

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

WALDÊNIA RODRIGUES GOMES

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE NA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
DE UBERLÂNDIA: VISÃO DOS GESTORES**

**UBERLÂNDIA
2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

WALDÊNIA RODRIGUES GOMES

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE NA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
DE UBERLÂNDIA: VISÃO DOS GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Mestrado, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde
Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende

**UBERLÂNDIA
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

G633d 2015 Gomes, Waldênia Rodrigues, 1955-
Descentralização das ações de controle da tuberculose na
superintendência regional de saúde de Uberlândia: visão dos gestores /
Waldênia Rodrigues Gomes. - 2015.

81 f. : il.

Orientador: Carlos Henrique Alves de Rezende.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Tuberculose - Teses. 3. Saúde -
Administração - Teses. 4. Políticas públicas - Uberlândia (MG) - Teses.
I. Rezende, Carlos Henrique Alves de. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 61

WALDÊNIA RODRIGUES GOMES

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE NA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
DE UBERLÂNDIA: VISÃO DOS GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Mestrado, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde
Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende

Uberlândia, 19 de maio de 2015.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Lucia Marina Scatena
UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Rosuíta Fratari Bonito
UFU – Universidade Federal de Uberlândia

Prof.Dr.Carlos Henrique Alves de Rezende
UFU – Universidade Federal de Uberlândia

DEDICATÓRIA

À minha mãe Altair, tia Cida e “in memoriam”: as tias maternas Tia Nita, Tia Amintas, Tia Alzira, Tia Sinflora, todas agraciadas com o título de “Mestra”, reconhecimento social da Comunidade Rubinense e que me inspiraram na busca pelo conhecimento, sendo determinantes na escolha da minha carreira como professora.

À minha irmã Efigênia (Flor), as sobrinhas Sam e Thaís, primos que também escolheram esta profissão e a toda uma geração de futuros professores na minha família.

Às minhas sobrinhas Lara, Thaís, a minha prima Lina, enfermeiras, que escolheram trilhar o caminho do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial ao Prof. Dr. Carlos Henrique, que me acolheu como sua aluna e no seu papel de orientador soube equilibrar os diferentes momentos, livre para criar, desenvolver, e em outros com muita tranquilidade e domínio, tecer suas considerações sobre o trabalho.

O meu agradecimento especial à banca de qualificação, que com críticas pertinentes, contribuíram muito na construção final deste trabalho.

À Profa. Dra. Rosuíta Fratari Bonito pelas trocas de experiência, compartilhamento de ideias, projetos de vida, conversas sobre as políticas de saúde, por seu carinho e amizade sincera.

À Profa. Dra Lúcia Marina Scatena pelas contribuições para o trabalho através de suas publicações e pela gentileza de participar da banca examinadora.

Agradecimento especial para minha colega de trabalho, amiga, Profa. Aída que me acolheu nos momentos de incertezas, injetando otimismo e me estimulando para prosseguir na concretização deste trabalho. Muitíssimo obrigada!

Agradecimento especial, ao ex- Superintendente Regional de Uberlândia, Daltro Catani que sempre me apoiou, nunca colocou entraves ao liberar-me períodos de trabalho. E o mais importante, sempre com palavras de incentivo e afeto em reconhecimento ao meu trabalho na SRS/UDIA.

A todos os Secretários Municipais de Saúde da jurisdição da SRS/UDIA, gestão 2008 a 2012, que autorizaram a realização dessa pesquisa em seus municípios e a todos os Coordenadores de Vigilância Epidemiológica, Coordenadores da Atenção Primária, Coordenadores do Programa de Tuberculose pelo apoio e pela participação na pesquisa.

Aos colegas da Vigilância em Saúde pela força que recebi durante as minhas ausências negociadas do trabalho, em especial, a Ana Paula, Eduardo Sanchez, Jairo, Patrícia, Maria Inês, Roberto Arruda, Álvaro, Laralisa, Andreia e dos ex-colegas de trabalho Nathaly e Greick.

As minhas amigas Ana Abdalla e Rosana, amizade sincera, irmãs de coração, que sempre me apoiaram e compartilharam ideias, projetos de vida.

Às Professoras, amigas e colegas Cristina Ila (UNITRI), Eliana Biffi, Mônica Rodrigues, Suely Amorim (UFU) que sempre me incentivaram e apoiaram para a realização da pós-graduação.

Em especial aos meus irmãos Clélia, Carlos Alberto, Ernani, sobrinhos, sobrinhas, sobrinhos-netos, cunhadas e cunhado por participarem dos melhores momentos da minha vida.

Enfim, a **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para finalização deste estudo...

Muito obrigada!

AO MEU AMIGO EDGAR

Já apresento melhoras, pois levanto muito cedo
E deitar às nove horas pra mim já é um brinquedo
A injeção me tortura e muito medo me mete
Mas minha temperatura não passa de trinta e sete

Nessas balanças mineiras de variados estilos
Trepei de várias maneiras e pesei cinquenta quilos
Deu resultado comum o meu exame de urina
Meu sangue noventa e um por cento de hemoglobina

Creio que fiz muito mal em desprezar o cigarro
Pois não há material pro meu exame de escarro
Ate' agora só isto para o bem dos meus pulmões

(NOEL ROSA, 1935)

RESUMO

A gestão das políticas de saúde é um campo de conhecimento muito amplo e complexo que requer dos gestores Municipais / Coordenadores do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT) domínio das políticas relacionadas ao controle da tuberculose (TB). **Objetivo:** Conhecer a visão dos gestores municipais de saúde da área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia - SRS/UDIA sobre o processo de descentralização das ações do PNCT de acordo com a avaliação da dimensão acesso aos serviços da Atenção Básica (AB). **Método:** Estudo transversal utilizando questionário do Primary Care Assessment Tool (PCAT) adaptado para a atenção à TB no Brasil. Foram entrevistados 33 gestores/coordenadores. **Resultados:** A análise destaca que 65% dos gestores consideram a TB como uma doença prioritária; com relação à distribuição de recursos para 42% dos gestores, esse critério não se aplica, para 21% sempre se baseia nas necessidades da população. Sobre o investimento de recursos próprios para TB, 33% referiram que esse critério não se aplica 18%, sempre. Quanto à participação dos Gestores na discussão e definição de ações de controle da TB, 52% sempre participam; 15% quase sempre. 36,4% dos gestores afirmaram não se aplica e 30% nunca participaram da definição de aplicação de recursos. Quando os usuários de saúde estão com sinais e sintomas de TB, para 39,4% dos gestores, às vezes esperam mais de 60 minutos para serem atendidos; 18,2%, quase nunca e 15,2%, nunca. Segundo 84,8% dos gestores, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) sempre oferecem testes para exame de escarro para diagnóstico de TB e para 78,8%, as UBS sempre ofertam exame para HIV/AIDS. A busca de sintomático respiratório na comunidade para 42,4% dos gestores sempre e 18,2% quase sempre é realizada pelos profissionais. 84,8% referiram que os usuários quando precisam de algum controle preventivo de saúde procuram as UBS e 81,8%, afirmaram que os usuários ao apresentarem sinais e sintomas de TB procuram as UBS; 94,7% informaram que as UBS sempre oferecem consulta mensal; 63,2%, que os doentes de TB sempre conseguem consulta médica no prazo de 24 horas. Os dados foram submetidos à análise de confiabilidade. **Conclusão:** Constatou-se que os gestores consideram a AB, a principal porta de acesso do usuário para qualquer ação preventiva ou assistencial, com garantia de acessibilidade às consultas e exames, mas um dos principais atributos da AB, o primeiro contato, ainda não é operacionalizado na sua totalidade por não haver investimento no custeio de vale alimentação e transporte para os pacientes de TB. Os gestores têm pouca participação na aplicação dos recursos financeiros do SUS. A multiplicidade de atividades tem contribuído para a baixa governabilidade das ações de controle da doença, concluindo-se que a incorporação das ações na AB não foi suficiente para aumentar o controle da tuberculose. Na responsabilização da garantia dos princípios de regionalização e integralidade da gestão, é necessário que os gestores se apropriem de instrumentos de análise epidemiológica e compartilhem informações para o planejamento local e regional das ações de controle da doença na AB.

ABSTRACT

The management of health policies is a very wide field of knowledge as well as complex and therefore, requires that local health authority managers in the position of coordinator in the Programme for the Control of Tuberculosis fully comprehend and act upon policies related to the control of tuberculosis. **Objective:** To get a sense of the local health authority managers, covering the area of SRS/UDIA, understanding of the decentralising process for procedures concerning PNCT in accordance with the evaluation surrounding access to services in Basic Health. **Method:** A cross-section study using a Primary Care Assessment Tool (PCAT) questionnaire adapted to the concerns of TB in Brazil. Thirty-three managers/coordinators were interviewed. **Results:** The analysis highlights that 65% of managers consider TB as a priority disease; in relation to the distribution of recourses for 42% of managers, this criterion was not an issue, for 21% this is always based on the needs of the population. Concerning the investment of recourses allocated to TB, 33% referred to this criterion as not being applicable, 18% as always. When it comes to the participation of managers in the discussion and definition of control procedures of TB, 52% always participate, 15% almost always, 36,4% of managers allege that it does not apply and 30% never participate in the definition of resource application for the control of TB. When health care users show signs and symptoms of TB, for 39.4% of managers, these sometimes wait more than 60 minutes to be attended; 18.2% almost never and 15.2% never wait for an hour. According to 84.8% of managers the BHU (Basic Health Unit) always offer pots for the sputum test in order to diagnose TB and for 78% the unit always offer tests for HIV/AIDS. The search for respiratory symptoms for 42% of managers is always and for 18.2% is almost always carried out by professionals. According to 84.8% of managers, health care users when it comes to some form of preventative health control look for a BHU and 81.8% affirm that users when presenting symptoms signs and symptoms of TB look for a BHU. Again 94.7% of managers state that units always offer monthly consultation; 63.2% that patients with TB always manage a doctor's appointment within 24 hours. These data were submitted for variance analysis. **Conclusion:** It was found that managers consider the BHU as the principal focus point for health care users searching for preventative or assistance procedures, with the guarantee of easy access to appointments. However, one of the main attributes of the BHU that being first contact, is still not fully operational in that it does not have appropriate investments in the cost of alimentation and transport for patients with TB. Managers have little participation in the application of financial recourses from SUS. The multiplicity of activities have contributed to the low governability in the procedures concerning the control of the disease, concluding that the incorporation of procedures in BH have in fact not been sufficient in increasing the control of TB. When the subject comes to accountability concerning the guarantee of the principals of regionalization and integrity management, it becomes necessary that mangers take ownership of instruments for epidemiological analysis and share information for local and regional planning of control procedures of the disease in BH.

