tuberculose. O coeficiente de incidência da doença no estado em, 2001, foi de 48,8%. Esses dados causam maior preocupação ao ser identificado um percentual crescente de óbitos por TB, nesses anos estudados, que, em 2002, alcançou cifras de 4,0% (PARAÍBA, 2001).

A declaração da emergência mundial da TB, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), frente ao agravamento da situação pela epidemia da AIDS e pelo aumento da multirresistência, levou o Brasil a desenvolver o Plano Emergencial que descentralizou recursos dirigindo-os para os municípios com maior incidência. Com intuito de manter a agenda social e política do problema, o Ministro da Saúde preparou o Plano Nacional de Mobilização das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002).

A partir do ano de 2001, as ações de controle da TB vêm-se desenvolvendo, orientadas pela mobilização técnica, política e social em torno de metas de controle da doença; pela melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação; ampliação e qualificação da rede de laboratórios; garantia de assistência farmacêutica com distribuição descentralizada e acompanhamento de estoques; capacitação de recursos humanos e a descentralização das ações e mudanças no modelo de atenção, com a reorganização dos serviços (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

A atual estratégia DOTS recomendada pela OMS, ao declarar estado de emergência da doença em 1993, tem como objetivo garantir a adesão do doente ao tratamento, reduzindo o risco de transmissão da doença na comunidade. Esse tratamento requer a supervisão da

ingestão dos medicamentos, na unidade de saúde ou na residência, assegurando-se que o doente os tome em uma dose única diária. (BRASIL, 2002a)

Na Paraíba, o DOTS foi implantado a partir de 1999, onde se observam alterações nos indicadores referentes à situação epidemiológica da TB. Dentre outros fatores concorrentes, a descentralização da estratégia para a atenção básica que, gradativamente, vem sendo incorporada pelos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF), parece ser um dos fatores mais marcantes.

A implantação do DOTS, na Paraíba, vem sendo realizada em duas etapas e encontra-se estreitamente relacionada com os desdobramentos da política de saúde do Estado e municípios.

Com relação à primeira fase, observa-se que a implantação do DOTS ocorreu a partir da iniciativa da coordenação do Núcleo de Pneumologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde – SES/PB -, através de um projeto piloto iniciado em 1999. Essa iniciativa foi motivada pela Coordenação do Programa Nacional do Controle da Tuberculose (PNCT), que implantou o DOTS em algumas cidades da Região Centro-Oeste, dentre as quais, Cuiabá e Campo Grande, assinalando positivamente para a sua implantação nos demais Estados da Federação.

A idéia foi discutida com o gestor estadual – Secretário de Estado de Saúde – SES/PB. Na época, em consonância com o processo de descentralização do SUS, vivenciado em outros Estados, encontrava-se ele empenhado na reorganização da atenção básica e adotava o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Conhecendo o projeto do DOTS, o mesmo apoiou a iniciativa do Núcleo de Pneumologia Sanitária, liberando recursos financeiros, materiais e disponibilizando pessoal técnico.

Atendendo as determinações da Norma Operacional de Atenção à Saúde NOB/96, o gestor estadual priorizava as ações do PCT no Estado. Em qualquer município, independente da forma de gestão municipal, segundo a NOAS/2002, deveria incluir-se atenção ao doente de tuberculose.

Com o apoio dos gestores do Estado e dos municípios, esse projeto foi, inicialmente, e de forma gradativa, implantado em 10 municípios paraibanos – de julho a dezembro de 1999, atendendo naquele momento aos critérios da OPAS-OMS, pois mostravam infra-estrutura compatível para a implantação da estratégia, segundo os seus cinco pilares. Os municípios foram: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Sapé, Campina Grande, Patos, Sousa, Pombal, Cajazeiras e Monteiro.

Inicialmente, os 10 municípios foram visitados pela equipe central e aos gestores foi apresentado o projeto do DOTS e negociado apoio para deslocamento dos doentes (veículos e vale transporte), medicação suplementar, cesta básica e café da manhã. Nas referências municipais, aos usuários maiores de 15 anos, com baciloscopia positiva e ou reingresso após cura e abandono, era apresentada a opção para o tratamento supervisionado (TS). Aderiram à estratégia 54 pacientes que foram, em 6 meses, acompanhados pelas equipes locais (LIMA, 2005).

Após seis meses foi feita uma avaliação (análise de coorte) pelos níveis estadual, regional e local. Dos 54 usuários acompanhados foram observados 96.4% de cura, 1.8% de óbitos. Os resultados retratavam o êxito do TS, o que justificava a sua expansão para mais 20 municípios.

Com o surgimento da NOAS/2001, na Paraíba, registra-se a segunda fase do DOTS, tendo sua ampliação de forma articulada com a expansão da Estratégia Saúde da Família. O Núcleo de Pneumologia Sanitária da Secretaria de Estado – SESP, com base nos princípios da NOAS/2001, elaborou uma carta-compromisso, no intuito de firmar um pacto entre gestor estadual e gestores municipais, para implantar e implementar ações do PCT, descentralizando essas ações para as Equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários (LIMA, 2005).

Essa articulação com o Programa de Saúde da Família vem facilitando o desenvolvimento da estratégia DOTS, tornando-a a forma mais eficaz, de forma a diminuir o nível de abandono ao tratamento e, por conseguinte, elevar a taxa de cura. Isso vem sendo demonstrado pelos indicadores epidemiológicos da Tuberculose, nos últimos anos. Cabe ao gestor proporcionar a sustentabilidade da estratégia, através do suporte financeiro, nas atividades de controle da doença.

Considerando a estratégia DOTS de fundamental importância no controle da tuberculose na Paraíba, e que, para a sua realização e sustentabilidade, ela requer fortalezas nos 5 pilares, e que ainda, sendo o compromisso político uma das fortalezas para a implantação e desenvolvimento do DOTS nos 6 municípios prioritários da Paraíba, de modo a garantir o trabalho da coordenação do PCT, no que tange à descentralização das ações e sustentabilidade técnica/operacional da estratégia por parte dos profissionais envolvidos, questiona-se:

- *Como os gestores de saúde se envolveram no processo de implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, nos 6 municípios prioritários da Paraíba?*

- *Como se organiza a atenção a TB, a partir da transferência das atividades técnicas e gerenciais, no contexto do PFS, nos municípios prioritários da Paraíba?*

2.4 Objetivos da pesquisa

Objetivo Geral:

- *Analisar o envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, e a transferência de responsabilidades do PCT para os PSF, nos 6 municípios prioritários da Paraíba.*

Objetivos específicos:

- *Investigar a participação dos gestores no processo de implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, em municípios prioritários, para o controle da tuberculose.*
- *Estudar o processo de transferência de responsabilidades das atividades técnicas e gerenciais para o controle da TB, no sistema local de saúde.*
- *Identificar as potencialidades e debilidades envolvidas no processo de implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS.*

3 Percurso metodológico

O presente estudo constitui parte da pesquisa **“Situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”** realizada pela Área de Estudos Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose – REDE-TB, como o objetivo de analisar a implantação do DOTS em algumas regiões brasileiras.

Trata-se de estudo um exploratório, onde se pode conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema, como forma de se estabelecerem hipóteses de investigações para outros tipos de pesquisa ou propor estratégias de intervenções em determinadas situações (TRIVIÑOS, 1990).

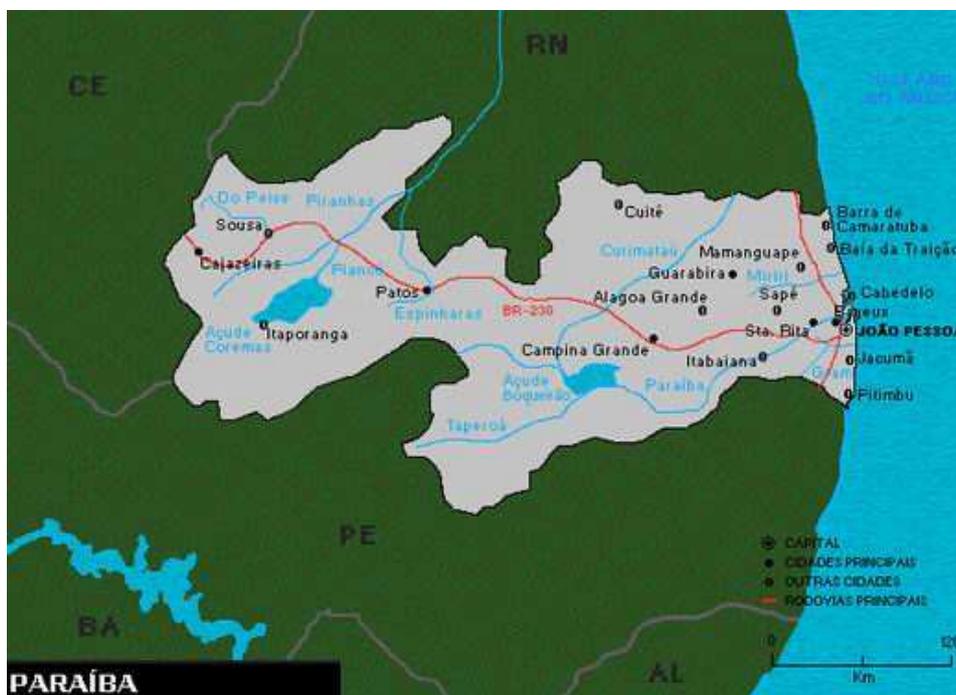
Foi desenvolvido, utilizando-se a abordagem qualitativa, a fim de se compreender particular e profundamente os fenômenos sociais em estudo. Gil (1995) refere que esse tipo de pesquisa é desenvolvida com a finalidade de se proporcionar uma visão geral acerca de um determinado assunto, sendo mais utilizada em pesquisas que tratam de temas pouco explorados, para os quais se torna difícil elaborar hipóteses definitivas e operacionalizáveis.

O foco de análise deste estudo centralizou-se na forma de envolvimento dos gestores de saúde na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, para o controle de tuberculose, assim como em seu compromisso pela descentralização das ações da TB, buscando, com isso, conhecer as fortalezas e debilidades na implantação dessa estratégia.

A opção pela abordagem qualitativa se deu pelo fato de ela ser importante para a construção do conhecimento, além de permitir a implantação de uma teoria ou a sua reformulação, refocalizar ou clarificar abordagens já consolidadas (MINAYO, 1999).

A mesma autora acrescenta, ainda, que os instrumentos de investigação devem entender a realidade, de forma a ultrapassarem os fenômenos percebidos pelos sentidos, sendo capazes de trazer, para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o meio em que estão inseridos.

3.1 Informações gerais sobre o Estado da Paraíba



Fonte: www.portalbrasil.eti.br

Segundo dados do IBGE/2001, o Estado da Paraíba possui uma superfície territorial de 56.584 Km² que corresponde a 0.6% do território brasileiro e 3.6% do nordestino. Limita-se com os Estados de Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte e é banhado pelo Oceano Atlântico. Apresenta uma população de 3.439.344 habitantes encontrando-se distribuída em 223 municípios que integram essa unidade da federação, agrupados em 23 microrregiões, 4 mesorregiões e 12 regiões geoadministrativas (PARAÍBA, 2001).

A Paraíba encontra-se habilitada na gestão avançada do Sistema Estadual, aprovado pela Comissão Intergestora tripartite (CIT) desde abril/2001, cuja publicação foi feita pela portaria GM N° 763 de 16.05.2001, em conformidade com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB/SUS 01/96 (PARAÍBA, 2001). Atualmente, 100% dos municípios paraibanos estão habilitados em uma forma de gestão, seja em conformidade com a Norma Operacional Básica (NOB/96) ou com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) (VERAS, 2005).

A Secretaria Estadual de Saúde é a instância gestora do SUS, na Paraíba, que, além da estrutura central, dispõe de 12 Núcleos Regionais de Saúde (NRS) que integram todos os municípios.