LISTA DE FIGURAS

FIG.1- Mapa com a distribuição das 13 SRS E GRS do Estado de Minas Gerais, 2011...	21
FIG.2- Modelo de análise da categoria Descentralização, Acesso a serviços de saúde na Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia – 2012	34
FIG.3 - Mapa da área de abrangência das Regiões de Saúde: Uberlândia–Araguari e Patrocínio-Monte Carmelo da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia.....	36
FIG.4 – Dendrograma dos municípios de acordo com a taxa de incidência de tuberculose BK ⁺ na SRS/UDIA - 2004 a 2012.....	44

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Visão dos Gestores Municipais - Acessibilidade ao diagnóstico e tratamento de Tuberculose – Avaliação do desempenho dos serviços de saúde – SRS/UDIA – 2014	40
QUADRO 2 - Visão dos Gestores – Indicadores para o estudo do acesso ao diagnóstico de Tuberculose: Avaliação de desempenho dos serviços de saúde – SRS/UDIA – 2014	47
QUADRO 3 - Visão dos Gestores - Indicadores para o estudo do Acesso ao tratamento de Tuberculose: Avaliação de desempenho dos serviços de saúde - SRS/UDIA – 2014.....	50

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Frequência das funções exercidas pelos Gestores Municipais na SRS/UDIA – 2012	43
TABELA 2 - Taxa de Incidência da Tuberculose Pulmonar e Tuberculose BK ⁺ na SRS-UDIA no período de 2004 a 2012	43
TABELA 3 - Percentual de cura e abandono de casos de Tuberculose Pulmonar BK ⁺ na SRS/UDIA – no período de 2004 – 2012	45
TABELA 4 - Visão dos Gestores sobre o Programa de Controle da Tuberculose - SRS/UDIA – 2012	45
TABELA 5- Visão dos Gestores – Tomada de Decisão sobre o Programa de Tuberculose – SRS /UDIA – 2012	46
TABELA 6 - Visão dos Gestores – Aplicação de recursos do Programa de Tuberculose – SRS /UDIA – 2012	46
TABELA 7 – Visão dos Gestores - Caracterização da principal Porta de Entrada no Sistema de Saúde - SRS/UDIA- 2012	47
TABELA 8 – Visão dos Gestores - Frequência dos usuários às Unidades de Saúde para conseguir consulta – SRS/UDIA – 2012	48
TABELA 9 – Visão dos Gestores - Frequência dos usuários às Unidades de Saúde para atendimento e diagnóstico de Tuberculose – SRS/UDIA – 2012	48
TABELA10– Visão dos Gestores – Frequência dos usuários às Unidades de Saúde para receberem o diagnóstico de Tuberculose –SRS/UDIA – 2012	48
TABELA11 – Visão dos Gestores – Acesso organizacional ao diagnóstico de TB –SRS/UDIA – 2012	49
TABELA 12 –Visão dos Gestores – Acessibilidade organizacional do paciente ao tratamento de Tuberculose - SRS/UDIA – 2012	51
TABELA 13 –Visão dos Gestores- Acessibilidade financeira dos pacientes ao tratamento de Tuberculose - SRS/UDIA – 2012	51
TABELA 14 – Visão dos Gestores – Acessibilidade geográfica ao tratamento de Tuberculose - SRS/UDIA- 2012	52

LISTA DE ABREVIATURAS

- AB** - Atenção Básica
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APS** - Atenção Primária a Saúde
- BGC** - Bacilo de Calmette-Guérin
- CES** - Conselho Estadual de Saúde
- CIB** - Comissão Intergestora Bipartite
- CIR** - Comissão Intergestores Regionais
- CMS** - Conselho Municipal de Saúde
- CNS** - Conferência Nacional de Saúde
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- DAB** - Departamento de Atenção Básica
- DOTS** - Directly Observed Therapy Short-Course
- ENSP** - Escola Nacional de Saúde Pública
- ESF** - Equipe de Saúde da Família
- GM** - Gabinete do Ministério
- GRS** - Gerência Regional de Saúde
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- MG** - Minas Gerais
- MS** - Ministério da Saúde
- NOAS** - Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOB** - Norma Operacional Básica de Saúde
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PAB** - Piso de Atenção Básica
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PCAT** - Primary Care Assessment Tool
- PCT** - Programa de Controle de Tuberculose
- PDR** - Plano Diretor de Regionalização
- PES** - Plano Estadual de Saúde
- PNCT** - Programa Nacional de Controle de Tuberculose
- PPD** - Derivado Proteico Purificado

PPI - Programação Pactuada Integrada
PSF - Programa Saúde da Família
RAS - Regiões Ampliadas de Saúde
RS - Regiões de Saúde
SE - Serviço Especial
SES - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SGR - Subsecretaria de Gestão Regional
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SR - Sintomático Respiratório
SRS - Superintendência Regional de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TB - Tuberculose
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFVS - Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
USF - Unidade de Saúde da Família
VE - Vigilância Epidemiológica
VS - Vigilância em Saúde
WHO - Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	17
1.1 A Tuberculose na Agenda Mundial e Nacional de Saúde	17
1.2 Descentralização das ações de Saúde e do PCT	18
1.3 Descentralização da gestão das ações de controle da TB	22
1.4 Competências das instâncias regionais e municipais de saúde	23
1.4.1 Instância Regional	24
1.4.2 Instância Municipal	24
1.4.3 Competência da atenção básica	25
1.4.4 Descrição das funções dos gestores do PNCT	26
2 - OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo geral	28
2.2 Objetivos específicos	28
3 - REVISÃO DA LITERATURA	29
4 - MATERIAL E MÉTODOS	36
4.1 Tipo de estudo	36
4.2 Local	36
4.3 Participantes	37
4.4 Instrumentos de coleta de dados	37
4.5 Análise estatística	39
5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
6 – RESULTADOS	43
6.1 Caracterizações dos sujeitos participantes	43
6.2 A TB na Agenda Municipal	43
6.3 Visão dos gestores: acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose	47
6.4 Visão dos gestores: acessibilidade ao tratamento de tuberculose.....	49
7 - DISCUSSÃO	53
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
9 - REFERÊNCIAS	67
10 - ANEXO I	75
11 - ANEXO II	77
12 - ANEXO III	78

1 – INTRODUÇÃO

1.1 - A Tuberculose na Agenda Mundial e Nacional de Saúde

Nos cenários mundial e nacional, a tuberculose ainda configura-se como um problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, estando sob risco de desenvolver a enfermidade e que existam anualmente cerca de 8,6 milhões de doentes. O número de mortes por tuberculose baixou para 1,3 milhão, uma queda de 45% entre 1990 e 2012. O objetivo é reverter pela metade a taxa de mortalidade da doença até dezembro de 2015 (WHO, 2013).

Trata-se de uma doença de distribuição pandêmica, porém, nos países desenvolvidos, apresenta tendência decrescente, tanto da morbidade, quanto da mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo estimativas da OMS, o Brasil ainda é um dos países com alta carga de tuberculose ocupando a 16ª posição de destaque em relação ao número de casos novos dentre os 22 países de maior carga bacilífera que concentram 80% dos casos mundiais da doença (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013). Publicação do Ministério da Saúde (2012) destaca que o número de casos registrados caiu 3,54%: foram registrados 71.790, em 2010, contra 69.245, em 2011 casos novos de tuberculose (coeficiente de incidência de 35,59 casos por 100.000 habitantes), dos quais, 56.172 foram formas pulmonares bacilíferas (coeficiente de incidência de 29,33 por 100.000 habitantes) e 9.712 extrapulmonares (coeficiente de incidência de 5,07 por 100.000 habitantes).

De acordo com os dados publicados por Barreira (2013, p.3), “a taxa de mortalidade está em 2,4 por 100 mil habitantes (2011), a média global é de 13 por 100 mil, mais que cinco vezes maior”. A prevalência observada é maior em áreas de grande concentração populacional, e precárias condições socioeconômicas e sanitárias. Nas áreas com elevada prevalência de infecção pelo HIV, vem ocorrendo estabilização, ou aumento do número de casos e óbitos por tuberculose.

Em publicação intitulada - Análise de Situação de Saúde – MG, 2010, o Estado de Minas Gerais, segunda maior população do país, foi caracterizado como a 4ª Unidade da Federação Brasil com maior número de casos, mas apresenta comparativamente o quarto menor risco de adoecer por tuberculose por ter o menor coeficiente de incidência da região sudeste (SES-MG, 2010)

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) estabeleceu como prioridade para abordagem e controle os seguintes grupos mais vulneráveis de adoecimento pela doença: infectados pelo vírus HIV e outros imunodeprimidos, privados de liberdade, população em situação de rua, contatos de caso de TB bacilífera entre outros.

1.2 - Descentralização das ações de Saúde e do PCT

Após a IX Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1992, deu-se início ao processo de descentralização das ações de saúde em todo território nacional. Nessa época, o cenário era complexo e os municípios se encontravam em diferenciados processos de gestão. Em função do momento político de novas gestões nos níveis federal e estadual foram instituídas normas regulamentadoras para agilizar o processo de municipalização, transferindo gradativamente a gestão dos serviços de saúde. Assim, a esfera municipal, gradualmente, torna-se a responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país.

Dado a relevância de prosseguir no processo de municipalização e as necessidades frequentes de aprimoramento do modelo de gestão, foi publicada uma série de normas regulamentadoras como a Norma Operacional Básica do SUS – a NOB-SUS 01/96; as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e 01/2002 que sistematizaram o processo de descentralização da gestão do sistema com diferentes níveis de responsabilidades. Para garantia de acesso do usuário a todos os níveis de atenção à saúde foi instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado.

A NOB-SUS 01/96 descentralizou os instrumentos gerenciais necessários; caracterizou as responsabilidades sanitárias de cada gestor e definiu como principal operador da rede de serviços do SUS, o Sistema Municipal de Saúde.

A NOAS 01/2001, também definiu como responsabilidade da gestão municipal, as ações estratégicas mínimas como o controle da Tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, à assistência integral a saúde da mulher, a assistência à saúde da criança, a saúde bucal que todos os municípios deveriam desenvolver ao assumir esse nível de gestão.

Em 2001, foram pactuadas prioridades entre as três esferas de governo: redução da mortalidade infantil e materna; controle de doenças e agravos; reorientação do modelo assistencial e descentralização; melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e

serviços de saúde; desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; qualificação do controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Para cumprir os preceitos constitucionais de universalização e descentralização, o SUS utilizou diversos instrumentos de gestão (Agendas de Saúde, Planos de Saúde, Relatório de Gestão, Plano Diretor de Regionalização -PDR, e Programação Pactuada e Integrada - PPI), criados segundo a capacidade técnica, administrativa, gerencial dos diversos gestores do SUS.

Ao serem consolidadas e adaptadas em cada esfera de governo, as agendas compõem um processo de responsabilização progressiva, que se inicia com as orientações de governo federal, nos fóruns de saúde e nas referências epidemiológicas e institucionais de cada esfera, sempre com a homologação do respectivo Conselho de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

As agendas de saúde, instrumento utilizados pelos governos municipais, estadual e federal para estabelecer, justificar e detalhar as prioridades da política de saúde, com periodicidade anual, são constituídas por elementos de diversas referências políticas (planos de governo, pactos, deliberação dos conselhos de saúde), técnicas e epidemiológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A PPI tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, quantificando as ações de saúde para população residente em cada território, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2006a).