3.2 Os seis municípios prioritários e a estratégia DOTS

Entre os vários problemas de saúde da população paraibana, destacam-se as doenças infecto-contagiosas, como a TB. No período de 1993 a 2001, foram notificados 12.536 casos novos, sendo 1.696 manifestações na forma extrapulmonar e 10.838 de localização pulmonar. No ano de 2002, foram registrados 81 óbitos por TB, no Estado. A faixa etária mais acometida é a de 15 anos acima. O coeficiente da doença, no Estado, em 2001, foi de 48,8% (PARAÍBA, 2002 apud OLIVEIRA, 2005).

Dos 223 municípios, em 164 foi implantado o programa de controle da Tuberculose, perfazendo uma proporção de 71,3% municípios, correspondendo a uma cobertura populacional de 85%. Após a implantação do DOTS no Estado, observam-se alterações nos indicadores referentes à doença. O DOTS vem sendo descentralizado para o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje existindo em 64 municípios e em cerca de 204 Unidades de Saúde da Família onde se faz o tratamento supervisionado (DOTS). A cobertura populacional de PSF com o DOTS é de 30% e a cobertura populacional da Paraíba com o DOTS é de 62,5% (LIMA, 2005).

Para este estudo, foram eleitos aqueles municípios considerados prioritários, ou seja, aqueles em que a TB significa maior problema de saúde pública, com população superior a 50.000 habitantes e possuidores de retaguarda laboratorial de referência. São eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

Os municípios de João Pessoa, Campina Grande e Cajazeiras implantaram o DOTS, no ano de 1999. Santa Rita e Patos, em 2000 e Bayeux foi o último município a implantar essa estratégia, em 2002. Com exceção de João Pessoa, nos demais municípios todas as unidades que integram a estratégia do Programa de Saúde da Família, realizam o Tratamento Supervisionado (TS).¹

¹ Na época da realização da pesquisa, o município de João Pessoa havia implantado a estratégia DOTS, mas não foi garantida a sua sustentabilidade.

3.3 Instrumento de pesquisa e coleta de dados

Nesta pesquisa utilizou-se como instrumento de coleta de dados a técnica de entrevista semi-estruturada que combina perguntas abertas e fechadas, onde os entrevistados têm a oportunidade de falar sobre a investigação proposta (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 1999).

Para Minayo (1999, p. 109-110), a entrevista

[...] é um instrumento privilegiado de coleta de informações, é a oportunidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de porta voz, as representações de um grupo determinado, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Segundo Triviños (1990, p. 146):

[...] a entrevista semi-estruturada, em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida em que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

Os roteiros de entrevista utilizados nesta pesquisa (ANEXOS A e B) foram elaborados pela REDE-TB, sendo parte dos que foram utilizados no inquérito **“Situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: Histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais”**.

O anexo A foi utilizado nos municípios que já implantaram a estratégia DOTS, e o anexo B, nos municípios que ainda não contam com a estratégia implantada (no caso, João Pessoa, que a implantou, mas não garantiu sua sustentabilidade). Para fins desta pesquisa foram utilizados apenas os dados relacionados com o Pilar Compromisso Político, no Estado da Paraíba.

Foi estabelecido um contato prévio com a Coordenação Estadual do PCT, bem como as dos municípios em questão, a fim de se fazer o levantamento dos sujeitos que participaram do processo de implantação da estratégia DOTS, o que também facilitou a viabilização da

coleta de dados e a nossa aproximação com os mesmos. A entrevista foi agendada com cada participante, de acordo com a sua disponibilidade.

As entrevistas foram gravadas e realizadas no mês de agosto de 2005, por pesquisadores da REDE-TB, nos seis municípios prioritários da Paraíba. Após sua execução as fitas obtidas foram enviadas para a sede da REDE-TB, em Ribeirão Preto, onde foram transcritas.

3.4 Seleção e caracterização dos entrevistados

Foram realizadas 28 entrevistas, tendo todos os indivíduos entrevistados participado do processo de implantação da estratégia DOTS ou contribuído para sua sustentabilidade (gestores de saúde, coordenadores dos PCTs, membros da equipe de saúde que realizam o TS, coordenadores de vigilância epidemiológica e diretores de centros de referência) nos 6 municípios prioritários.

Para serem alcançados os objetivos propostos por esta pesquisa, foram selecionadas 12 das 28 entrevistas, sendo 8 de coordenadores de PCT (67%), 4 de profissionais de Equipes de Saúde da Família que fazem o DOTS(33%). Dos coordenadores de PCT, 1 era coordenador Estadual (C1) e os demais coordenadores municipais.

Do município de João Pessoa, participaram o coordenador da época da implantação da estratégia (C2a) e a atual coordenadora do PCT (C2b). De Bayeux e Santa Rita, participaram os coordenadores da época da implantação da estratégia nos referidos municípios (C3 e C4). Em Campina Grande a coordenadora na época da pesquisa havia assumido o cargo há pouco tempo, não se sentindo capaz de responder, satisfatoriamente, ao inquérito, participando apenas a ex-coordenadora do programa (C5). De Patos e Cajazeiras foram entrevistados os coordenadores atuais, mas que também participaram da implantação da estratégia (C6 e C7).

Os membros de ESF entrevistados foram dos municípios de Santa Rita (P1), Campina Grande (P2), Patos (P3) e Cajazeiras (P4), sendo 3 profissionais enfermeiros (75%) e 1 agente comunitário de saúde (25%).

3.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados, a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Para Minayo (1999), esse tipo de análise “*consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado*”.

Para Gomes (1994) como o uso desta técnica, além de se buscar respostas para os questionamentos, pode-se caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.

A técnica de análise temática se desdobra em três etapas:

- **1ª ETAPA:** Pré-análise – Essa fase corresponde à organização das idéias propriamente ditas, de forma sistemática, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise. Esse plano começou com a organização do material disponível para a análise, no caso as entrevistas transcritas na íntegra. Em seguida iniciou-se o processo de leitura flutuante. Minayo (1999) afirma que esse processo consiste em se tomar contato com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, onde a dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes, as teorias relacionadas com o tema tornam a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial.
- **2ª ETAPA:** Exploração do material – Constituiu-se num processo de aprofundamento horizontal e vertical, onde foram destacadas as unidades de registro e a temática em relevo, pela recorrência de dados. Em seguida, procuram-se articular, entre as falas, conteúdos convergentes, divergentes e

que se repetiam, recortando-se os extratos das falas em cada um dos núcleos de sentido identificados. Isso permitiu eleger as Unidades Temáticas contidas no conjunto dos discursos, num movimento de classificação. Foi eleita como Unidade Temática Central: **“Envolvimento dos gestores na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS”**, e, como SubTemáticas: **“Participação dos gestores na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS: fortalezas e debilidades”**; e **“Descentralização das atividades técnicas e gerenciais do PCT: fortalezas e debilidades”**.

- **3ª ETAPA:** Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – Nessa fase foi feita a análise dos dados propriamente ditos. A partir dos resultados obtidos nas fases anteriores, foram utilizados inferências e interpretações com a fundamentação teórica e dos pressupostos que guiaram esta investigação.

4 Resultados e discussão

4.1 Unidade temática central: Envolvimento dos gestores na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS

Diante da fala dos sujeitos entrevistados, essa unidade temática se configurou em 2 subtemas que foram construídos a partir das significações de seus discursos: Participação dos gestores na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS: fortalezas e debilidades; Descentralização das atividades técnicas e gerenciais do PCT: fortalezas e debilidades. Cada um desses subtemas foram analisados quanto à opinião dos coordenadores de PCT e dos membros de ESF que fazem o TS.

4.1.1. SUBTEMA 1. Participação dos gestores na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS: fortalezas e debilidades.

A implantação da estratégia DOTS ocorreu em todos os municípios prioritários e vem sendo operacionalizada e descentralizada para as Unidades de Saúde da Família de formas distintas, de acordo com as particularidades de cada município. Em João Pessoa, até o momento da coleta de dados desse estudo, havia implantado a estratégia, mas não foram garantidas as condições necessárias que favorecessem a sua sustentabilidade. Na época da pesquisa, o referido município só contava com a estratégia funcionando no Centro de referência estadual, o Hospital Clementino Fraga, mas não há nenhuma unidade municipal que a desenvolva.

“O município na verdade, passou por um processo de implantação. Houve esse processo de implantação da Estratégia [DOTS], houve essa organização da rede de serviço, em alguns pontos, em algumas Unidades de Saúde foi implantada, não foi em todas, não cobriu toda

a demanda do município, apenas em alguns locais. No momento em que foi implantada, houve uma resolutividade boa, porém o município não conseguiu dar continuidade a essas ações, porque não houve um monitoramento. Não havia uma pessoa, uma coordenação que pudesse dar um suporte para que essas ações continuassem. Então, na verdade, o DOTS foi constituído, foi implantado, mas não deu seguimento...” (C2b – Quadro1)

O efetivo compromisso político para o controle da TB consiste na construção da consciência do problema da doença e de certa compreensão dos benefícios da implementação efetiva do seu controle, na qual incluem-se, além de pacientes individuais, onde a cura representa a prevenção de sua transmissão, além da disponibilidade de se proverem soluções custo-efetivas. Nesse sentido, o compromisso político é essencial para a implantação, implementação e sustentabilidade dos outros quatro componentes que constituem a estratégia DOTS (WHO, 1999).

A fraqueza política, as falhas no atendimento das necessidades do sistema e a resposta da sociedade para o controle da doença são dificuldades ainda muito presentes nos lugares de maior concentração de casos de TB, dificuldades que impedem a extensão sustentável das atividades do DOTS (MONROE, 2005).

Dados do relatório da OMS (2005) mostram que, entre os atuais obstáculos para a expansão do DOTS, cinco merecem destaque: equipes com curto treinamento; lacuna no compromisso político; fraqueza nos serviços laboratoriais; inadequado gerenciamento dos casos de multidrogaresistência (MDR); co-infecção TB/HIV.

Os serviços de saúde pública, em geral, precisam potencializar suas capacidades, para manter e ampliar o DOTS, com compromisso na detecção e tratamento dos casos. O envolvimento da comunidade no cuidado da tuberculose e as aproximações centradas no indivíduo precisam ser enfatizadas para promover a melhora do acesso e da utilização dos serviços de saúde. Colaboração e competência do público, privado e setores voluntários são essenciais para se assegurar a acessibilidade e a qualidade no diagnóstico e tratamento da TB. A estratégia requer, principalmente, a integração do cuidado de saúde primária e a adaptação contínua de reformas dentro do setor saúde no mundo (WHO, 1999).

De modo geral, os empreendimentos para a implantação e sustentabilidade do DOTS precisam de atualizar e expandir o atual marco de trabalho da estratégia para se aumentar o âmbito do DOTS, a fim de que seja considerado uma estratégia de amplo suporte para todos

os provedores, doentes e pessoas manejarem o problema da TB. A expansão da estratégia coloca igual ênfase na dimensão técnica, gerencial, social e política do DOTS, o que torna o acesso para o cuidado da TB reconhecido direito humano comum e o controle da tuberculose como um bem social com grandes benefícios para a sociedade. Assim, destaca-se que a contribuição para o controle da TB promove o alívio da pobreza, reduzindo o grande impacto sócio-econômico que a doença infligiu nos pobres (WHO, 2000).

Dentre os municípios prioritários da Paraíba, João Pessoa e Campina Grande são os que ainda não conseguiram atingir um percentual de cura superior a 85%. Ambos os municípios são grandes centros urbanos e concentram os maiores números de casos de TB, no Estado. Em contrapartida, não se pode afirmar que esse evento esteja ligado à falta de compromisso político ou a não garantia da sustentabilidade da estratégia DOTS, já que o município de Campina Grande implantou e está descentralizando a estratégia para os PSF, garantindo sua expansão e sustentabilidade. No entanto, os percentuais de cura têm-se elevado e as taxas de abandono diminuído, após a implantação da estratégia em ambos os municípios.

O coordenador do PCT estadual informou que, apesar de alguns gestores desconhecerem o DOTS e até mesmo a existência da tuberculose, elementos identificados no período de negociação da implantação da estratégia, eles, por sua vez, não dificultaram a viabilidade do controle da TB local. Segundo os coordenadores dos PCTs municipais, por ocasião da implantação do DOTS, houve apoio dos gestores, sobretudo nas negociações com os níveis estadual e federal, bem como no emprego de recursos. Os gestores, com o apoio de outros atores, como representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado–SES, atuaram no sentido de viabilizar a descentralização das ações de controle da tuberculose.

“... veio o pessoal do Ministério (MS) através da Secretaria de Saúde do Estado e o pessoal, que na época, fazia parte dessa gestão, aceitou, achou interessante, e a estratégia foi adotada no município, aqui no Centro de Saúde...” (C5 – Quadro1)

“Primeiro, ele [o gestor] concordou com a descentralização para as unidades de saúde, depois ele aceitou muito bem o processo da implantação.” (C7 – Quadro1)

A esse respeito, Souza (2002) refere que a atuação técnica do gestor do SUS, como já se assinalou, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia através do exercício das funções gestoras na saúde. As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

O autor acima citado afirma, ainda, que, didaticamente, podem-se identificar quatro grandes grupos de funções ou “macrofunções” gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação; e prestação direta de serviços de saúde. Para que se exerçam, efetivamente, tais funções, precisa-se inteirar-se dos problemas que a população enfrenta.

O processo de descentralização exigiu contratação de pessoal, disponibilização de recursos financeiros e incentivos para a implantação do DOTS. Contudo, constatou-se que, apesar do apoio direcionado aos coordenadores de PCT, os recursos financeiros não foram diretamente descentralizados para as coordenações setoriais. Entretanto as solicitações dos coordenadores de PCT eram atendidas, tais como auxílio deslocamento e café da manhã para o tratamento supervisionado. A transferência de recursos financeiros à coordenação do PCT cabia ao gestor, ficando o planejamento e implementação das ações do PCT condicionadas à decisão deste ator.

“No inicio (...) não teve assim muita dificuldade, porque todo trabalho que a gente vai iniciar a gente tem alguma (...) Eu não ficava por dentro das verbas... mas, sempre que eu o [o gestor] procurava pra liberação de vale transporte, a gente sempre era atendido. Eu tinha um aval dele... Eu chegava na padaria e pegava o que fosse necessário para comprar para o pacientes, para o café dos paciente.” (C3 – Quadro1)

Percebe-se o compromisso do gestor em atender as solicitações demandadas pela coordenação local do PCT. Porém não se verifica a decisão dos gestores de fazer do controle da TB uma prioridade e um núcleo de atividades da rede de atenção primária à saúde. O impacto do compromisso político pode ser traduzido em política de formulação, mobilização de recursos humanos/financeiros e suporte administrativo necessário para assegurar que o

controle da TB seja uma parte essencial dos serviços de saúde (WHO, 1999). A capacidade gestora, a mobilização de recursos e as equipes de saúde treinadas e envolvidas são essenciais para a implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS em diversos contextos, incluindo-se os locais.

No entendimento de Ruffino-Netto (2000), para que haja a integração e sustentabilidade da estratégia DOTS para o controle global da Tuberculose no sistema de saúde do Brasil, é necessário o adequado desempenho das políticas de saúde, no sentido de serem providos recursos financeiros, organizados os serviços de saúde, aprimorado o gerenciamento do PCT, sensibilizadas e treinadas as equipes de saúde, ressaltando-se que tudo parte da consciência do problema da TB.

O Programa de Controle de Tuberculose está inserido na Atenção Primária, e, em virtude da descentralização da saúde vivido na maioria dos municípios brasileiros, cada um deles assume a responsabilidade dos serviços de saúde local. Nesse sentido, as NOBs e as NOAS significaram grande avanço na descentralização e na organização desse processo. Das diversas alterações introduzidas nas Normas Operacionais, cabe ressaltar o tratamento especial para as ações básicas de saúde e o estabelecimento apenas de dois sistemas de descentralização para os municípios: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Na primeira, o município recebe recursos para a administração autônoma das ações básicas, e na segunda essa responsabilidade é ampliada para toda a assistência em ambulatório e hospital (NEGRI, 2002).

Em fevereiro de 1998, foi introduzido, efetivamente, o Piso da Atenção Básica (PAB), que mudou o paradigma das transferências dos recursos via faturamento (produção), para automáticas pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Esses recursos são destinados a procedimentos como atenção básica, indo diretamente aos municípios, sendo-lhes assegurado valor *per capita* de, no mínimo, R\$ 10,00. Assim, o Ministério da Saúde garantiu as transferências mensais, regulares e automáticas dos recursos aos municípios, diminuindo as desigualdades e permitindo que cada um desempenhasse seu papel de administrador do sistema de saúde local, uma vez que é ele quem melhor conhece as necessidades da área (NEGRI, 2002).

Com indefinição das responsabilidades dos governos federal, estadual e municipal na sua execução e sem indicação de novas possibilidades de financiamento para a área, a Vigilância Sanitária não obteve respaldo da NOB SUS 01/93, para avançar no processo de descentralização.

Dando continuidade à normalização do processo de descentralização, foi editada a NOB SUS 01/96, que teve como característica principal a implementação de uma série de regras, com a finalidade de reforçar e consolidar a capacidade de gestão do sistema pelo poder público e redefinir as responsabilidades dos Estados, Municípios e da União, em relação às suas atribuições no Sistema Único de Saúde. Essa NOB conferiu maiores responsabilidades ao âmbito municipal, ao mesmo tempo em que aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde (COHEN; MOURA; TOMAZELLI, 2004).

De acordo com Senna e Cohen (2002), o deslocamento do processo decisório para os municípios introduz, portanto, um conjunto de incertezas e acarreta impactos os mais diversos na organização dos serviços, tanto com referência a experiências exitosas no tocante à ampliação do acesso aos serviços e à redefinição do modelo assistencial, quanto a outras em que o padrão anterior de organização da atenção à saúde não foi em nada alterado. De qualquer forma, a crescente autonomia municipal abre a possibilidade de ricas experiências locais, com potencial para produzir inovações, as mais variadas, no padrão de atenção à saúde, sob gestão local.

No caso da estratégia DOTS, houve compromisso político dos gestores dos municípios prioritários para o fornecimento regular de medicamentos específicos, sendo que eles vinham diretamente do Ministério da Saúde. Na maioria dos depoimentos observa-se a fragilidade da rede laboratorial, apontando-se principalmente, a falta de material, qualificação de pessoal e o reduzido número de laboratórios.

Segundo Ferreira (2004), o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde requer uma capacidade gerencial para a qual os atuais gestores não estão qualificados. Devido à inexistência de uma gerência autônoma, capaz de interagir com grupos da comunidade e entidades governamentais, observam-se formas improvisadas de se conduzir programas sociais de envergadura, o que vem exigindo, cada vez mais, a capacitação de recursos humanos para os serviços de saúde.

Além disso, conforme Bodstein (2002), a implementação e a gestão da rede de atendimento básico, se bem que coordenada e induzida centralmente, foi delegada, de fato, aos municípios, provocando, não só inovações, mas, também, alguns efeitos perversos nos demais níveis do sistema, como é o caso daqueles municípios que possuem uma rede de serviços mais complexa, apresentando dificuldades para reestruturar os investimentos locais em saúde para uma progressiva e necessária mudança do modelo assistencial. A partir da

afirmação da autora acima referida, considera-se que os municípios localizados em regiões mais desenvolvidas tendem a reunir os requisitos básicos necessários para assumirem a gestão descentralizada e o desenvolvimento de ações mais complexas, visando à integralidade do atendimento, à otimização dos resultados e à eficiência na utilização de recursos. No entanto, os grandes centros urbanos nem sempre possuem características que possam garantir a eficiência dos resultados em termos de organização e produção de saúde devido à complexidade dos sistemas de saúde, como é o caso de João Pessoa que não conseguiu promover a sustentabilidade à estratégia DOTS, destacando-se principalmente a não realização do TS em suas Unidades de Saúde da Família (USF), contrariando em parte a orientação da OMS em ser o controle da TB uma das ações circunscrita a rede de Atenção Primária a Saúde (APS).

A mesma autora afirma ainda que diante dos escassos e finitos recursos públicos, é crucial determinar-se onde investir e o que universalizar e disponibilizar como atividade, programa e serviço, tamanhos são os descompassos e vicissitudes entre os princípios do SUS e sua execução como política pública em um país. É necessário, entretanto, insistir, pois são enormes as desigualdades sociais e regionais, onde a pobreza, a miséria extrema e a exclusão social devem ser enfrentadas com políticas públicas adequadas.

Considerando os discursos dos profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família que executam o Tratamento Supervisionado, no que diz respeito à forma de envolvimento dos gestores, afirmam que eles apoiaram a estratégia principalmente quanto à disponibilização de recursos, à articulação com outros elementos-chaves do sistema de saúde e à oferta de treinamento para os profissionais.

“...foram treinados agentes de saúde, enfermeiros e médicos para esse trabalho... o gestor teve uma grande participação.”

(P3 – Quadro1)

“O gestor deu apoio, total apoio e no que precisasse podia contar com ele que ele ajudava na Estratégia DOTS, ele era sensibilizado.” **(P1 – Quadro1)**

No entendimento de Campos; Barros e Castro (2004), toda política ou prática de saúde, para ser implementada, deve ter o apoio dos governos no que tange a seu comprometimento com os serviços e ações de saúde, colocando os usuários e profissionais de

saúde como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que é assim que se produz saúde, sujeitos e mundo.

A interação entre a estrutura econômica, social e política pré-existente e a estratégia dos atores políticos, principalmente dos administradores, permite arranjos institucionais e comportamentais que possibilitam uma consolidação democrática (KARL; SCHMITTER, 1991).

Nesse sentido, ganham importância as escolhas e decisões realizadas anteriormente para a operacionalização de uma estratégia, por menor que seja sua significação, no momento em que foram tomadas, pois elas podem incidir, de maneira decisiva nas etapas posteriores da democratização, facilitando ou não o êxito desses processos.

Os traços da cultura política de um país, comportamentos historicamente arraigados e constrangimentos estruturais podem, ou não, ser reforçados pelas escolhas e ações dos atores políticos em uma determinada conjuntura. A persistência da conjuntura de uma crise econômica e a adoção de planos de estabilização econômica, muitas vezes sem discussão prévia com os outros atores, agravam aspectos centralizadores no processo decisório (O'DONNELL, 1994).

O que se espera dos gestores é que eles apoiem e garantam a estrutura dos serviços de saúde, e que eles realizem um trabalho que mostre resultados positivos. Para isso é preciso que sejam feitos investimentos, tanto no espaço físico e material, como, também, na capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento estratégico.

Além do TS, as atividades educativas são realizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família entre outras ações para a efetivação do DOTS. O Programa de Controle da Tuberculose privilegia e prioriza ações, como diagnóstico precoce, tratamento, prevenção como o BCG, direcionando a prática para a redução da morbi-mortalidade. Desse modo, evidencia-se a necessidade do apoio financeiro da gestão federal, estadual e municipal.

Em um estudo realizado por Muniz (1999), foi analisada a percepção da equipe executora, responsável pelo TS no controle da TB, em um município paulista, observando-se, no conjunto de discursos que a preocupação da equipe estava justamente centrada na garantia de ingestão medicamentosa, como preconiza o Programa de Controle da Tuberculose.

Nesse sentido, não se deve apenas proporcionar o fornecimento de medicamentos para os doentes, mas também é preciso investir em outras ações que possam dar sustentabilidade ao DOTS, como a qualificação dos profissionais que atuam na estratégia, além dos outros elementos que a compõem para o tratamento do doente, aumentando a chance de cura e assim proporcionando condições para o desenvolvimento da cidadania.

A respeito de fatores considerados positivos para a implantação do DOTS nos municípios prioritários da Paraíba, os coordenadores de PCT e os membros de ESF que fazem o TS mencionaram, como fortalezas: o apoio do gestor em oferecer suporte de benefícios e incentivos como a viabilização do deslocamento dos doentes e da alimentação, como café da manhã; cestas básicas e transportes; O compromisso de algumas equipes em implantar e assegurar a viabilidade da estratégia, principalmente na disposição para participar das capacitações e desenvolver estratégias para realizar diagnóstico, tratamento da TB e, principalmente, sensibilização do usuário do DOTS.