O PDR ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, criou mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Por intermédio do PDR foram efetuadas a organização, a regionalização e a hierarquização da rede de forma a garantir o acesso universal e integral da população. A sua elaboração respeita o processo de planejamento integrado, que envolve um conjunto de municípios que compõem uma região de saúde do estado. O PDR foi amplamente discutido na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no Conselho Estadual de Saúde, (CES) e nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), para que cada município estivesse ciente e de acordo com o seu papel, e que pudessem receber os recursos referentes aos usuários referenciados por outros municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Neste período observa-se uma aceleração importante do processo descentralizador. Os incentivos disponibilizados para o fortalecimento da atenção básica

foram determinantes para o crescimento do número de equipes de saúde da família (ESF) e a institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF) ganha evidência significativa como instrumento de reorganização do sistema de serviços de saúde. Na perspectiva de estruturar esse novo modelo de gestão, fez-se necessária a utilização de instrumentos de planejamento e regulação do sistema, elaborados em sintonia com as diretrizes da política de descentralização contidas na NOAS 01/02 (BODSTEIN, 2002).

Analisando a repercussão da efetivação do PDR, Vasconcelos e Pasche (2006) consideram que o PDR por não conseguir assegurar o acesso da população a serviços especializados, criou um impasse para a gestão municipal, contribuindo assim, para a oferta de uma atenção básica não resolutive e de baixa qualidade.

Para superar as dificuldades nas relações entre os envolvidos na pactuação do processo de descentralização e regionalização, em 2006, aprovou-se a portaria nº 699/GM, que regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, de Gestão e Pacto em Defesa do SUS.

O Pacto pela Vida instituiu um conjunto de compromissos sanitários visando o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. Para o controle da tuberculose ficou estabelecido como principal meta, ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticada a cada ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Mendes (2011) analisando o processo de descentralização do SUS destaca como pontos positivos da municipalização a consolidação do mando único municipal, com reforço a capacidade de regulação das Secretarias Municipais de Saúde, negociação com os prestadores e a contratação de serviços, mas identificam-se debilidades nesse processo referentes à equidade, à eficiência e à qualidade dos serviços de saúde.

O processo de descentralização do SUS ocorreu através da desconcentração das ações das Secretarias Estaduais para as regionais de saúde e de certas Secretarias Municipais de grandes municípios em distritos sanitários.

O Estado de Minas Gerais passa a ser subdividido em 13 Regiões Ampliadas de Saúde (RAS), compostas por 77 Regiões de Saúde (RS) de acordo com o Decreto nº 7.508 de 2011 e Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219/2012. Entre as 13 RAS mineiras, a Região do Triângulo Norte é formada por 27 municípios e subdividida em 3 RS: a Região de Ituiutaba, composta por 09 municípios com cerca de 185.166 habitantes; a RS de Uberlândia/Araguari, composta por 09 municípios com aproximadamente 820.693 habitantes e, por fim, a RS Patrocínio/Monte Carmelo, também composta por 09 municípios com cerca de 185.125

habitantes. O mapa (Figura1) que apresenta as 13 RAS e Gerência Regional de Saúde (GRS) de Minas Gerais.

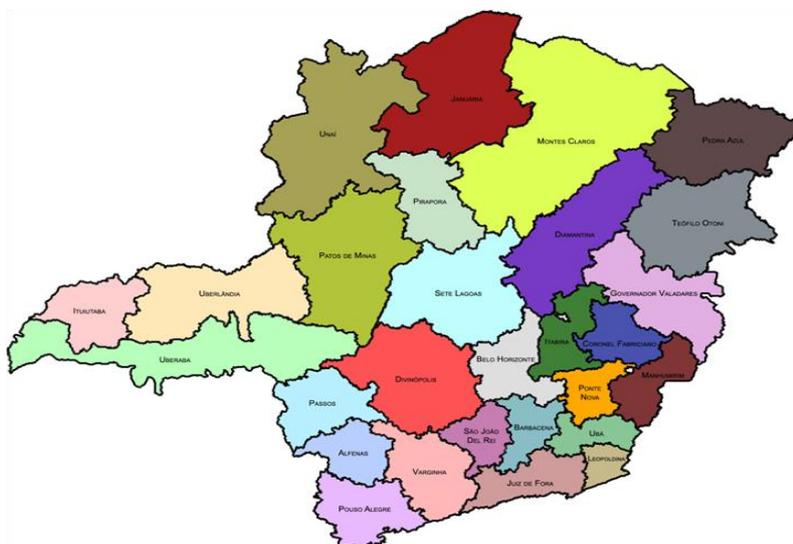


FIG.1- Mapa com a distribuição das 13 SRS E GRS do Estado de Minas Gerais, 2011.

Em 2011, a Lei Delegada nº 180, de 20 de janeiro de 2011, art.223 redefiniu a estrutura orgânica da SES/MG, criando internamente na Subsecretaria de Gestão Regional, as Superintendências Regionais de Saúde (SRS), sede de Regiões Ampliadas de saúde e GRS, sede de regiões de saúde.

As SRS de acordo com a publicação da SES/MG (2011), tem por finalidade apoiar, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde, fortalecendo a governança regional do Sistema Estadual de Saúde em suas áreas de abrangência, competindo-lhe:

- I - coordenar, implementar, monitorar e avaliar as redes e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, no âmbito regional;
- II - promover e fortalecer ações de vigilância em saúde articulando-se com os municípios, órgãos e instituições com as quais apresentem interfaces em saúde;
- III - coordenar, monitorar e acompanhar o sistema de regulação assistencial;
- IV - auxiliar os municípios na criação de uma identidade macro e microrregional, fortalecendo o sistema de governança e promovendo o alinhamento tático da gestão regional;
- V - gerenciar e executar as atividades de gestão de pessoas, de material, de patrimônio, de consumo, de administração orçamentária, contábil, financeira e de prestação de contas necessárias ao seu funcionamento; e
- VI - implantar, monitorar as ações de mobilização social em saúde na respectiva região.

1.3 - Descentralização da gestão das ações de controle da TB

A descentralização das ações de controle da tuberculose acompanha todo o movimento da reforma do sistema de saúde no Brasil a partir da promulgação da Constituição de 1988, da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90 e 8142/90. Para compreender esse processo, é importante localizar o referencial teórico sobre descentralização das ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

O PNCT antes da promulgação da Constituição Federal era executado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais. As ações desse programa eram gerenciadas pelas Coordenações Estaduais, responsáveis pela condução das ações nos municípios. As ações assistenciais aos pacientes com tuberculose eram prestadas por médicos das Secretarias Estaduais de Saúde, com foco no diagnóstico clínico, tratamento, controle de contatos.

Até a década de 60, ações de controle da tuberculose eram desenvolvidas de forma isolada nos antigos sanatórios e dispensários.

As ações eram normatizadas pelo Ministério da Saúde, coordenadas e executadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Em 1964, o Comitê de Peritos em Tuberculose da OMS recomendou que as atividades fossem integradas ao sistema de saúde vigente e propôs três pontos básicos para as ações de controle: “deveriam ser permanentes e com cobertura nacional; estarem adaptadas às necessidades da população e integradas às demais ações dos serviços gerais de saúde pública” (FEITOSA E PROCOPIO, 2008, p.38).

Em decorrência dessa ação, o Brasil elaborou suas estratégias: a primeira foi o Plano Emergencial para Controle da Tuberculose (1994), com priorização de 230 municípios, incorporação das ações de controle da tuberculose ao processo de municipalização e sua maior integração aos Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família (PACS), padronização de regimes terapêuticos entre outras (HIJJAR, 2007).

Com a publicação do Plano Emergencial para controle da Tuberculose em 1994, o Ministério da Saúde elegeu, usando critérios epidemiológicos (incidência, mortalidade e associação com HIV) em combinação com dados operacionais do programa, 230 municípios prioritários que concentravam a maioria dos casos do País e assim estabeleceu as metas que esses municípios deveriam cumprir:

“aumentar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose em todo o país, integrando atividades de diagnóstico e tratamento em pelo menos 80% dos Centros de Saúde existentes na rede pública dos 230 municípios priorizados; Implementar o diagnóstico bacteriológico da Tuberculose através da melhoria da rede de laboratório e capacitação de recursos humanos; Descobrir pelo menos 90% dos casos existentes de Tuberculose; Curar pelo menos 85% dos casos novos descobertos; Desenvolver ação política, junto às autoridades de saúde e sociedades representativas na área de saúde pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.33)

Os critérios de priorização dos municípios para controle da tuberculose foram publicados no Plano Nacional de Controle da Tuberculose- PNCT, (1998). O PNCT em decorrência de uma decisão do Conselho Nacional de Saúde (CNS) resolveu destacar a tuberculose como um problema prioritário de Saúde no Brasil (CNS, 1998). Foi instituída uma série de medidas de forma a consolidar mudanças significativas nos procedimentos e na gestão do Controle da Tuberculose no País.

Essas metas foram novamente reavaliadas para cumprir metas mundiais de controle da doença, ou seja, localizar no mínimo 70% dos casos estimados anualmente para tuberculose e curar no mínimo 85% destes (RUFFINO-NETTO, 2001).

A situação epidemiológica da doença em Minas Gerais era crítica devido às altas taxas de abandono, a falta de adesão dos pacientes ao tratamento e a baixa identificação de sintomáticos respiratórios (SR) pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) (NAVARRO, 2008).

Para atender as metas estabelecidas no PNCT, o Estado de Minas Gerais, em 2005, elaborou o Plano de Ação do Programa de Controle de Tuberculose (PCT), adotando estratégias para maior integração da Secretaria Estadual de Saúde com os municípios, especialmente os prioritários e estratégicos e importantes ações gerenciais, educativas e de promoção da saúde (NAVARRO, 2008).

Outra importante estratégia para a descentralização das ações do PNCT foi a incorporação das ações de controle da TB na Atenção Básica ou Primária (AB) e com a publicação das funções e diretrizes da AB, portaria GM- MS 2488/2011, com o estabelecimento de mecanismos que possibilitam o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, reafirmando a AB como a porta de entrada preferencial da rede de atenção, para acolher os usuários e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde.

Frente ao avanço significativo do processo de implantação e expansão da estratégia saúde da família é importante destacar que ainda é hegemônico o modelo tradicional de assistência à saúde, alicerçado na lógica de atenção por demanda espontânea e operacionalizada nas redes de atenção à saúde em todo o País.

1.4 – Competências das instâncias regionais e municipais de saúde

O SUS pressupõe a hierarquização das ações de saúde com distribuição das competências pelas três esferas da administração pública. De acordo com o Manual de

Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, (2011, p.170-173), as responsabilidades das esferas regional e municipal podem ser resumidas como:

1.4.1 - Instância Regional

- Em determinados estados e municípios, a estrutura administrativa inclui um nível intermediário definido como “regional de saúde”. Para tais casos, essa estrutura intermediária deverá promover maior proximidade entre os níveis central e local, possibilitando maior agilidade na implantação e/ou implementação de ações de controle da tuberculose ou na resolução de problemas.