“a vontade política e a vontade da equipe. (...) O serviço de Tuberculose não é fácil, (...), mas tem uma vontade muito grande dos profissionais (...) e têm dado conta até hoje.” (C5 – Quadro3)

“Desde o começo, a gente teve participação do gestor, então a gente não teve dificuldade em operacionalizar a estratégia, teve participação dos profissionais da área, e das redes comunitárias de saúde e do pessoal que fazia parte da equipe...” (P4 – Quadro3)

No relatório da WHO (2005) consta que o Ministério da Saúde, juntamente com outras autoridades dos níveis estaduais e municipais devem trabalhar para fortalecer o controle da TB e reorganizar os serviços de atenção primária à saúde para a implementação do DOTS.

Isso é importante para se assegurar uma melhor integração e coordenação das atividades, particularmente aquelas que incluem o PSF e o PACS. Treinamentos em DOTS para o controle da TB devem ser oferecidos para os profissionais, tanto do setores públicos como dos privados.

A esse respeito, Monroe (2005) afirma que os treinamentos apropriados e contínuos, a qualidade na supervisão e nas atividades de monitoramento do nível estadual para o municipal e do municipal para os níveis locais são indispensáveis para a efetiva implementação do DOTS.

No momento em que o gestor apóia a estratégia e libera recursos para sua operacionalização muitos entraves são minimizados.

Quando existe o compromisso das equipes em viabilizar as ações do DOTS, principalmente quanto ao desenvolvimento do TS, a estratégia se fortalece. Segundo a WHO (1999), com o TS, o paciente não arca sozinho com a responsabilidade da adesão ao tratamento. Os profissionais de saúde, os governos e a comunidade também compartilham com das responsabilidades e a estratégia fornece uma série de serviços de suporte de que os usuários necessitam para continuar e terminar o tratamento.

A WHO (1999) considera ainda que para o efetivo controle da TB, é necessário se organizarem os serviços, considerando-se a flexibilidade das equipes no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão acontecer no domicílio ou mesmo no local de trabalho, além de poder ser realizada por alguém disposto, treinado, responsável, que o paciente aceite, e sob a responsabilidade dos Programas de Controle da TB (PCT).

Além disso, o compromisso político é necessário para que haja a expansão do DOTS, não apenas em nível de recursos financeiros, mas, também, na construção de parcerias internacionais e nacionais, com o objetivo de formular planos estratégicos de ação a serem preparados pelos Programas Nacionais de Controle, contribuindo para a mobilização dos serviços de saúde, dos usuários e do público em geral, para a incorporação do real significado do DOTS (WHO, 2000).

Com relação às fragilidades os sujeitos entrevistados referem: a falta de qualificação profissional para se atuar no cuidado ao doente de TB, a descontinuidade política - uma vez que é freqüente a substituição de coordenadores de PCT e de pessoal técnico, a cada gestão que assume o poder político local; a falta de descentralização da retaguarda laboratorial; a não disponibilização de recursos para a realização de supervisão das atividades que envolvem o controle da tuberculose e a grande rotatividade dos profissionais do PSF.

“... a Tuberculose é uma área problemática do PSF e, pelo fato desses profissionais não terem uma formação voltada para esse tipo de prática (...), então isso comprometeu também o trabalho nas ações do

controle da Tuberculose. (...) A gente sabe que tem vasta distância entre a formação do ensino com serviço, esse diálogo não é estreito, é distante....” (C2b – Quadro3)

“...a dificuldade em ter uma retaguarda firme em relação ao diagnóstico, porque só existe um LACEM no estado da Paraíba, não existem “LACENS” nas regionais. (...), para fazer o controle de qualidade das baciloscopias é muito importante que o laboratório esteja equipadoe preparado” (C1 – Quadro3)

Os problemas de retaguarda laboratorial comprometem a produção de cuidado no SUS e o desafio de controlar a tuberculose - quer seja no empreendimento de ações gerenciais, quer seja na operacionalização de atividades técnicas.

A qualificação de profissionais para atuarem no SUS, apresenta-se como uma fragilidade do sistema e, por conseguinte, tem-se tornado um dos alvos prioritários da política de saúde no Brasil, no que tange à formação de recursos humanos para atuar principalmente na atenção básica.

Para Campos; Barros e Castro (2004), o processo de ampliação do PSF nos força à construção de outras posturas, diretrizes e propostas que se integrem, desde a formação dos profissionais de saúde até a efetivação das práticas de cuidado à população, passando pelo comprometimento dos gestores.

Segundo Ferreira (2004), a capacitação de recursos humanos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), vêm-se defasando ao longo dos anos, fato que se deve principalmente a instâncias superiores de comando-político administrativo. O mesmo autor afirma que no Brasil, existem vários Cursos de Especialização voltados para o enfoque da administração hospitalar, porém os planejadores desses cursos não buscam desenvolver projetos de capacitação de recursos humanos para a gestão das UBS, que desenvolvem atividades voltadas para a saúde da família, trabalhando com a prevenção, promoção e recuperação da saúde da comunidade.

A partir de uma nova forma de se administrar as UBS, as atuais práticas gerenciais, com ênfase na capacidade de negociação da condução do processo de trabalho e no controle dos resultados do processo produtivo, deverão assegurar a operação dessas unidades, tendo como principal enfoque a melhoria contínua da qualidade da prestação de serviço (COHN; ELIAS, 1994).

Diante dessa perspectiva, Aguilar e Ander-Egg (1994) referem que o gestor não deve distanciar-se da negociação, que deve ser um instrumento de gerência a serviço do seu município. A implementação dessa prática resultará na construção de viabilidades que permitirão a realização das metas programadas para as unidades de saúde.

Adescontinuidade político-administrativa e a baixa capacidade técnica e financeira da grande maioria dos municípios, que impossibilita, por vezes, a expansão de determinados serviços, como o da rede laboratorial, além da responsabilização crescente quanto à implementação de programas e políticas de saúde trazem em si um conjunto considerável de riscos e incertezas. Reforçando esse pensamento, Bodstein (2002) diz que algumas variáveis político-institucionais dos municípios têm sido destacadas: ausência ou fragilidade do corpo técnico-burucrático; dependência financeira frente ao governo federal; presença e persistência de arranjos políticos clientelistas; descontinuidade administrativa e dificuldades na contratação e fixação de profissionais mais qualificados nos pequenos municípios ou naqueles mais pobres.

A autora supracitada destaca, ainda, que essas variáveis são importantes e explicam, indubitavelmente, as restrições e limites da descentralização e as profundas variações no desempenho técnico-político-administrativo dos gestores locais na prestação de serviços, fundamentalmente daqueles voltados para a educação e a saúde.

4.1.2 Subtema 2. Descentralização das atividades técnicas e gerenciais do PCT: Fortalezas e debilidades

Nesse estudo considerou-se como *atividades técnicas*: Diagnóstico e tratamento, Tratamento Supervisionado, Tratamento Supervisionado de Casos Complexos, Acompanhamento dos comunicantes, Monitoração do tratamento (baciloscopia de controle) e busca de sintomático respiratório. E como *atividades gerenciais*: Notificação, sistema de informação, Distribuição da medicação; Capacitação e Monitoramento.

Na fase inicial de implantação do DOTS as *atividades gerenciais* eram centralizadas em todos os municípios prioritários da Paraíba, sendo realizadas nas coordenações do PCT e/ou na Unidade de Referência (UR) do sistema de saúde local e estadual.

Após a implantação e expansão do DOTS, algumas *atividades gerenciais* foram descentralizadas para as unidades mais periféricas do sistema. As ações relacionadas com sistema de informação e as atividades de notificação foram descentralizadas para as USF, em três dos seis municípios. É preciso salientar que, em Patos, essas atividades, além de serem realizadas pelas ESF, ficaram também sendo operacionalizadas pelo setor de vigilância epidemiológica e UR.

A distribuição de medicamentos foi descentralizada para as USF, em cinco dos seis municípios prioritários, sendo que em Patos e Campina Grande, essa atividade também é realizada pelas UR.

“A gente distribui o medicamento de acordo com a área onde ele vai fazer o tratamento, manda para a unidade do PSF o tratamento total do paciente.” (C2 – Quadro2)

“o que é necessário de medicamento, passa para o 3º Núcleo que recebe a medicação e distribui com o Centro de Saúde Catolé, ou o PSF que esteja fazendo o tratamento.” (C4 – Quadro2)

Apenas os coordenadores de PCT de dois municípios falaram sobre a realização de treinamentos, sendo que, em um deles, essa atividade é realizada localmente e, no outro, os técnicos se deslocam para João Pessoa. Essa atividade permanece sendo desenvolvida pelo nível estadual.

“(...)nós já capacitamos todos os ACS de Patos. As equipes estão vivendo processo de capacitação.” (C5 – Quadro2)

“A gente com a parte educativa, diretamente relacionada com a equipe de trabalho, ou seja, capacitamos todos os médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem.” (C3 – Quadro2)

As atividades de supervisão e monitoramento foram descentralizadas para as USF, apenas em dois municípios, sendo que, em um deles, as atividades são também realizadas na Unidade de Referência.

Sobre a descentralização das atividades técnicas, observou-se que, tanto o TS quanto a BSR, foram descentralizadas para as USF de cinco municípios. Em um dos municípios, Campina Grande, o TS é realizado, também, na Unidade de Referência e a BSR e a atividade de notificação permanecem centralizadas na Unidade de Referência.

O exame para diagnóstico permanece centralizado em todos os municípios prioritários, haja vista o reduzido número de laboratórios em cada localidade. Não existe expansão da retaguarda laboratorial.

“(...) Hoje a gente tem apenas um laboratório, que é no centro de referência Vantuí Martins.” (C5 – Quadro2)

No tocante a retaguarda laboratorial, observa-se a falta de organização de alguns laboratórios havendo a necessidade de melhorar o fluxo e contra-fluxo da coleta de exames, formas de transporte, recolhimento, rotina de coleta, pois apenas um laboratório pode ser suficiente para a demanda de um município. Para a WHO (2000) os serviços de saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizados em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica tendem a ser concentrados.

Os serviços que devem ser ofertados, de forma dispersa, são aqueles que não se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso. (MCKEE E HEALY, 2000 apud BRASIL, 2004).

São diversos os conceitos de descentralização encontrados na literatura, entre os quais a descentralização como distribuição de responsabilidades, de recursos e de poder; instrumento que favorece uma maior aproximação da população, e facilita o controle social e fortalece a gestão pública na esfera municipal. O termo descentralização enfatiza o processo de transferência de recursos e responsabilidades na execução de ações de Vigilância Sanitária

no âmbito municipal. Parte-se da hipótese de que a descentralização, por si só, não garante a mudança no padrão de atenção à saúde. (COSTA; ROZENFELD, 2000).

A esse respeito, Leucovitz; Lima e Machado (2001) afirma que no contexto do sistema de saúde brasileiro, que é caracterizado pelo processo de descentralização em saúde como diretriz organizativa do SUS, do tipo político-administrativo, envolve não apenas transferências de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal.

Os Planos Nacionais de Controle da TB são elaborados a partir do contexto atual da descentralização no país, segundo diretrizes traçadas pela OMS como a de inserir a TB no sistema de saúde pública em nível de atenção primária articulada aos três níveis de gestão municipal, estadual e federal (RUFFINO-NETTO, 2002).

No entendimento de Senna e Cohen (2002), acredita-se que, para a descentralização dessas ações resultarem em maior impacto para a proteção da saúde da população, as responsabilidades entre os gestores do SUS devem ser pactuadas e implementadas, de forma integrada, entre os entes federativos. Se tal processo é ainda hoje marcado, por um lado, por incertezas quanto a seu alcance e suas implicações, ele tem, por outro lado, se revelado um campo fértil de experiências municipais inovadoras, seja em relação ao incremento da oferta de serviços, à reorganização do modelo assistencial, ou ainda à revisão das formas de relação público-privado, entre outros aspectos.

Na NOAS SUS 01/02, há duas condições de gestão previstas, nas quais os municípios podem se habilitar: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Para cada condição de gestão há um conjunto de prerrogativas, responsabilidades, requisitos e instrumentos de comprovação, que deverão ser cumpridos pelos municípios que desejarem adequar-se à Norma. Para que o município possa habilitar-se à condição de GPABA e GPSM, deve comprovar condições para o desenvolvimento das ações básicas e para a execução de ações de maior complexidade nas áreas de Vigilância Sanitária (COHEN; MOURA; TOMAZELLI, 2004).

Como 100% dos municípios paraibanos encontram-se habilitados em uma das formas de gestão, ou na NOB 01/96, ou na NOAS 01/02, cada município assumiu a responsabilidade pelos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito às ações da atenção básica e à descentralização das ações, como está previsto entre os princípios do SUS. No entanto, as

falas dos sujeitos evidenciam que, nesse processo, algumas atividades ainda se concentram nas mãos dos gestores.

O objetivo, na verdade, seria constituir grupos de trabalho na perspectiva de harmonização dos ritos e procedimentos, em cada área de trabalho, no caso, entre gestores e coordenação do PCT, possibilitando uma melhor compreensão das ações desenvolvidas pelos técnicos, pelo setor regulado e pela população, favorecendo o processo de avaliação de desempenho e ações de suporte por parte do órgão estadual, garantindo, assim, a descentralização das atividades, tanto técnicas com gerenciais.

A precária infra-estrutura organizacional e operacional prevalece, principalmente quanto ao espaço físico e à falta de materiais, principalmente nos laboratórios, quando se sabe que os municípios têm sua própria arrecadação destinada à saúde, além do PAB que é repassado pelo nível federal. Segundo Cohen; Moura e Tomazelli (2004), muitas vezes os próprios coordenadores têm desconhecimento do tipo de gestão municipal e o montante do Piso de Atenção Básica, o que sugere dificuldades no exercício de suas atribuições e a falta de transparência na aplicação dos recursos.

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

Souza (2002) afirma que, além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos. Alguns Estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual. O nível federal ainda é o responsável pela maior parcela do financiamento do SUS, embora a participação dos municípios venha crescendo, ao longo dos últimos dez anos.

No entanto Bergel e Gouveia (2005) dizem que existe escassez de recursos humanos e financeiros e uma dificuldade operacional em se empregar a estratégia DOTS para a maioria dos pacientes que fazem tratamento de tuberculose no Brasil. Sendo assim, é necessário que

haja organização e investimento na qualidade do serviço para se contribuir para a melhora do acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose.

Observa-se que o TS foi a principal atividade descentralizada em cinco municípios prioritários, exceto no município de João Pessoa, cuja implantação foi iniciada em 1999, porém não teve garantida a sua sustentabilidade, mesmo sendo um município de grande porte. Nesse município, na época da coleta de dados, as atividades gerenciais e técnicas predominantemente permanecem centralizadas. O TS é realizado na UR e alguns PSF entregam a medicação, entretanto, não fazem um acompanhamento da ingestão medicamentosa através do TS, ou seja, o tratamento permanece auto-administrado. A partir de 2005 as ações de controle da TB estão sendo descentralizadas para as USF. Das 180 ESF, identificou-se que 32 já fazem TS. A atividade de BSR também está sendo transferida para os serviços de atenção básica e, o livro de registro para sintomático respiratório esta sendo implantado em cada equipe do PSF.

Dentre os problemas encontrados para a implantação do TS e BSR em João Pessoa, a coordenadora atual refere-se à recusa de alguns usuários em fazer o TS em USF de seu território, preferindo recorrer à outra ESF de outra área de abrangência.

A opção do doente em realizar seu tratamento em outra USF, ou na UR, pode ser explicada pela necessidade de preservação do seu anonimato devido ao estigma social que milenarmente a doença carrega.

Como a descentralização das ações para as ESF ocorreram após a implantação do DOTS, nos municípios, os membros das ESF não souberam falar sobre tais ações antes da implantação da estratégia, assim como também não souberam informar sobre algumas atividades gerencias, mostrando que elas permanecem centralizadas.

Nos discursos dos membros das ESF que fazem o TS, no município de Santa Rita, os treinamentos eram oferecidos pelo próprio município e pela coordenação estadual.

“Cada equipe que o município implantava, eram treinadas em Tuberculose e daí se fazia o tratamento diretamente observado. E essas pessoas eram treinadas, qualificadas pelo estado também. Pela coordenação do estado da Tuberculose.” (P1 – Quadro2)

A atividade de distribuição de medicamentos é feita de forma descentralizada, em todos os municípios.

“Depois que descentralizou e incluiu o programa de saúde da família, a gente descentralizou o medicamento nas unidades onde o paciente.”

(P4 – Quadro 2)

Segundo os discursos as atividades técnicas, com busca ativa, sistema de informações e TS são realizadas de forma descentralizada nas USF, pelas equipes. As únicas atividades que permaneceram centralizadas em todos os municípios prioritários foram o diagnóstico e detecção dos casos, mostrando, mais uma vez, que não houve expansão da retaguarda laboratorial.

“Nós temos um bioquímico, alias, nós tínhamos três bioquímicos, naquela época, que eram do Estado e só um que estava, trabalhava no programa e trabalhando uma ou duas vezes por semana”

(P4 – Quadro2)

No caso brasileiro, a descentralização vem ocorrendo em meio a alterações significativas na natureza das relações intergovernamentais *vis-à-vis* ao resgate das bases federativas do Estado, já a partir da década de 1980. Nessa direção, as políticas sociais constituem eixo central na análise do processo de redefinição do pacto federativo e da descentralização em curso, no país, *pari passu*, ao esgotamento do padrão de desenvolvimento e ao desgaste do modelo político autoritário (ALMEIDA, 1996).

Para Bodstein (2002) é preciso considerar-se que, para além dessas questões, as especificidades do processo de descentralização da política de saúde no Brasil, decorrem da dinâmica própria do setor e da implementação do SUS. Pode-se dizer que, no fim da década de 1990, a engenharia institucional do setor saúde, no país, foi reformatada, com a transferência de atribuições de gestão para os níveis subnacionais, especialmente os municípios.

A mesma autora afirma que a implementação do SUS transformou o município em espaço privilegiado na gestão dos serviços de saúde, acarretando a necessidade de recuperação dos atores políticos e das instituições que definem o sistema local. Nesse sentido, é fundamental perceber-se que a descentralização é um processo que envolve a definição de

novos atores sociais e novas formas de relação público/ privado que esbarram, com frequência, em mecanismos e atores políticos tradicionais.

Ao mesmo tempo, não se pode esquecer as profundas desigualdades existentes no Brasil, que refletem em fortes diferenças nas condições financeiras, políticas e administrativas dos municípios, o que interfere na sua capacidade de respostas às necessidades e demandas da população (CARVALHO, 1999).

O deslocamento do processo decisório para os municípios introduz, portanto, um conjunto de incertezas e acarreta impactos, os mais diversos, na organização dos serviços.

Verificam-se, tanto experiências exitosas no tocante à ampliação do acesso aos serviços e à redefinição do modelo assistencial, quanto outras em que o padrão anterior de organização da atenção à saúde não foi em nada alterado.

De qualquer forma, a crescente autonomia municipal tem aberto a possibilidade de ricas experiências locais, com potencial para produzir inovações, as mais variadas, no padrão de atenção à saúde sob gestão local.

Dentre as fortalezas, destaca-se o reconhecimento dos coordenadores sobre a descentralização do TS para as ESF.

“... depois, com a descentralização para o município foi o compromisso total do município. O exemplo foi do estado dos pacientes, índice de abandono... de transferência e de óbitos diminuiu a partir da estratégia do DOTS.” (C6 – Quadro3)

A descentralização do TS para as ESF também é mencionada como potencialidade do compromisso político, uma vez que proporciona, ao portador de TB, a escolha de fazer o tratamento próximo à sua residência, além garantir-lhe uma melhor supervisão por parte dos profissionais. Segundo Senna e Cohen (2002), a perspectiva dos gestores municipais é a de que o PSF configura a implantação de um novo padrão de assistência à saúde no município. A novidade reside no estabelecimento de uma nova relação equipe de saúde-paciente, na revisão da prática médica, na forma de contratação, capacitação, supervisão e avaliação dos profissionais e na parceria entre governo municipal e federal.

O PSF é direcionado, prioritariamente, para a população residente em áreas de risco social e ambiental, definidas em um trabalho interinstitucional. Vale ressaltar que a implantação do PSF confere maior status à comunidade, estimulando-a para uma maior capacidade de mobilização e potencializando a conquista de certos direitos de cidadania, conseguindo trazer bens e serviços para essa área (SENNÁ; COHEN, 2002). O programa preconiza o acompanhamento e a intervenção nas situações de risco às quais a população está exposta, resgatando o papel social que cabe à saúde. O médico atua como generalista, com a perspectiva de possibilitar a atenção integral, continuada e setorizada aos indivíduos e suas famílias, com ênfase na promoção e prevenção em saúde, além do diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Outras potencialidades citadas nos discursos analisados que mais se destacaram foram a descentralização das ações do DOTS para as ESF e compromisso dos profissionais que fazem o TS.

“... as facilidades são através do Programa da Saúde da Família mesmo. Porque antes a gente via uma dificuldade bem grande por não ter esse programa. Mas, hoje, como tem, se o paciente é resistente a não vir a Unidade de Saúde, o profissional de saúde vai até ele.” (P3 – Quadro3)

Os relatos dos países que adotaram a estratégia DOTS revelam êxito nos objetivos propostos, ou seja, as medidas implantadas têm interferido positivamente nos indicadores referentes ao desempenho do Programa. O aumento das taxas de cura e a diminuição das taxas de abandono, resultaram na melhoria dos indicadores epidemiológicos da TB (VENDRAMINI, 2001).

No que diz respeito ao compromisso e envolvimento da equipe, Deheinzeln et al (1996) citam que um estreitamento da relação médico-paciente, assim como uma melhor organização do atendimento, levando à redução do tempo de espera para consulta e o treinamento dos médicos em tuberculose, são todos fatores importantes relacionados com a boa adesão ao tratamento.

Segundo a WHO (1997), os serviços de saúde não predizem, com segurança, quais os doentes que vão abandonar o tratamento. Esse foi um dos motivos que levou a OMS a recomendar que o DOTS fosse empregado para todos os casos de TB.

A grande maioria dos serviços que atendem pacientes com tuberculose, possivelmente, não adotaram estratégias que melhorem o vínculo com o doente. Aí reside a importância dos profissionais serem pessoas compromissadas com a luta contra a tuberculose.

O fato de o profissional da Equipe de Saúde da Família conhecer melhor a realidade, bem como o ambiente em que o doente está inserido, suas necessidades e singularidades, é um fator que contribui para a determinação das intercorrências durante o tratamento, possibilitando novas oportunidades de interação com o doente e a família (VENDRAMINI, 2001).

Outros fatores relacionados com o serviço de saúde influenciam a adesão ao tratamento. A qualidade do serviço e sua organização foram sinalizadas por diversos autores como diretamente relacionadas com o abandono.

Natal et al (1999) encontraram também casos de abandono a reclamação do longo tempo de espera para o atendimento na consulta médica. O prolongado tempo de espera dentro do serviço, aguardando a consulta médica, desestimula o doente a retornar àquele serviço, e, talvez, até a continuar seu tratamento, principalmente aqueles que se encontram assintomáticos, logo no início do tratamento. Uma longa espera também dificultaria o emprego da estratégia de retornos frequentes, pois o doente teria que aguardar sua consulta com muito mais frequência e isso poderia favorecer o abandono do tratamento.

Nesse sentido, os profissionais devem criar mecanismos que estimulem o doente em tratamento, não só para a adesão, mas, também, para o comprometimento com a sua recuperação.

Sobre as fragilidades no processo de implantação da Estratégia DOTS, as falas dos entrevistados apontam o serviço centralizado na fase inicial do TS e a dificuldade dos profissionais das UR e das ESF em aceitar alterar as suas rotinas para atender às necessidades específicas dos doentes em TS.