1.4.2 - Instância Municipal

- Monitorar os indicadores epidemiológicos, bem como acompanhar o cumprimento de metas propostas nos diversos pactos.
- Coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios no município, bem como supervisionar e, inclusive, participar da investigação e do controle dos contatos de pacientes bacilíferos na comunidade.
- Notificar ao SINAN a identificação de caso de tuberculose no município, bem como acompanhá-lo por meio do sistema de informação, durante todo o tratamento, com a geração de boletins de acompanhamento mensal.
- Consolidar e analisar os dados gerados pelo sistema de informação, oferecendo informações por meio de boletins ou informes, além de utilizá-las para fins de planejamento, monitoramento e avaliação.
- Assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizado nas normas.
- Participar da operacionalização dos tratamentos diretamente observados no município e acompanhar as medidas de controle preventivas e profiláticas.
- Providenciar, junto ao órgão regional ou estadual, os medicamentos para o tratamento de casos descobertos e distribuí-los às respectivas unidades de saúde.
- Zelar pela vacinação BCG dos recém-nascidos.
- Articular-se com as unidades executoras, com a equipe da ESF e/ ou agente comunitário de saúde e com os segmentos organizados da comunidade, visando aperfeiçoar as ações de controle da tuberculose em todas as fases, inclusive com a participação da sociedade civil na promoção à saúde e no controle social das ações realizadas pelos três níveis de governo.
- Identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referências municipais, regionais e estaduais.

- Identificar, mapear e capacitar unidades básicas com ações de controle da TB e unidades de referência secundária e terciária para o controle da doença, com apoio dos estados.

1.4.3 - Competência da atenção básica

- Realizar a “busca de sintomáticos respiratórios” – busca ativa permanente na unidade de saúde e/ou no domicílio
- Realizar a coleta de escarro e outros materiais para o exame de baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade, cuidando para que o fluxo desses exames seja oportuno e que o resultado da baciloscopia esteja disponível para o médico, no máximo, em 24 horas na rede ambulatorial.
- Solicitar cultura, identificação de micobactérias e teste de sensibilidade, para os casos previstos.
- Indicar e prescrever o esquema básico, realizar o tratamento diretamente observado e monitorar todos os casos bacteriologicamente confirmados com baciloscopia de controle até o final do tratamento. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopia negativas indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias.
- Oferecer o teste anti-HIV a todos os doentes de tuberculose independentemente da idade, realizando o aconselhamento pré e pós-teste.
- Realizar controle diário de faltosos utilizando estratégias como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio, a fim de evitar a ocorrência de abandono.
- Realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença.
- Identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados “menores”.
- Realizar vacinação BCG
- Indicar, realizar ou referenciar, quando necessário, contatos ou suspeitos de tuberculose para prova tuberculínica.
- Solicitar cultura, identificação de espécie de micobactérias e teste de sensibilidade para os casos com baciloscopia de controle positiva ao final do 2º mês e para os casos de falência, garantindo o tratamento diretamente observado. Os casos com evolução clínica desfavorável deverão ser encaminhados para a referência.

- Preencher, de forma adequada e oportuna, os instrumentos de vigilância preconizados pelo PNCT (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios, de tratamento e acompanhamento dos casos).
- Encaminhar para a unidade de referência os casos nas seguintes situações (difícil diagnóstico, presença de “efeitos adversos maiores”, presença de comorbidades, casos de falência ao tratamento).
- Responsabilizar-se pelo bom andamento de todos os casos de sua região de abrangência, acompanhando a evolução dos casos internados por meio de contato periódico com o hospital e/ou família do doente.

1.4.4. Descrição das funções dos gestores do PNCT

Para a condução do processo de descentralização faz-se necessário identificar os papéis dos gestores do PNCT:

- Referência Técnica do PCT – está envolvido no planejamento e na elaboração das ações do PCT na SRS/UDIA e indiretamente na organização das ações nos municípios e na resolução de problemas. Sua função é de verificar se as diretrizes do PCT estão sendo implementadas ;
- Secretário Municipal de Saúde – está envolvido na implantação das ações do PCT no município e sua função é de fomentar as ações no município e se os resultados estão sendo atingidos de acordo com as metas pactuadas;
- Coordenador Municipal do PCT – está envolvido diretamente com o contexto organizacional na elaboração e implantação das ações do PCT. Sua função é de verificar se as ações realizadas estão com as estratégias do programa.
- Coordenador de Vigilância em Saúde (CVS) – é uma denominação mais ampla das ações de vigilância, englobando as áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. Está envolvido na análise e monitoramento das ações de vigilância da doença no município e na área de abrangência da SRS/UDIA e no município.
- Coordenador de Vigilância Epidemiológica (CVE) - está envolvido na análise e monitoramento das ações de vigilância da doença no município e na área de abrangência da SRS/UDIA e no município.
- Coordenador de Atenção Primária à Saúde (CAPS) - está envolvido na coordenação, implantação e execução das ações assistenciais e de vigilância epidemiológica da doença no município e na área de abrangência das Unidades de Saúde ou diretamente

na operacionalização das ações do PCT nas unidades de saúde, na implementação de condições adequadas (capacitação, acesso a exames, medicamentos e referências) em unidades de atenção básica que compõem a rede.

O modelo gerencial do sistema de saúde, as especificidades de organização da Atenção Primária adotadas por cada município e o cenário epidemiológico descrito para o enfrentamento de questões como a associação TB/AIDS, o aumento da multidroga resistência, o abandono de tratamento, dentre outras, criaram as condições para que o MS e a SES/MG, amparados em legislações, estimulassem a descentralização das ações de controle da tuberculose, propondo mudanças na atenção proporcionada aos usuários através da melhoria no acesso, aumento da taxa de cura, intensificação da busca de sintomáticos respiratórios, e execução articulada das ações de promoção, prevenção e tratamento na Atenção Primária de Saúde.

Considerando os diferentes estágios do processo de descentralização e as especificidades locais, quais fatores influenciam a implementação das estratégias preconizadas pelo programa de tuberculose nos municípios?

Fatores como o não envolvimento dos gestores na organização dos serviços de saúde para o controle da TB, principalmente pela deficiência no planejamento das ações, oferta de insumos básicos, reorganização do fluxo de atendimento dos pacientes de TB na atenção básica contribuem para dificultar o acesso no diagnóstico e tratamento da doença?

Mediante as considerações da legislação e das inúmeras variáveis para análise do processo de descentralização e especificidades locais é importante neste estudo evidenciar a questão problematizadora: o modelo de gerenciamento das ações do PNCT executado pelos municípios tem sido determinante para a garantia do acesso da população às ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose ?

A organização do modelo gerencial adotado pelos municípios reforça somente o atendimento de demanda espontânea em detrimento das ações de vigilância em saúde, ou seja, o modelo empregado de gestão tem foco na assistência e não no gerenciamento da vigilância em saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

Conhecer a visão dos gestores municipais de saúde da área de abrangência da SRS / UDIA sobre o processo de descentralização das ações do PNCT de acordo com a avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho de serviços da atenção básica no controle da TB.

2.2 – Objetivo específico

Avaliar o desempenho organizacional dos serviços de saúde por meio dos resultados dos indicadores que compõem a agenda municipal, acessibilidade ao diagnóstico e tratamento das ações de tuberculose na atenção básica de saúde, segundo visão dos Gestores Municipais de Saúde.

3. – REVISÃO DA LITERATURA

A partir da década de 90, gradativamente as ações do PCT foram descentralizadas para os municípios. Nesse período, a estrutura organizacional dos municípios era muito heterogênea. Alguns, já dispunham de uma estrutura mínima de serviços básicos de saúde; a grande maioria dos municípios não possuía serviços próprios para o atendimento e os pacientes com suspeita de tuberculose, na maioria das vezes eram encaminhados ou procuravam por iniciativa própria, atendimento médico em outro município. Não havia definição territorial para o atendimento dos pacientes suspeitos ou com tuberculose, controle de referência e contrarreferência institucionalizados e nem responsabilização por parte dos municípios para o atendimento desses.

A descentralização do programa de tuberculose ocorreu ainda na vigência do modelo hegemônico de assistência à saúde, tendo como principal ator o médico e suas ações complementadas por outros profissionais da área da saúde, geralmente auxiliares de saúde ou técnicos de formação de nível médio capacitados para ações de controle.

A proposta de descentralizar as ações e serviços da tuberculose como uma alternativa de garantir o acesso à saúde para todos os cidadãos através de um novo modelo assistencial encontra na Estratégia de Saúde da Família (ESF) elementos estruturantes:

“coordenação da rede de atenção à saúde e ser a principal porta de acesso para os usuários do SUS, tanto no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2011).

No processo de descentralização das ações de controle da tuberculose, as atividades de natureza técnica (entrega de medicamentos, controle dos faltosos, tratamento supervisionado, busca de sintomáticos respiratórios) foram incorporadas pela Atenção Básica mantendo centralizadas as atividades gerenciais (digitação dos dados do SINAN-TB, capacitação das equipes de saúde e a supervisão das equipes locais).

A Atenção Básica (AB), por meio das equipes de Saúde da Família representa uma forma de acesso universal aos serviços de saúde, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde na família e comunidade, como pré-natal, planejamento familiar, controle de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, controle de doenças transmissíveis utilizando uma equipe formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2002).

Nos serviços de saúde, a tomada de decisão continua ainda em informações fragmentadas, associadas a estudos pontuais para resolver problemas específicos e emergenciais. Esta situação não possibilita ao gerente uma visão global do sistema e por sua vez a intervenção não é eficaz.

A gestão das políticas de saúde, campo de conhecimento muito amplo e complexo requer domínios dos Gestores Municipais / Coordenadores do PCT em relação às políticas nacionais, regionais e locais relacionadas à tuberculose através das agendas de saúde; conhecimentos de epidemiologia para analisar o impacto das ações do PCT em ambos os níveis e noções de gestão para prevê, programar, utilizar e avaliar o manejo dos recursos econômicos e humanos para tomada de decisões.

Essa função na maioria dos municípios brasileiros está desconcentrada nos diversos níveis hierárquicos do SUS. As Secretarias Municipais de Saúde como qualquer organização, tem sua estrutura administrativa composta de vários níveis organizacionais. O nível mais elevado da organização institucional é representado pelo Secretário Municipal de Saúde, Gestor estratégico do Sistema. O nível intermediário que articula internamente o nível institucional com o operacional é composto pelos Coordenadores de Vigilância em Saúde (CVS), Coordenadores de Vigilância Epidemiológica (VE), Coordenadores de Atenção Primária (APS) e Coordenadores do PCT. No nível operacional, os Coordenadores de Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) ou Coordenadores de Equipes de Saúde da Família (ESF) que administram, executam e realizam ações de promoção, proteção e assistenciais no controle tuberculose.