No que diz respeito às fragilidades da descentralização das atividades técnicas e gerenciais, foram citadas a descontinuidade dos profissionais que trabalham no PSF, a falta

de materiais, principalmente nos laboratórios, e falta de preparação dos funcionários do serviço de informação, que chegam a digitar dados errados e incompletos.

“A gente treinava o profissional, e quando ele estava sensibilizado, aí mudava de equipe. Aí outro médico e enfermeiro já treinavam todos os profissionais. Quando a gente treinava os profissionais saíam.” (P1 – Quadro3)

“... a falta de conhecimento da pessoa que está digitando, que a gente não sabe se as informações são fidedignas, por falta de conhecimento da pessoa que digita (...)” (P4 – Quadro3)

As debilidades no processo de sustentabilidade da estratégia DOTS referidas nas falas dos sujeitos mostram a necessidade de investimentos, principalmente, no que tange à valorização e capacitação de recursos humanos, tanto para trabalhar no desenvolvimento das ações técnicas, como, também, nas administrativas.

Mesmo com suas fragilidades, observa-se que o DOTS, associado à reorganização dos serviços de Atenção Primária, sobretudo com a expansão das ESF, contribuiu para as alterações, para melhora dos indicadores referentes à Tuberculose.

No município de Campina Grande, no ano de 2001, a taxa de abandono era de 20,2% e a taxa de cura 76,5%. No fim do ano de 2003 esses indicadores foram alterados para 6,9% e 83,2%, respectivamente. Entre os elementos associados a essa mudança pode ser apontado o fato de que, em 2002, assumiu a gestão municipal uma equipe liderada por um sanitarista que se empenhou na reorganização do modelo de atenção, priorizando a atenção básica, principalmente no que concerne à expansão das ESF (SANTOS, 2004).

Em quatro municípios, onde se observa maior compromisso por parte dos gestores e o envolvimento das ESF, os quadros epidemiológicos se assemelham, encontrando-se os percentuais de cura em patamares elevados, em média, superiores a 90 %. Entretanto, o município de João Pessoa, capital do Estado, apresentava percentual de cura de 44,4% em 1999, alcançando em 2003, uma taxa de cura de 61,2%, ainda abaixo dos 85% preconizados pela OMS.

5 Considerações Finais

O envolvimento dos gestores de saúde com a estratégia DOTS é mostrado sob duas óticas: a dos coordenadores de PCT e a dos membros de Equipes de Saúde da Família que realizam o Tratamento Supervisionado. Constatou-se que ambos apontam o compromisso político dos gestores para com a implantação e sustentabilidade do DOTS e a transferência das atividades técnicas e gerenciais para a periferia do sistema de saúde dos municípios prioritários para o controle da TB no Estado da Paraíba.

No entanto, estando a implantação e implementação da estratégia DOTS estreitamente articulada com a política de descentralização das ações em saúde, retratando, portanto a forma como politicamente se organiza cada município, observa-se que o controle da Tuberculose e parte da estratégia DOTS assumem características singulares.

A forma de envolvimento do gestor em viabilizar as ações do PCT, foi e vem sendo decisiva na organização da atenção ao controle da Tuberculose, responsabilidade esta que se materializa na transferência das ações gerenciais e técnicas. Antes centralizadas, essas atividades vêm sendo assumidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) pelos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família.

De forma geral, os gestores de saúde, nos seis municípios prioritários, envolveram-se no processo de implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, apoiando a estratégia, disponibilizando recursos e articulando-se com outros atores.

Na fase inicial de implantação do DOTS, as atividades gerenciais de notificação, o sistema de informações, a distribuição de medicamentos, o planejamento, o treinamento, a supervisão e o monitoramento eram centralizadas em todos os municípios prioritários da Paraíba, sendo realizadas nas coordenações do PCT e/ou na Unidade de Referência (UR) do sistema de saúde local. Quanto às atividades técnicas, elas foram descentralizadas de forma diferente em cada município prioritário.

Após a implantação e a expansão do DOTS, algumas atividades gerenciais foram descentralizadas para as unidades mais periféricas do sistema. As ações relacionadas com o sistema de informação e as atividades de notificação foram transferidas para as USF, em três dos seis municípios.

Sobre as fortalezas na implantação da estratégia DOTS, na Paraíba, elas estão relacionadas, principalmente, com o interesse do gestor em responsabilizar-se pela política de saúde local, bem como o envolvimento e comprometimento das equipes que realizam o TS, e com a descentralização das atividades técnicas e gerenciais. É reconhecido também com uma potencialidade, a expansão do DOTS ter acontecido associada a política de descentralização e a expansão do PSF, onde cada município reflete a conformação da política local. Foi

mostrado que essa estratégia tem influenciado positivamente na alteração dos indicadores epidemiológicos da TB nos seis municípios prioritários.

Diante dos resultados aqui apresentados, verifica-se a importância da política de descentralização e a articulação entre as ações de controle da TB - principalmente o desenvolvimento da estratégia DOTS – que avançou na cobertura nos cinco municípios do interior do estado da Pb, com indicadores de cura acima de 90%. Destaca-se que cada município organizou a estratégia DOTS, com reflexo centrado na estrutura de seu sistema local de saúde, respeitando as peculiaridades da gestão local alicerçada no compromisso político dos atores envolvidos, seja o gestor municipal, o coordenador do PCT e as equipes das UR e USF.

As debilidades que foram identificadas nesse processo foram a falta de profissionais especializados para atuar com o sistema de informações e instabilidade dos coordenadores de PCT e profissionais que trabalham com a estratégia DOTS, dada a alta rotatividade de profissionais que atuam no SUS, principalmente no PSF. Esse fator é agravado pelas discontinuidades provocadas pelo clientelismo e perseguições percebidas na política partidária dos municípios.

Observou-se, nesse estudo, que as principais debilidades no processo de implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS estão relacionadas com a garantia do acesso à saúde e com a porta de entrada, pois a TB é um problema que deve ser solucionado no âmbito da APS, para tanto todas as USF nos municípios prioritários deveriam realizar o TS. Verifica-se, portanto, que o compromisso dos gestores de saúde vai muito além do simples fornecimento dos medicamentos para o controle da TB, mas ele está relacionado principalmente com a garantia da qualidade de vida da população, visto que a Tuberculose é uma doença ligada às condições de vida. Esse compromisso deve ser mostrado pela oferta de treinamentos e a sensibilização das equipes que realizam o TS, na dimensão de vínculo, mostrando o compromisso mútuo entre a comunidade e os serviços de saúde; pela melhoria do acesso aos serviços, garantindo ao doente a oferta de todo tipo de serviço, de forma organizada e principalmente pela forma de ver o portador de Tuberculose, ou seja, considerar o doente como um indivíduo envolvido em um contexto cultural, familiar e social.

A implantação e a expansão da estratégia DOTS tornam-se cada vez mais necessárias, diante do novo contexto na qual a doença se desenvolve, como o alto impacto pelo HIV e pelo surgimento da multidrogaresistência.

O Sistema de saúde brasileiro ainda precisa de se fortalecer no que tange ao desenvolvimento de políticas de saúde para a geração de recursos financeiros, a organização

dos serviços de saúde, aprimorando-se o Programa de Controle da Tuberculose, sensibilizando e treinando as equipes que trabalham na operacionalização da estratégia DOTS.

6 Referências

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Vozes, Petrópolis, 1994.

ALMEIDA, M. H. T. **Federalismo e políticas sociais** In: AFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (orgs.) Política de saúde e inovação institucional. Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.4,n.2,p.263-286,1999.

ALMEIDA, E. S. de; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistemas de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS In: WESTPAHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão dos serviços de saúde**. São Paulo: Edusp, 2001.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.455-479, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 jul. 2006.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.7, n.3, p.401-412, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 jul. 2006.

BRASIL (Constituição de 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP, 1988.

BRASIL. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 1996a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de administração. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.4, p.7-56, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose**. Brasília, DF, 2002a.

_____. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002**. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília, DF : CONASS, 2004.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. de. Avaliação de política nacional de promoção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.9, n.3, p.745-749, jul./set.2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 25 jul. 2006.

COHN, A.; ELIAS, P. **Descentralização, saúde e cidadania**. Lua Nova, São Paulo, 1994.

COSTA, E. A. ROZENFELD, S. **Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil: fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública: Concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas**. São Paulo: Atlas, 1996.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ESCODA, M. do S. Q.; LIMA, M. de F. **Saúde, sociedade e governo**. Texto apresentado às etapas municipais e estadual-RN, da IX Conferência Nacional de Saúde. 1992. Disponível em: < <http://www.ufrnet.br> > Acesso em 26 nov. 2005.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para as unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.9, n.1, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 25 jul. 2006

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na Assistência a Saúde das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p.125-133.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Tuberculose: Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF, 2002

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4 ed. São Paulo: ATLAS, 1995. 207p.

HOSPITAL dos tuberculosos será inaugurado em abril. **A União**, João Pessoa, n. 49, p. 3, 1 mar. 1959.

JACOBI, P. R. Políticas sociais e os desafios da participação cidadina. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.7, n.3, p.443-454,2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 25 jul.2006

JONES, L. R.; THOMPSON, F. Um modelo para nova gerência pública. **Revista do Serviço Público**, v.51, p.41-79, 2000.

KARL, T. L.; SCHMITTER, P. 1991. Les modes de transition en Amérique Latine, en Europe du Sud et de l'Est. **Revue Internationale des Sciences Sociales**, Paris, n. 128, p. 285-302, mai, 1991.

LEUCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas operacionais Básicas. **Revista de Ciência e Saúde**, v.6, n.2, p.269-291, 2001.

LIMA, D. S. **Plano de trabalho, em parceria com os gestores municipais dos municípios prioritários de: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras a ser cumprido em 2005-2006**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2005.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.8, n.2, p.403-415, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 25 jul.2006.

McKEE, M. & HEALY, J. **The role of hospital in a changing environment**. *Bul. World Health Organization*, v.78, p.803-810, 2000.

MELO, V. O.; SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Londrina-PR. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, n. 4, p. 53-62, out./dez., 1999.

MELO, F. A. F de, *et al.* Aspectos epidemiológicos da tuberculose multiresistente em serviço de referência na cidade de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical**. V. 36, n.1, p.27- 34, 2003.

MENDES, A. et al. Gestão administrativa e financeira na área da saúde. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. de. (org). **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUSP, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 6ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec. Abrasco, 1999.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. de C. M.; SOUZA, R. G. de. Reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.7, n.3, p.509-521, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em 25 jul.2006.

MONROE, A. A. **O compromisso político na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS para o controle da tuberculose no estado de São Paulo**. Ribeirão Preto: USP, 2005 (proposta de pesquisa).

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

NASCIMENTO, D. R. **Tuberculose**: da questão pública à questão de Estado: a liga brasileira contra a tuberculose. 1991. 289f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

NETO, E. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**. Brasília, DF,1994.

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

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

O'DONNELL, G. **Transições, continuidades e alguns paradoxos**. In: REIS, F. W.; O'DONNELL, G. *A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. São Paulo: Vértice. 1994.

OLIVEIRA, F. E. B. de. **Previdência Social**. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social. Disponível em: < <http://www.mpas.gov.br> > Acesso em: 25 nov.2005.

OLIVEIRA, M. F. de. **A Busca de Sintomáticos Respiratórios para o controle da tuberculose nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. 2006. 123f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP Ribeirão Preto.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Condiciones de salud em las Américas**. Washington, D. C., 1990. V. 1, p. 18690. (OPAS – Publicación Científica, 524).

PARAIBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de Gestão**. João Pessoa, 2001. 113p.

RISI-JÚNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. As Condições de Saúde Pública no Brasil. In: FINKELMAN, J (org.) **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.118-234.

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

RUFFINO-NETTO, A. **A tuberculose e a responsabilidade dos municípios**, 2000. (Artigo não publicado), 2000.

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

SÁ, E. N. de C. **Fundos e Fundações Na Administração Pública Paulista**: Significados e tendências. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública/] 1996. Eixo políticas, Planejamento e Administração de Saúde e Centro de Estudos e pesquisa de Direito Sanitário, 1996.