Faz-se necessário identificar os papéis dos gestores na condução das ações programáticas do PCT:

- Secretário Municipal de Saúde – está envolvido na implantação das ações do PCT no município e sua função é de fomentar as ações no município e se os resultados estão sendo atingidos de acordo com as metas pactuadas;
- Coordenador Municipal do PCT – está envolvido diretamente com o contexto organizacional na elaboração e implantação das ações do PCT. Sua função é verificar se as ações realizadas estão de acordo com as diretrizes do programa e na resolução de problemas.
- Coordenador de Vigilância em Saúde (VS) – é uma denominação mais ampla das ações de vigilância, englobando as áreas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. Está envolvido na análise e monitoramento das

ações de vigilância da doença no município e na área de abrangência da SRS/UDIA e no município.

- Coordenador de Vigilância Epidemiológica (VE) - está envolvido na análise e monitoramento das ações de vigilância da doença no município e na área de abrangência da SRS/UDIA e no município.
- Coordenador de Atenção Primária à Saúde (APS) - está envolvido na coordenação, implantação e execução das ações assistenciais e de vigilância epidemiológica da doença no município e na área de abrangência das Unidades de Saúde ou diretamente na operacionalização das ações do PCT nas unidades de saúde, na implementação de condições adequadas (capacitação, acesso a exames, medicamentos e referências) em unidades de atenção básica que compõem a rede.

De acordo com a NOB/96, os Gestores devem sistematizar a gestão como “a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” e os gestores intermediários que assumem a função de gerência, “devem compreendê-la como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviços do SUS”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Dobashi et al (2010), analisando o pacto interfederativo na saúde e a gestão compartilhada esclarece que

“o conceito de gestão em saúde introduzido pela NOB e reforçado pelo pactos potencializam as questões inerentes a essa condição: ser gestor da saúde implica implantar novos modos de atenção, baseados na territorialidade e voltados para atender as necessidades sociais demandadas e percebidas; significa participar de um projeto de governo como ator social envolvido no interesse coletivo; significa ter governabilidade (pacto social e sustentabilidade) e capacidade de gestão (dirigente, mediador de interesses, executor e avaliador), ou seja, compartilhar um projeto que exige competência política, capacidade técnica e sustentabilidade”. (2010, p.18)

Segundo Barrêto et al (2012, p.3), “um importante ator na gestão do cuidado em sua dimensão organizacional é o profissional que atua como gestor ou que desenvolve ações gerenciais”.

Na Atenção Primária de Saúde (APS) essas ações foram incorporadas como um programa verticalizado, por que todo o seu processo de condução, avaliação, monitoramento estava centrado nos níveis intermediários de gestão. A execução das ações pelas UBS ou pelas

ESF. Foram também criados serviços especializados na rede de atenção, referência para atendimentos de demanda espontânea dos pacientes, com médico especialista.

Para a coordenação das ações programáticas, nos municípios de porte médio e capitais criaram estruturas administrativas verticalizadas em seus organogramas como as coordenações de tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, saúde mental.

Na dimensão organizacional, os coordenadores foram considerados importantes atores na gestão intermediária dos serviços de saúde que, na visão de Santos et al, (2010 p.65), “atuam como articuladores desse processo, desempenhando suas funções técnico-científico e capacidade gerencial para efetivar a incorporação de controle da Atenção Básica nos diferentes níveis do sistema de saúde”.

O processo de reestruturação do PNCT coloca como desafio implementar mudanças na gestão das políticas públicas não somente a nível de correções técnicas e administrativas, mas que visem mudanças no processo de organização das ações na AB. É dentro dessa perspectiva, tanto a nível do programa quanto no cenário epidemiológico da tuberculose, que a atividade da avaliação ganha importância.

Para Hartz (2005), a análise de implantação ou implementação tem exatamente como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos ou resultados, o que torna importante quando a intervenção é complexa.

A avaliação nos serviços de saúde é fazer julgamento a respeito de intervenções ou de seus componentes para propiciar informações importantes que irão subsidiar a tomada de decisão (HARTZ, 2005). É um processo técnico-administrativo de aferição de como as metas e objetivos estão sendo alcançados para que os serviços possam dar respostas apropriadas aos problemas de saúde da população e melhorar o seu desempenho.

A avaliação dos programas de saúde constitui um processo estruturado e lógico de obtenção de conhecimento da realidade e de confrontação com valores de referências: normas, modelos teóricos, parâmetros (NOVAES, 2000).

A avaliação deve ser entendida como processo contínuo e coerente entre planejamento e programação dos serviços de saúde permitindo o acompanhamento dos problemas e facilitar o processo de tomada de decisão para o seu enfrentamento.

Para operacionalizá-la pode ser tomado com eixo de análise o estudo de acessibilidade que permite aprender a relação entre as necessidades e aspirações da população e a oferta de recursos para satisfazê-los.

O modelo proposto por Donabedian (1978) tem sido amplamente utilizado para a avaliação de qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, três componentes são destacados: estrutura-processo-resultado. A estrutura compreende recursos e insumos, assim como a organização desses para a realização das atividades. Já o processo refere-se às atividades: a forma como o trabalho está organizado para produzir o cuidado pelos profissionais (oferta de atenção) e pela população (recebimento da atenção). O resultado é a ação do produto sobre a saúde das pessoas, podendo o impacto dessas atividades ser medido nos indivíduos e na população por meio de indicadores.

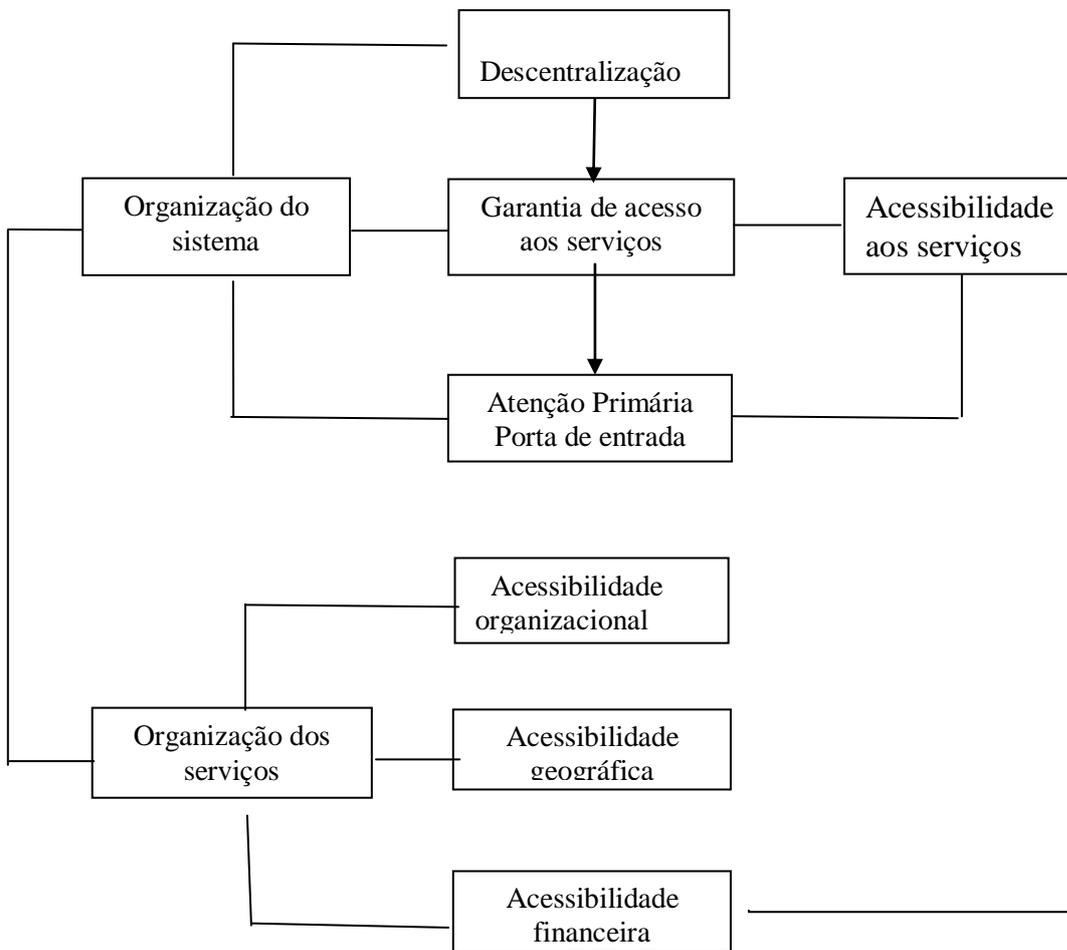
Em se tratando de um programa de saúde, a avaliação das ações através de indicadores epidemiológicos e de processo de organização do sistema de saúde permite emitir um julgamento sobre as ações desenvolvidas pelos municípios da SRS/ UDIA.

Diversos autores estudaram os efeitos da descentralização sobre as práticas gerenciais e assistenciais no SUS (MENDES, 1992; PAIM, 1999, VILLA, 2008). Para compreender a complexidade dessa análise foi necessária a elaboração de um modelo teórico que envolvesse às diretrizes setoriais da política de saúde, critérios relacionados a estrutura de organização do sistema de saúde bem como as dimensões da organização dos serviços relacionadas ao acesso dos serviços de saúde e as funções de gestor municipal de saúde no pleno exercício do poder público.

Com base em estudos de Andrade, (2009); Villa, (2013), sobre avaliação das ações e serviços de saúde, para a análise da dimensão descentralização e acesso a serviços de saúde foi necessária à construção de um modelo que facilitasse a compreensão do processo de descentralização das ações de controle da tuberculose, segundo visão dos gestores municipais (FIG. 2).

Ao analisar a proposta de operacionalização das categorias descentralização e acesso em modelo de análise de sistema de saúde, Hortale, Virginia A.; Pedroza, Manoela e Rosa, Maria Luiza G. (2000, p.2) admitem a hipótese de que “se o sistema de saúde é descentralizado, ele vai permitir maior acesso dos usuários ao sistema”.

FIGURA 2- MODELO DE ANÁLISE DAS CATEGORIAS DESCENTRALIZAÇÃO E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE NA SRS/UDIA - 2014



Fonte: adaptação do modelo de Cunha, A. B.O et al, 2010.

Para Donabedian (1973 apud Mendes, p.73), o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor distingue dois aspectos fundamentais do acesso: o sócio-organizativo e o geográfico. No aspecto sócio-organizativo se encontram todos os atributos relacionados aos recursos que facilitam ou dificultam os esforços dos usuários para obter o serviço. O aspecto geográfico se refere à relação entre o tempo gasto e a distância física que se deve percorrer para ser atendido.

Para Travassos e Martins (2004, p.191), “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É algo mais que apenas a disponibilidade de recursos em um determinado momento”. As autoras citam conceitos amplamente difundidos de Donabedian (1973) que “emprega o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível- enquanto outros

preferem o substantivo acesso- ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde”.

O acesso pode ser definido como um conceito que representa o grau de adaptação entre o cliente e o sistema de saúde. Starfield (2002 p.225) distingue os termos acesso e acessibilidade. Acesso “é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde”. Acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, “é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde, necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato”.

Os conceitos de porta de entrada e de acesso também estão relacionados com os princípios da Atenção Básica ou Primária. Na concepção de Starfield, (2002, p.225),

“atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), [...] e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em outro lugar ou por terceiros”.

Porta de entrada é “compreendida como o local ou o profissional a ser procurado como primeiro ponto de atenção a cada novo problema de saúde percebido; é o local de primeiro contato dentro do sistema de saúde” (STARFIELD, 2002 p.225).

As dimensões básicas essenciais da AB em Saúde, definidas por Starfield (2002) estão contidas na Portaria GM- MS 2488/2011 que relaciona como funções e diretrizes da AB ou AP, a garantia do acesso universal, o estabelecimento de mecanismos que assegurem a acessibilidade para acolher os usuários e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. Segundo definição do decreto nº 7508/2011, a AB tem por função coordenar o cuidado e ordenar as redes.

A acessibilidade representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos serviços de saúde, como demoram na obtenção de consulta, dificuldades de marcação de consultas, a garantia da continuidade da atenção, a acessibilidade representa a relação funcional entre os obstáculos na procura e obtenção de cuidados (resistência) e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos (poder de utilização) (TRAVASSOS, 2004).

4. – MATERIAL E MÉTODOS

4.1 -Tipo de estudo

Estudo transversal, de análise do desempenho dos serviços de Atenção Básica no controle da tuberculose pelos Coordenadores do PCT; Coordenadores de VE e AB dos municípios jurisdicionados a Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia.

4.2 - Local

A pesquisa foi realizada nos municípios componentes da RAS do Triângulo Norte, assim denominada após o Decreto nº 7.508/2011 e Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219/2012. A RAS de Uberlândia é composta por três RS: Ituiutaba; Uberlândia-Araguari e Patrocínio-Monte Carmelo. Este estudo abrangerá somente os 18 municípios jurisdicionados à SRS/UDIA composta pelas RS Uberlândia/Araguari, formada por 09 municípios com aproximadamente 820.693 habitantes: Araguari, Araporã, Cascalho Rico, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara e Uberlândia. A RS Patrocínio/Monte Carmelo, também formada por 09 municípios com cerca de 185.125 habitantes: Abadia dos Dourados, Coromandel, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Iraí de Minas, Monte Carmelo, Patrocínio, Romaria.

O mapa a seguir representa a divisão territorial das RS que compõe o território referência para a realização da pesquisa.

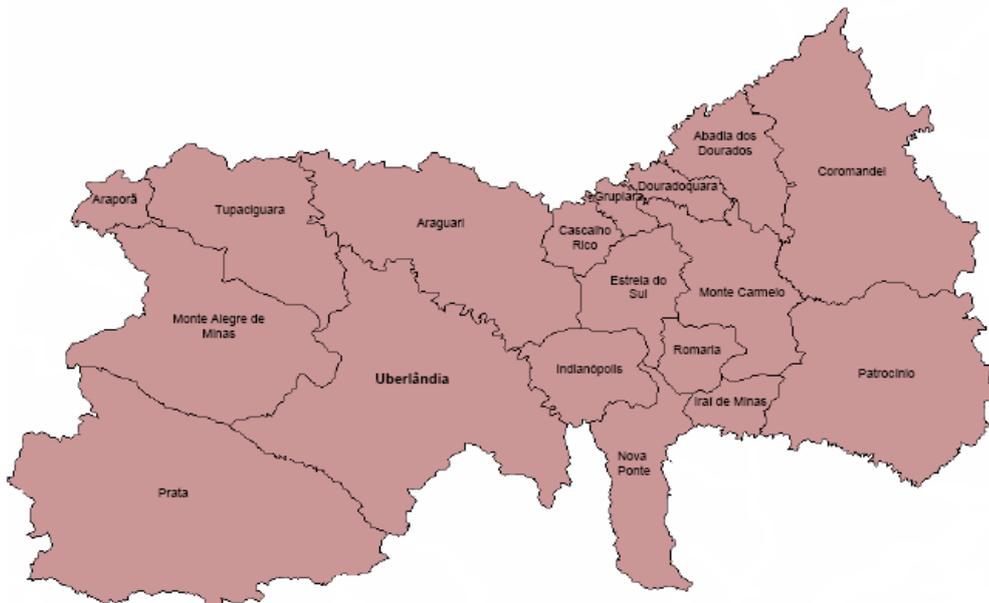


FIG. 3 - Mapa da área de abrangência das RS: Uberlândia-Araguari e Patrocínio-Monte Carmelo da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia

4.3 – Participantes

A população de estudo foi constituída pelos profissionais de saúde (3 Coordenadores do PCT, 4 de Vigilância em Saúde (CVS), 11 de Vigilância Epidemiológica (CVE) e 15 de Atenção Primária à Saúde (CAPS) das Secretarias Municipais de Saúde). Como qualquer organização, as Secretarias Municipais têm sua estrutura administrativa composta de vários níveis organizacionais. No nível institucional, o mais elevado da organização é representado pelo Secretário Municipal de Saúde, Gestor estratégico do Sistema; no nível intermediário que articula internamente o nível institucional com o nível operacional, é composto pelos Coordenadores de VS, VE, AP e do PCT e no nível operacional, o nível que administra, executa e realiza ações de promoção, proteção e assistência no controle tuberculose, essas ações estão delegadas aos Coordenadores de UBS ou UBSF ou Coordenadores de ESF.

Os critérios de inclusão foram: serem os sujeitos responsáveis pela gestão das ações e estratégias de controle da tuberculose adotadas nos municípios que fazem a notificação positiva e negativa de ocorrência de casos de tuberculose em seu território, de acordo com a Portaria nº 104 do Ministério da Saúde de 25 de janeiro de 2011 e que estivessem no exercício da função no período político da gestão municipal (2008 – 2012).

Foram excluídos os Gestores que se encontravam de licença médica, de férias regulamentares ou exoneradas do cargo no período de coleta dos dados.

4.4 - Instrumentos de coleta de dados

Para avaliação das ações descentralizadas do PCT, foram utilizados instrumentos diferenciados e específicos da avaliação dos serviços de saúde contemplando as variáveis básicas: estrutura, processo e resultados.

Para avaliação da variável processo dos serviços utilizou-se o QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO NO CONTROLE DA TB NO BRASIL – anexo I. Este instrumento é componente do “Primary Care Assessment Tool” (PCAT), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de John Hopkins, Starfield (2002), adaptado e validado para o Brasil por Macinko, Almeida e Oliveira (2003) em Petrópolis e adaptado para avaliar a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2008).

O questionário contém 96 questões para avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção básica no controle da tuberculose. Cada uma dessas

dimensões está relacionada a um conjunto de ações de gestão da prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da TB em nível municipal em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil, organizado em 13 dimensões: TB na agenda municipal, porta de entrada, acesso (subdividido em acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento), vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para comunidade e formação profissional.

Esta pesquisa utilizou 43 questões do instrumento adaptado por Villa e Ruffino-Netto (2008), organizadas em quatro dimensões: TB na agenda municipal; porta de entrada; acesso ao diagnóstico e tratamento, com incorporação de algumas questões das dimensões elenco de serviços e orientação para a comunidade.

Cada pergunta contém cinco/seis possibilidades de resposta tipo Likert (nunca, quase nunca, algumas vezes, quase sempre, sempre e não se aplica) e sua aferição se dá por meio de escala, na qual um corresponde ao pior desempenho e cinco ao melhor. Para cada item das dimensões analisadas Agenda em Saúde (11.a a 11.j), Porta de Entrada e Acesso ao diagnóstico (14 a 29) e tratamento (30 a 43) foram criados indicadores separadamente.

A escala de Likert é atribuída a Rensis Likert (1931), que descreveu esta técnica para a avaliação de atitudes. McIver e Carminas (1981) descrevem a escala de Likert da seguinte forma:

Um conjunto de itens, composto por aproximadamente igual número de declarações favoráveis e desfavoráveis relativos ao objeto atitude, é dado a um grupo de indivíduos. Eles são convidados a responder a cada afirmação em termos de seu próprio grau de concordância ou discordância. Normalmente, eles são instruídos a escolher uma das cinco respostas: concordo totalmente, concordo, indeciso, discordo ou discordo totalmente. As respostas específicas para os itens são combinadas de modo que os indivíduos com as atitudes mais favoráveis terão as maiores pontuações enquanto os indivíduos com as atitudes menos favoráveis (ou desfavoráveis) terão as notas mais baixas. Embora nem todas as escalas existentes são criadas de acordo com os procedimentos específicos de Likert, todas essas escalas compartilham a lógica básica associada à escala Likert (págs. 22 e 23).

McIver e Carmines (1981, p.15) dizem: "É muito improvável que um único item pode representar plenamente um conceito teórico complexo ou qualquer atributo específico para esse assunto". Assim, o seu grau de validade, precisão e confiabilidade muitas vezes é desconhecido.

Os dados do questionário foram compilados no Programa Microsoft Excel 2008. As análises foram realizadas no Programa SPSS – versão 20.0.

Como técnica para a coleta de dados secundários foi utilizada a pesquisa documental em registros institucionais e estatísticos, as fichas de notificação digitadas no SINAN-NET que constituem a base de análise epidemiológica do programa de controle da tuberculose.

Este sistema é alimentado principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de notificação compulsória, do Ministério da Saúde, estando em vigência, no período, a Portaria nº 104 de 25 /01/2011.

4.5 - Análise estatística

A análise de agrupamento ou “Cluster Analysis” é uma metodologia estatística multivariada composta por um conjunto de técnicas que tem por objetivo identificar padrões ao formar grupos homogêneos a partir de um número de observações. Essa atividade pode ser observada, por exemplo, num estudo com diferentes espécies de organizações de várias regiões do país (GIMENES et al., 2003).

Os diversos métodos de agrupamento objetivam transformar um conjunto heterogêneo de unidades não separadas, a princípio, em grupos que reflitam aspectos considerados importantes das relações originais entre as mesmas unidades. Para isso são propostas muitas técnicas, não se estruturando ainda uma teoria geral e amplamente aceita. Conforme Hair et al. (2005), os conglomerados obtidos devem apresentar tanto uma homogeneidade interna, como uma grande heterogeneidade externa. Portanto, se a aglomeração for bem sucedida, quando representados em um gráfico, os objetos dentro dos conglomerados estarão muito próximos, e os conglomerados distintos estarão afastados.