SÁ, E. N. de C. Organização da administração pública municipal em saúde. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. de. (org). **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: EDUSP, 2001.

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

SÁ, L. D. de, *et al.* A experiência da implantação do DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO-NETTO, A; VILLA, T. C. S. **Tuberculose**: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão preto: REDE – TB, 2006.

SÃO PAULO, Secretaria Estadual de Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Tuberculose. **Tratamento Supervisionado de Tuberculose**. São Paulo, 1997. 7p. Mimeografado.

SENNÁ, M. de C. M.; COHEN, M.M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.7, n.3, p. 523-535, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 25 jul.2006.

SOARES, L. H. P. **Políticas Públicas e Informações Estatísticas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br> > Acesso em: 20 out.2005.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.7, n.3, p.431-442, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 25 jul.2006.

CARVALHO, I.M.M.S e. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova**, v.48, p.187-212, 1999.

TEXEIRA, G. **DOTS: a retomada de uma estratégia**. Rio de Janeiro, 1998. 5 p. Mimeografado.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990

VERAS, C. L. de S. M. **A organização da atenção básica e das estratégias de gestão no Estado da Paraíba: avaliação do perfil epidemiológico – saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão arterial e diabetes – em função da organização da Atenção Básica à saúde, em 15 municípios no estado da Paraíba**. João Pessoa: UFPB/Mestrado em Enfermagem, 2005. (Proposta de pesquisa apresentada à disciplina Seminário de Pesquisa em Enfermagem).

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

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**.

V.7, n. 3, p.493-507, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 25 jul.2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is dots?** A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. WHO/CDS/99, 1999. 270p.

_____. **The world health report 2000: health stems, improving performance.** Geneva, WHO, 2000.

_____. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. **WHO Report 2005.** Geneva, Switzerland, WHO/TB/2005.349, 2005.

Anexos

ANEXO 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 implantação da estratégia DOTS?
4. De que forma ocorreu o processo de implantação do DOTS?
5. Quais as facilidades e dificuldades da implantação/implementação da estratégia DOTS?
6. Gostaria de fazer algum comentário?

ROTEIRO AUXILIAR DE ENTREVISTA

Componente “COMPROMISSO POLÍTICO”

- () Como foi a participação do gestor no processo de implantação da estratégia?
- () Como os profissionais de saúde incorporaram a estratégia?
- () Quais são as facilidades e dificuldades em relação ao componente compromisso político?

ANEXO B

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. Gostaria de fazer algum comentário?

ANEXO C

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 o momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do entrevistado

ANEXO D

QUADROS DE ANÁLISE

QUADRO 1 - O envolvimento do gestor na implantação e sustentabilidade da Estratégia DOTS no Estado da Paraíba na ótica dos coordenadores do PCT e membros da equipe de saúde da família que realizam o TS

Municípios	Formas de Envolvimento	Causas
João Pessoa	1. Apoio para a implantação do DOTS; 2. Apoio a continuidade da estratégia	<p>C2a “O gestor como eu falei antes deu total apoio, sem nenhum problema. Não colocou nenhum empecilho (...)”.</p> <p>C2b “O município na verdade, passou por um processo de implantação. Houve esse processo de implantação da Estratégia, houve essa organização da rede de serviço, em alguns pontos, em algumas Unidades de Saúde foi implantada, não foi em todas, não cobriu toda a demanda do município, apenas em alguns locais. No momento em que foi implantada, houve uma resolutividade boa, porém o município não conseguiu dar continuidade a essas ações, porque não houve um monitoramento, não havia uma pessoa, uma coordenação que pudesse dar um suporte para que essas ações continuassem. Então na verdade o DOTS foi constituído, foi implantado, mas não deu seguimento”.</p>
Bayeux	1. Articulação com outros elementos-chaves do sistema de saúde 2. Disponibilização de recursos	<p>C3 “Isso ai eu posso dizer assim que, por que na época da implantação veio coordenadora estadual, com a presença do secretário, e realmente foi bem aceito agora (...)”.</p> <p>C3 “(...) eu não ficava assim por dentro das verbas, não ficava, mas assim, sempre que eu o procurava (o gestor) pra liberação de vale transporte, a gente sempre era atendido, eu tinha assim um aval dele”.</p>
Santa Rita	1. Apoio 2. Fornecimento de cestas básicas 3. Disponibilização de	<p>C4 “O gestor deu apoio, total apoio e no que precisasse podia contar com ele que ele ajudava na Estratégia DOTS, ele era sensibilizado”.</p> <p>C4 “O que facilitou, foi que eles facilitaram</p>

	recursos	<p>na questão da cesta básica. Sensibilizou e acharam que a questão era fome, e realmente era fome, a miséria, então a partir daí que a gente resolveu fazer isso, e facilitou, não tive nenhum problema”.</p> <p>C4 “(...) foi a secretaria da saúde, que viu que era muita fome, e tanto era que fornecendo a cesta básica a família toda participava. Mas, só em eles receberem já era alguma coisa”.</p> <p>C4 “gestora era sensibilizada porque já trabalhou com Tuberculose, ela dava o apoio (...)”.</p> <p>P1 “A gente tem a Estratégia DOTS com a entrega da cesta básica, tem o ACS ia três vezes à residência observar o paciente tomar a medicação, e tinha também uma supervisora que era tipo, toda quarta-feira era um carro para fazer as visitas aos pacientes e fazer o DOTS”.</p> <p>P1 ”Apesar da gestora sensibilizada porque já trabalhou com Tuberculose, ela dava o apoio, mas tinha o estímulo da doença, de a gente começar pelo profissional, então foi muito difícil”.</p>
Campina Grande	<p>1. Apoio à proposta</p> <p>2. Articulação com outros elementos chave do sistema de saúde</p>	<p>C5 “(...) veio o pessoal do ministério através da secretaria de saúde do estado e o pessoal que na época fazia parte dessa gestão, no caso Dr. Paulo Cavalcanti, aceitou, achou interessante, e a estratégia foi adotada no município, aqui no Centro de Saúde Catolé”.</p> <p>P2 “Ele deu maior apoio, especialmente no nosso centro de referência que é o Catolé, que a maioria dos usuários que fazem uso do DOTS vai para lá (...)”.</p> <p>P2 “Especialmente a questão do fornecimento da medicação, e mesmo que ela não venha diretamente do município, ela vem do Ministério da Saúde e dos parceiros, mas o compromisso da gente ao diagnosticar o caso, imediatamente ou no prazo mais curto possível de tempo, a medicação estar a nós”.</p>

Patos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulação com outros elementos chaves do sistema de saúde 2. Disponibilização de recursos 3. Oferta de treinamentos para os profissionais 	<p>C6 “(...) a implantação antes no município foi uma implantação estadual, o gestor lógico que foi comunicado, avisado, acolheu a idéia, quem estava na gestão acolheu, mas o início mesmo foi o DOTS a nível de estado, a participação do município, até no incentivo de distribuição de um café-da-manhã para estes pacientes portadores de TB. E este momento assim foi muito rico, foi muito importante, foi muito bonito... Patos não é um município assim muito grande, mas o município mediante os recursos que vinham do MS porque você sabe que houve uma ampliação em relação ao recurso que entrava no município fundo a fundo, então com este recurso houve esta distribuição de café-da-manhã para todos os pacientes, eles contavam as suas histórias, eles aceitavam (...)”.</p> <p>P3 “(...) foram treinados agentes de saúde, enfermeiros e médicos para esse trabalho... o gestor teve uma grande participação”.</p> <p>P3 “(...) o Ministério que abriu as portas para esse compromisso, dando oportunidade do município implantar e levar a diante”.</p>
Cajazeiras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordância com a implantação do DOTS; 2. Participação nos atividades de implantação do DOTS 3. Aprovação de propostas 	<p>C7 “O gestor concordou com a nossa estratégia, participou dos trabalhos e também do treinamento, e logo após esse treinamento ele quis fazer a implantação do programa”.</p> <p>C7 “Primeiro, ele concordou para a descentralização para as unidades de saúde, depois ele aceitou muito bem o processo da implantação. O gestor não colocou nenhum empecilho durante a implantação do programa”.</p> <p>C7 “Em relação a dificuldade [gestor], eu não encontrei”.</p> <p>P4 “Desde o começo a gente teve participação do gestor, então a gente não teve dificuldade em operacionalizar a estratégia, teve participação dos profissionais da área e das redes comunitárias de saúde e pessoal que fazia parte da equipe”.</p>

QUADRO 02 – Descentralização das atividades técnicas e gerenciais da Estratégia DOTS no Estado da Paraíba na ótica dos coordenadores do PCT e membros da equipe de saúde da família que realizam o TS

Municípios	A DESCENTRALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO PCT			
	Atividades Centralizadas		Atividades Descentralizadas	
	Gerenciais	Técnicas	Gerenciais	Técnicas
	<i>Unidade de Registro.</i>	<i>Unidade de Registro.</i>	<i>Unidade de Registro.</i>	<i>Unidade de Registro.</i>
João Pessoa	C2b “a distribuição de medicamentos era feita pelo município que repassava na medida que era solicitada pelo Centro de Saúde”.	C2b “(...) a nossa retaguarda laboratorial hoje, até dois meses atrás estava sendo só o Centro de Referência Clementino Fraga, há dois meses a gente já está fazendo uma demanda reprimida a baciloscopia”. C2b “(...) busca ativa ocorria só na parte mais específica onde funcionava o programa de controle da Tuberculose”.		
Bayeux			C3 “(...) o município da gente agora estava	C3 “teve algumas unidades que os pacientes

			<p>acontecendo até alguns treinamentos”.</p> <p>C3 “(...) distribui o medicamento de acordo com a área onde ele vai fazer o tratamento, manda para a unidade do PSF o tratamento total do paciente”.</p> <p>C3 “Tem uma funcionária que recebe a notificação e manda o boletim informativo no final do mês, pra cada PSF mandar a informação daquele paciente”.</p>	<p>começaram comigo e acabaram em outra unidade”.</p> <p>C3 “hoje a gente continua fazendo o DOTS só que de uma forma bem descentralizada, cada PSF faz o controle dos pacientes na sua área”.</p> <p>C3 “Realizamos busca ativa através dos agentes comunitários de saúde, e também nas unidades (...)”.</p> <p>C3 “O TS é feito independente da forma de Tuberculose, e descentralizados nas áreas que os pacientes moram tem 28 PSF distribuídos nos municípios e cada PSF responde pelo seus pacientes”.</p>
Santa Rita		<p>P1 “Santa Rita tinha dois laboratórios pelo município, que era na Unidade de Saúde Barão do Abiaí, Flávio</p>	<p>C4 “A gente com a parte educativa, diretamente relacionada com a equipe de trabalho, ou seja,</p>	<p>C4 “A busca ativa é feita em todas as Unidades que a gente tem implantado o programa de Tuberculose,</p>

		<p>Maroja”.</p>	<p>capacitamos todos os médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem”.</p> <p>C4 “(...) a gente recebia medicação, e distribuía por Unidade (...)”.</p> <p>P1 “Cada equipe que o município implantava, eram treinadas em Tuberculose e daí se fazia o tratamento diretamente observado. E essas pessoas eram treinadas, qualificadas pelo estado também. Pela coordenação do estado da Tuberculose”.</p> <p>P1 “As medicações Ficavam na secretaria, na farmácia, coma farmacêutica, e quando apareciam os casos de TB na Unidade, a gente imediatamente levava essa medicação”.</p>	<p>em todas as Unidades de Santa Rita”.</p> <p>C4 “(...) mas depois a gente colocou em todas as Unidades a gente fazia o tratamento supervisionado” .</p> <p>P1 “a gente sensibilizava os agentes de saúde, e esses agentes de saúde de cada PSF, faziam a busca ativa”.</p> <p>P1 “A gente entregava a cesta básica, no primeiro dia na Unidade à gente observava o paciente tomar a dose, supervisionada, e três dias na semana o agente de saúde observava ele tomar a medicação”.</p>
--	--	-----------------	---	--