Entre essas medidas citam-se a distância euclidiana, distância euclidiana quadrática, de Mahalanobis, de Minkowski, entre outras. A distância euclidiana é a medida de distância (dissimilaridade) mais frequentemente empregada quando todas as variáveis são quantitativas (GIMENES et al., 2003; SEIDEL et al., 2008). Deste modo, foi a medida aplicada ao conjunto de dados referente à prevalência de tuberculose nos anos de 2004 a 2012, dados estes que foram padronizados.

Posteriormente à definição da medida utilizada para verificar a semelhança dos objetos, deve-se optar por um método de agrupamento, que pode ser hierárquico ou não hierárquico. No entanto, o método mais comum é o da classificação hierárquica, onde os objetos são agrupados e representados em um gráfico com uma estrutura em árvore, denominada dendrograma (VICINI, 2005).

A formação dos grupos é feita pelos métodos aglomerativos de ligações e, dentre estes, tem-se o Single linkage, Complete linkage, Average linkage, Median linkage. Além destes, existem ainda os métodos de Centróide e o de Ward.

Conforme Dutra et al. (2004), o método de Ward forma grupos de maneira a buscar o mínimo desvio padrão entre os dados de cada grupo, o que pode ser considerado como vantagem. Desta forma, este foi o método escolhido para ser aplicado no conjunto de dados de incidência de tuberculose.

Para análise da categoria acesso - visão dos gestores foi realizada adaptação do modelo de Arakawa, (2011). Foram selecionadas as ações na prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da TB em nível municipal contidas no questionário utilizado para a coleta de dados, que caracterizou a acessibilidade organizacional do ponto de vista da gestão (Quadro 1).

Quadro 1 - Visão dos Gestores – Acessibilidade ao diagnóstico e tratamento de TB : avaliação de desempenho dos serviços de saúde - SRS/UDIA - 2014

Categoria		Indicadores
Acessibilidade organizacional	Representada pelos obstáculos que se originam no modo de organização dos serviços de saúde como demora na obtenção de consulta, dificuldades na marcação de consultas.	Tempo necessário para conseguir consulta
		Tempo necessário para conseguir atendimento
		Espera mais de 60 minutos para serem atendidos.
		Tempo necessário para realizar o diagnóstico de TB
		Tempo para receber o diagnóstico de TB
		Dificuldades para marcar consulta por telefone de saúde
		Oferta de pote para exame de escarro
		Oferta de exame para HIV/AIDS
Acessibilidade econômica	Inclui consumo de tempo, energia e recursos financeiros para obtenção de assistência, prejuízos por perda do dia de trabalho, custos com o tratamento.	Perda do dia de trabalho ou compromissos para a consulta devido a consulta no serviço de saúde
		Despesa pelo transporte até a unidade de saúde
Acessibilidade geográfica	Relacionada à distância entre a população e os serviços de saúde e pelos motivos que levam os indivíduos a procurar determinado serviço de saúde em determinado local	Realização de consulta de diagnóstico de TB na unidade de saúde mais próxima de casa
		Gasto financeiro com transporte motorizado no deslocamento até a unidade de saúde
		Perda de turno de trabalho ou compromisso para consulta no serviço de saúde

Fonte: Adaptação do modelo de Arakawa T. et al, 2011

A confiabilidade dos indicadores de Agenda, acessibilidade ao diagnóstico e tratamento de tuberculose na Atenção Básica foram submetidos à análise de confiabilidade por meio da técnica de Alfa de Cronbach.

Segundo Da Hora et al. (2010), o coeficiente alfa de Cronbach é uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa e foi assim apresentado em 1951, por Lee J. Cronbach. O alfa mede a correlação entre respostas de um determinado questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos entrevistados. Neste sentido, o Alfa de Cronbach pode ser calculado uma vez que é uma medida de consistência interna, isto é, mede o quão um conjunto de itens é intimamente relacionado com um grupo.

Uma vez que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador através da seguinte equação:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \times \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{s_t^2} \right)$$

em que:

k corresponde ao número de itens do questionário;

s_i^2 corresponde a variância de cada item;

s_t^2 corresponde a variância total do questionário, determinada como a soma de todas as variâncias.

O Coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach normalmente varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo o coeficiente é de 1,0, a maior é a consistência interna dos itens (variáveis) na escala.

5. – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa observou as recomendações da Resolução nº196, de 10/10 /96, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos e submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, nº CAAE 06398912.3.0000.5152. Foi aprovado em 15 de dezembro de 2012.

O Projeto de Pesquisa foi apresentado na reunião da Comissão Intergestores Regionais (CIR), para ciência e autorização dos Gestores Municipais de Saúde.

Todos os profissionais de saúde, gestores das ações de controle da tuberculose que compuseram este estudo, formalizaram sua participação mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6. – RESULTADOS

6.1 - Caracterização dos Sujeitos participantes

Os sujeitos participantes da pesquisa foram 33 trabalhadores de saúde, 86,84% do total de participantes estimados que, segundo a estrutura administrativa das Secretarias ou Departamentos Municipais de Saúde são considerados Gestores e que na pesquisa se autodenominaram: Coordenadores do PCT, 3 (9,1%), Coordenadores de VS, 4 (12,1%), Coordenadores de VE, 11 (33,3%) e Coordenadores de APS, 15 (45,5%). A distribuição por anos trabalhados na função de Gestor, 63,64% (21), estão na função de 1-4 anos; 24,24% (8), de 5-9 anos e 12,12% (4), acima de 10 anos, tabela 1.

A categoria profissional predominante na função de gestor é de Enfermeiros, 75,7% (25); Assistente Social, 6,1% (2); Técnico de Enfermagem, 6,1% (2); Biólogo, 3,0% (1); Odontólogo, 3,0% (1); escolaridade 2º grau, 6,1% (2).

Tabela 1 – Frequência das funções exercidas pelos Gestores Municipais - SRS/UDIA - 2012

	Frequência	Percentual
Coordenador do PCT	3	9,1
Coordenador de Vigilância em Saúde	4	2,1
Superv. /Coordenadores de Atenção Primária	15	5,5
Superv. /Coordenadores Vigilância Epidemiológica	11	33,3
Total	33	100,0

6.2 – A TB na agenda municipal

A taxa de incidência para tuberculose pulmonar varia de 7,6 a 11,0 em cada 100.000 habitantes. É necessário destacar que esses números apresentam uma elevação no ano de 2011, mantendo-se constante em 2012, tabela 2.

Tabela 2 – Taxa de incidência de TB* Pulmonar e TB BK⁺ SRS/UDIA no período de 2004 a 2012

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TB Pulmonar	9,5	10,5	10,3	8,1	8,8	7,6	8,7	11,0	11,0
TB BK ⁺	6,6	7,0	7,0	5,3	4,7	3,7	5,8	6,5	8,1

Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia, 2014 (SINAN-NET)

* (100.000 habitantes)

A análise de agrupamento ou “Cluster Analysis” permitiu identificar padrões de ocorrência de casos novos de tuberculose nos municípios da área de abrangência da SRS/UDIA, no período de 2004-2012, formando grupos homogêneos de municípios, evidenciando o mesmo perfil de adoecimento, tabela 4.

Foram obtidos sete grupos onde foi possível identificar: municípios com características intrínsecas entre si: Iraí de Minas e Monte Carmelo; Uberlândia, Prata, Araguari e Patrocínio, Tupaciguara, Coromandel e Nova Ponte. Outro grupo formado por quatro (4) municípios que não apresentaram similaridades a nenhum outro grupo (grupos 1, 2, 4 e 5).

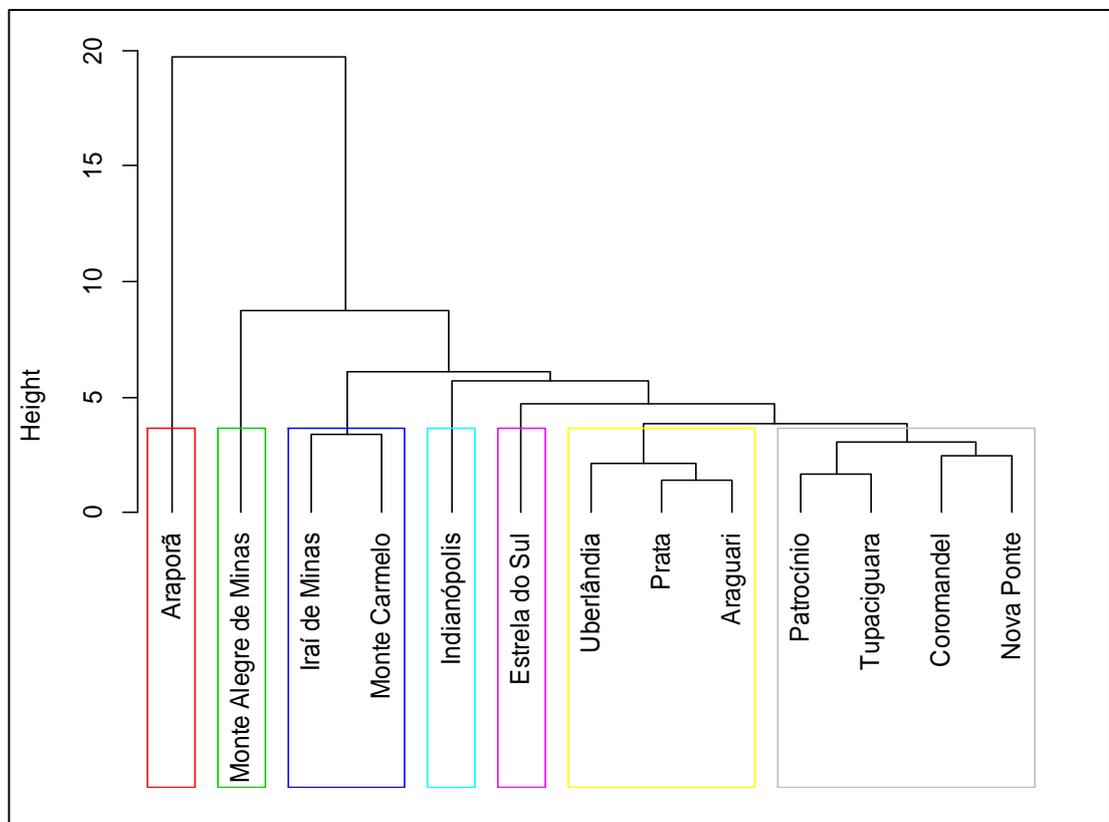


Figura 4 – Dendrograma dos municípios de acordo com a taxa de incidência de tuberculose BK⁺ na SRS/UDIA – 2004 a 2012.

Observa-se nos dados da tabela 3, que o percentual de cura dos casos TB BK⁺, apresenta pequenas variações no período estudado e que a taxa de abandono aumentou nos anos de 2011 e 2012. Do total de 18 casos de abandono no ano de 2012, 9 casos, (50%) ocorreram em ambulatórios de referência; 5 casos (27%) na atenção secundária e 4 casos (22,2%), na AB.