Campina Grande		<p>C5 “nós fizemos um trabalho de busca ativa no município utilizando tanto aqui o serviço de saúde Catolé”,</p> <p>C5 “Nós temos, se eu não me engano, Centro de Saúde do Catolé, tem o Serviço Municipal de Saúde, Bela Vista, que todos eles realizam a baciloscopia”.</p> <p>P2 “(...)encaminha mento diretamente para o centro de saúde do Catolé, que não tem negado nenhum encaminhament o à definição do diagnóstico, afinal lá está o especialista para tirar a dúvida quando isto acontece”.</p>	<p>C5 “o que é necessário de medicamento, passa para o 3º Núcleo que recebe a medicação, e distribui com o Centro de Saúde Catolé, ou o PSF que esteja fazendo o tratamento”.</p> <p>P2 “A distribuição é feita de acordo com a solicitação de cada unidade, então elas ficam concentradas na secretaria de saúde e no centro de saúde do Catolé, mas no caso nosso, como unidade básica de saúde da família, fica na secretaria de saúde”.</p>	<p>P2 “A busca ativa a gente realiza sim, principalmente quando a gente detecta um caso, a gente faz a busca ativa (...)”.</p>
Patos		<p>C6 “(...) hoje a gente tem apenas um laboratório, que é no centro de referência Vantuí Martins”.</p>	<p>C6 “nós já capacitamos todos os ACS de Patos, as equipes estão vivendo processo de capacitação”.</p>	<p>C6 “(...) implantamos já o livro de sintomáticos respiratórios em toda a unidade de saúde da família de</p>

		<p>P3 “Agora o médico solicita a baciloscopia, e é feita de imediato, e o resultado também vem para Unidade de Saúde que é referência, com referência. Então esse resultado já vem para a Unidade de Saúde e aí é feito o tratamento”.</p>	<p>C6 “A gente recebe trimestralmente da secretaria estadual de saúde, a gente distribui trimestralmente para os municípios, no caso de Patos, a unidade de referência recebe trimestralmente e mensalmente é distribuído para cada unidade que tem o paciente”.</p> <p>P3 “(...) nós tivemos treinamento, foram treinados agentes de saúde, enfermeiros e médicos para esse trabalho”.</p>	<p>Patos”.</p> <p>C6 “o TS está descentralizado para cada unidade de saúde próximo da casa do paciente (...)”.</p> <p>P3 “A gente realiza essa busca ativa a través das visitas domiciliares, levando a informação e com as informações que nós levamos as orientações”.</p>
Cajazeiras	<p>C7 “Houve um treinamento na cidade de Patos onde foi apresentada a estratégia DOTS e também foi feita uma capacitação do funcionário para trabalhar com essa nova estratégia”.</p>	<p>C7 “uma das dificuldades seria porque nós temos só um bioquímico e ele participa só uma vez por semana no laboratório”.</p> <p>P4 “Nós temos um bioquímico, alias, nós tínhamos três bioquímicos, naquela época, que eram do estado e só um</p>	<p>C7 “Os medicamentos vêm da secretaria de saúde, chega no nono núcleo e o nono núcleo repassa para a secretaria de saúde e é repassado para o DOTS, que é o local que recebe o medicamento, através da secretaria de saúde”.</p>	<p>C7 “como existe enfermeiro lá, para cada região onde está instalada essa unidade de saúde, então fica fácil realizar essa busca ativa”.</p>

		que estava, trabalhava no programa e trabalhando uma ou duas vezes por semana”.	P4 “Depois que descentralizou e incluiu o programa de saúde da família, a gente descentralizou o medicamento nas unidades onde o paciente”.	
--	--	---	--	--

QUADRO 03 – *Potencialidades e debilidades relacionadas ao compromisso político na implantação e sustentabilidade da Estratégia DOTS no Estado da Paraíba na ótica dos coordenadores do PCT e membros da equipe de saúde da família que realizam o TS.*

AS POTENCIALIDADES E DEBILIDADES		
Municípios	Potencialidades	Debilidades
João pessoa	C2b “(...) porque a nova gestão assumiu o novo compromisso. É uma equipe que trabalha com uma ótica voltada para um trabalho integral, age com visão integral, porque a gente quer uma resolução das coisas, das ações, e isso faz com que a gente tenha esse novo modelo de atenção, essa nova maneira, dizendo politicamente, de governar”.	<p>C2b “(...) não houve um monitoramento, não havia uma pessoa, uma coordenação que pudesse dar um suporte para que essas ações continuassem”.</p> <p>C2b “(...) a Tuberculose é uma área problemática da atenção básica do PSF e pelo fato desses profissionais não terem uma formação voltada para esse tipo de prática, para esse tipo de assistência, então isso comprometeu também o trabalho nas ações do controle da Tuberculose”.</p> <p>C2b “Então outra dificuldade que a gente pode ver também, é também com relação a dificuldades estruturais do serviço, o serviço não oferece uma estrutura adequada”.</p> <p>C2b “(...) a gente sabe que a questão do SINAM, não só o SINAM como</p>

		<p>o registro do documento, no caso o registro que é o livro preto, o livro branco do laboratório, são serviços que a gente faz e que não são bem preenchidos, a própria ficha de notificação, não vem na sua totalidade, às vezes os dados são muito inconsistentes, incompletos, então a gente sabe que o sistema de informação é nosso suporte para que a gente avalie e trace as nossas metas e elabore o nosso cronograma de ação, e a gente sabe que ele é falho”.</p>
<p>Bayeux</p>	<p>C3 “(...) eu não ficava assim por dentro das verbas, não ficava, mas assim sempre que eu o procurava pra liberação de vale transporte, a gente sempre era atendido, eu tinha assim um aval dele”.</p> <p>C3 “A facilidade era em relação à gente vê os vale transporte, que os pacientes tinham que vim de um bairro pro outro, um pouco distante da unidade que na época era centralizado o inicio do DOTS, e também assim em relação à alimentação, o café também do paciente, na época era secretária de saúde eu não tinha dificuldades”.</p> <p>C3 “o serviço de laboratório melhorou, quer dizer foi implantado e funciona realmente por credito de uma bioquímica que tem compromisso se ela detectar o um caso positivo ela liga pra mim na mesma hora (...)”.</p> <p>C3 “O tratamento em 2003 a gente fazia o tratamento centralizado do DOTS que era no centro de saúde, hoje o município tem 28 PSF nas áreas e tem acompanhamento dos pacientes(...)”.</p>	<p>C3 “A dificuldade que nos temos é às vezes a mudança de profissionais, às vezes tem o profissional que é treinado entra um alias um profissional que não é treinado, que não é treinado como é que ele vai dar importância uma forma de tratamento que ele não tem consciência da importância daquele tratamento, a gente tem dificuldade com isso”.</p>

<p>SantaRita</p>	<p>C4 “Então o município mudou a Estratégia não só em começar a trabalhar com DOTS mas também de doar uma cesta básica para os pacientes que estavam em DOTS, que era uma forma de garantir que ele comesse e também tomasse o medicamento. Então durante todo o tratamento ele recebia cesta básica e era observada a medicação através da equipe de saúde”.</p> <p>P1 “O gestor deu apoio, total apoio e no que precisasse podia contar com ele que ele ajudava na Estratégia DOTS, ele era sensibilizado”.</p> <p>P1 “a secretaria da saúde, que viu que era muita fome, e tanto era que fornecendo a cesta básica a família toda participava”.</p>	<p>P1 “A gente treinava o profissional, e quando ele estava sensibilizado, aí mudava de equipe. Aí outro médico e enfermeiro já treinavam todos os profissionais, quando a gente treinava os profissionais saíam. Então essa foi uma das maiores dificuldades que eu encontrei”.</p> <p>P1 “Às vezes faltava material no laboratório, não tinha, às vezes era pouco, às vezes estava ruim, era essa questão, material”.</p>
<p>Campina Grande</p>	<p>C5 “A facilidade é a vontade política e a vontade da equipe, que com todas as dificuldades que a gente tem com o serviço, o serviço de Tuberculose não é fácil, ainda é um programa que fica meio a margem, mas tem uma vontade muito grande dos profissionais que fazem esse programa aqui e que acataram a estratégia e têm dado conta até hoje”.</p> <p>C5 “Mas onde tem o programa de saúde da família, tem essa facilidade, tem o agente de saúde que visita micro áreas normalmente em todo período de visitas, ele faz toda aquela áreas”.</p> <p>P2 “O compromisso dos profissionais que estão na secretaria de saúde, e detectar e cuidar dos casos, e do centro de saúde do Catolé também (...)”.</p>	<p>C5 “(...) as mudanças de governo que implica muitas vezes na falta de determinados itens que fazem parte do programa DOTS”.</p> <p>C5 “Então a gente tinha acesso ao carro, sempre consegui, quando a gente dizia, nós vamos realizar uma busca ativa, a gente conseguia. Então eu acho que um dos fatores, na época que dificultou muito foi a questão do Recursos Humanos”.</p> <p>C5 “(...) desde que eu fiquei aqui, esse tempo todo ninguém passou por capacitação, ninguém passou por reciclagem”.</p> <p>C5 “(...) preenche a ficha e não preenche completa ou inadequada, então você devolve a ficha para lá, se você não estiver alerta, quando chega lá tem paciente que você vê que não estão no SINAM, não foram notificados, porque a ficha voltou”.</p>

	<p>P2 “o próprio gestor liga para as unidades com a preocupação de manter o cadastro é, o mais atualizado possível”.</p>	<p>C5 “(...) o digitador, como não é uma pessoa da área de saúde, não é uma pessoa que tem conhecimento, digita essa pala ignorado. Então não sabe, e é um problema sério do sistema de informação”.</p> <p>P2 “Falta de material instrutivo, principalmente folders e cartazes, porque como a TB e hanseníase andam juntas, se a gente tivesse mais material, tanto de TB como de hanseníase, a gente com certeza teria uma gama maior de usuários procurando a unidade”.</p>
<p>Patos</p>	<p>C6 “nesta nova gestão é uma gestão muito comprometida com a descentralização revendo o processo de descentralização que o SUS trabalha para todos os municípios então esta gestão abraçou esta causa e está descentralizando o tratamento diretamente observado para as unidades de saúde da família, hoje nós já contamos com 22 unidades com o tratamento diretamente observado implantado”.</p> <p>C6 “(...) pela própria história do PCT de Patos a gente tem mostrado isto porque mesmo que possa ter havido alguma coisa de política partidária, mas não chegou a interferir no PCT, isto é louvável os mesmos profissionais que estão desde a implantação continuam até hoje”.</p> <p>C6 “O gestor é comprometido, é interessado, ele quer que as pessoas sejam capacitadas, porque ele não entende que você possa implantar ou acompanhar determinado programa sem a</p>	<p>P3 “Porque já existiam muitos casos e o município achou por bem fazer essa implantação, então não teve. Só a descentralização que ainda não acontecia”.</p>

	<p>capacitação, então sempre tem reuniões mensais por categoria profissional, por médicos, enfermeiros, dentista”.</p> <p>P3 “As facilidades são através do programa da saúde da família mesmo. Porque antes a gente via uma dificuldade bem grande por não ter esse programa. Mas hoje como tem, se o paciente é resistente a não vir a Unidade de Saúde, o profissional de saúde vai a até ele”.</p>	
Cajazeiras	<p>C7 “Uma coisa que aconteceu aqui em Cajazeiras que foi muito bom foi a descentralização da estratégia DOTS para as 14 equipes de PSF e que ajudou muito com o tratamento”.</p> <p>P4 “Desde o começo a gente teve participação do gestor, então a gente não teve dificuldade em operacionalizar a estratégia, teve participação dos profissionais da área, dos profissionais da área e das redes comunitárias de saúde e pessoal que fazia parte da equipe”.</p> <p>P4 “a implantação da estratégia, mobilizou os profissionais da área (...)”.</p>	<p>P4 “(...) a falta de conhecimento da pessoa que está digitando, que a gente não sabe se são fidedignas, por falta de conhecimento da pessoa que digitar, eu até faço questão de digitar, de fazer uma avaliação do programa, daí chamar a pessoal que fazia parte do programa se precisar”.</p>