Tabela 3 – Percentual de cura e abandono de casos de tuberculose pulmonar BK⁺ na SRS/UDIA – 2004 – 2012

Ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cura TB BK ⁺ (%)	57,9	80,6	70,5	75,6	74,7	79,2	78,7	79,8	73,3
Abandono (%)	32,6	13,6	10,5	5,8	4,4	3,9	3,4	10,6	16,0

Na análise dos dados sobre a tuberculose na Agenda Municipal, foram considerados os seguintes agrupamentos das questões: a visão do Gestor sobre o programa, a sua participação na tomada de decisão e a aplicação de recursos dos recursos do Programa de Tuberculose.

A análise da tabela 4 destaca que 65% dos gestores consideram a TB como uma doença prioritária (18% sempre e 49% quase sempre); 15%, às vezes e 18%, quase nunca. Com relação a distribuição de recursos com base nas necessidades da população a ser atendida, para 42% dos gestores, esse critério não se aplica, 21% sempre e 6,1% quase sempre baseiam nas necessidades da população para a distribuição de recursos. O conhecimento sobre o investimento de recursos próprios para TB, 33% referiram que esse critério não se aplica, 18% sempre e 9,1% quase sempre.

Tabela 4 – Visão dos Gestores sobre o Programa de Controle da Tuberculose SRS-UDIA- 2012

	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre		Não se aplica		Total	
	N	%	N	%	N.	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q.11a	0	0	6	18	5	15	6	18	16	49	0	0	33	100
Q.11b	2	6,1	3	9,1	5	15	2	6,1	7	21	14	42,4	33	100
Q.11h	5	15	2	6,1	6	18	3	9,1	6	18	11	33,3	33	100

Sobre a participação dos Gestores na discussão e definição de ações de controle da TB, 52% sempre participam; 15% quase sempre e 15% às vezes. Quanto à definição de aplicação de recursos para controle da TB para 36,4% dos gestores, esse item não se aplica, 30% nunca participam e 9,1% quase nunca, tabela 5.

Tabela 5 – Visão dos Gestores – Tomada de decisão sobre o Programa de Tuberculose - SRS/UDIA - 2012

	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre		Não se aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Total	%
Q.11e	2	6,1	2	6,1	5	15	5	15	17	52	2	6,1	33	100
Q.11g	10	30	3	9,1	5	15	2	6,1	1	3	12	36,4	33	100

Verificou-se por meio da tabela 6 em relação item suficiência dos recursos para atender as necessidades de controle da TB, para 18,2% dos gestores não se aplica ,46% dos gestores, os recursos são suficientes, 18%, quase sempre. Sobre disponibilização de incentivos para os doentes de TB em tratamento, para 42,4% dos gestores, não se aplica; 27% dos gestores nunca disponibilizam esses incentivos. Para 6,1% dos gestores, quase sempre e 9,1%, sempre, são disponibilizados incentivos para os doentes de TB em tratamento. Sobre a regularidade da distribuição desses incentivos, para 49% dos gestores, não se aplica; 21% nunca. Quanto à destinação de recursos financeiros da TB se são aplicados em outros programas/necessidades de saúde, 67% dos gestores afirmam, nunca são destinados, 12%, quase nunca, 15 % às vezes.

Tabela 6 – Visão dos Gestores – Aplicação de recursos do Programa de Tuberculose – SRS/UDIA – 2012

	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre		Não se aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Total	%
Q.11i	2	6,1	1	3,0	3	9,1	6	18,0	15	46,0	6	18,2	33	100
Q.11c	9	27,0	2	6,1	3	9,1	2	6,1	3	9,1	14	42,4	33	100
Q.11d	7	21,0	3	9,1	2	6,1	2	6,1	3	9,1	16	48,5	33	100
Q.11j	22	67,0	4	12,0	5	15,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0	33	100

A tabela 7 permite verificar que 84.8 % dos gestores referem que os usuários ao sentirem os primeiros sintomas da tuberculose ou quando precisam de algum controle de saúde preventivo procuram as Unidades de Atenção Básica (UBSF, 63,6% e UBS, 21,2 %); quando apresentam sinais e sintomas da TB, 81.8% dos gestores referiram que eles também procuram as Unidades de AB (UBSF, 48,5% e UBS, 33,3%), somente 15,2%, Ambulatório de Referência.

Tabela 7 – Visão dos Gestores sobre a principal porta de entrada no sistema de saúde – SRS/UDIA – 2012

PORTA DE ENTRADA	UBSF		UBS		AMB. DE REFERÊNCIA		PRONTO ATENDIMENTO		OUTROS	
	N	%	N	%	N.	%	N.	%	N	%
Q.12	21	63,6	7	21,2	4	12,1	1	3,0	0	0,0
Q.13	16	48,5	11	33,3	5	15,2	1	3,0	0	0,0

6.3 – Visão dos gestores: acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose.

A acessibilidade representa a relação funcional entre os obstáculos na procura e obtenção de cuidados (resistência) e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos (poder de utilização), (TRAVASSOS, 2004).

Para análise da categoria acessibilidade, foi feita adaptação do modelo de Arakawa, (2011). Nesta tabela foram selecionadas as ações relacionados a prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da Tb em nível municipal contidas no questionário, caracterizando a acessibilidade organizacional, do ponto de vista da gestão. Foram incluídas questões contidas nas dimensões acesso ao diagnóstico e elenco de serviços, na análise da acessibilidade ao diagnóstico,

Quadro 2 – Visão dos Gestores – Indicadores para o estudo de acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose – SRS/UDIA - 2014

Categoria		Indicadores
Acessibilidade organizacional	Representada pelos obstáculos que se originam modos de organização dos serviços de saúde, como demora na obtenção de consulta, dificuldades na marcação de consultas.	Tempo necessário para conseguir consulta
		Tempo necessário para conseguir atendimento
		Espera mais de 60 minutos para serem atendidos.
		Tempo necessário para realizar o diagnóstico de TB
		Tempo para receber o diagnóstico de TB
		Dificuldades para marcar consulta por telefone de saúde
		Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade
		Solicitação de exame de escarro e/ou raio X e/ ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?
Busca de sintomáticos respiratórios na comunidade		

Fonte: Arakawa T. et al, 2011

Segundo 24 (72.6%) dos gestores, a acessibilidade para conseguir a primeira consulta é de até 24 horas, tabela 8.

Tabela 8 – Visão dos Gestores - Frequência dos usuários às Unidades de Saúde para conseguir consulta – SRS/UDIA – 2012

	5 dias ou mais		4 dias		3 dias		2 dias		1 dia - 24 hs.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q.14	2	6,1	3	9,1	2,0	6,1	2	6,1	24	72,6

Para análise da acessibilidade ao atendimento (tabela 9) quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB. 24 (72.7%) dos gestores afirmaram que o tempo demandado para o atendimento é somente uma vez e 39.4% dos gestores, afirmaram que os usuários procuraram a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB, uma vez e 30.3%, duas vezes.

Tabela 9 – Visão dos Gestores - Frequência dos usuários às Unidades de Saúde para atendimento e diagnóstico de TB – SRS/UDIA- 2012.

	5 ou mais vezes		4 vezes		3 vezes		2 vezes		1 vez		Não se aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q.15	5	15,2	0	0,0	0	0,0	3	9,1	24	72,7	1	3
Q.16	2	6,1	3	9,1	4	12,1	10	30,3	13	39,4	1	3

Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, para 57,6%, o tempo gasto para receberem o diagnóstico de TB é de uma (1) semana, para 18,2%, é de duas (2) semanas e para 18,2%, cinco (5) ou mais semanas, tabela 10.

Tabela 10– Visão dos Gestores - Frequência dos usuários às Unidades de Saúde para receberem o diagnóstico de TB –SRS/UDIA – 2012.

	5 ou mais semanas		4 semanas		3 semanas		2 semanas		1 semana		Não se aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q.17	6	18,2	0	0,0	2	6,1	6	18,2	19	57,6	0	0

Para 39,4% dos gestores, às vezes os usuários de saúde quando estão com sinais e sintomas de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos; 18,2%, quase nunca e 15,2% nunca. Segundo 84,8% dos gestores, as Unidades de Saúde sempre oferecem potes para exame de escarro para diagnóstico de TB e para 78,8% dos gestores, as Unidades sempre são ofertados exame para HIV/AIDS. Quanto à realização de exame de escarro e/ou raios-X e/ou PPD para pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB, para 24,2% dos gestores, essa ação não se aplica, 24,2%, sempre realiza e 18,2% quase nunca realiza. 42,4% referem que os profissionais sempre e 18,2% quase sempre realizam a busca de sintomático respiratório na comunidade.

Tabela 11 – Visão dos Gestores - Acesso organizacional ao diagnóstico de TB – SRS/UDIA – 2012.

	Sempre		Quase sempre		Às vezes		Quase nunca		Nunca		Não se aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q.19	2	6,1	4	12,1	13	39,4	6	18,2	5	15,2	3	9,1
Q.20	2	6,1	2	6,1	5	15,2	12	36,4	6	18,2	6	18,2
Q.21	3	9,1	1	3,0	6	18,2	5	15,2	8	24,2	10	30,3
Q.26	8	24,2	4	12,1	5	15,2	6	18,2	2	6,1	8	24,2
Q.27	14	42,4	6	18,2	7	21,2	5	15,2	1	3,0	0	0,0

6.4 - Visão dos gestores: acessibilidade ao tratamento de tuberculose

Para a construção e análise dos indicadores referentes a acessibilidade ao tratamento de tuberculose foram consideradas questões agrupadas nas dimensões acesso, elenco de serviços e orientação comunitária do questionário de avaliação de desempenho. Para análise da acessibilidade ao tratamento de tuberculose somente foram considerados os dados dos municípios que notificaram com regularidade, casos de tuberculose no período.

Quadro 3 – Visão dos Gestores - Acessibilidade ao tratamento de TB: avaliação de desempenho de serviços de saúde – SRS/UDIA – 2014.

Categoria		Indicadores
Acessibilidade organizacional	Representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos serviços de saúde, como demora na obtenção de consulta, dificuldades na marcação de consultas. A garantia de continuidade da atenção também integra essa dimensão.	Consulta médica em menos de 24 horas
		Falta de medicamento durante o tratamento
		Facilidade para marcar consultas médicas de controle da tuberculose
		Recebimento de visita domiciliar durante o tratamento
		Oferecimento de vale-transporte
		Oferecimento de cesta básica
Acessibilidade econômica	Inclui consumo de tempo, energia e recursos financeiros para obtenção de assistência, prejuízos por perda do dia de trabalho, custos com o tratamento.	Perda do dia de trabalho ou compromissos devido à consulta médica de TB
		Despesa pelo transporte até a unidade de saúde
Acessibilidade geográfica	Relacionada à distância entre a população e os serviços de saúde e pelos motivos que levam os indivíduos a procurar determinado serviço de saúde em determinado local.	Realização do tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima de casa
		Utilização de transporte motorizado no deslocamento até a unidade de saúde

Fonte: Adaptação do modelo de análise de Arakawa T. et al. 2011

Na tabela 12, 94,7% dos Gestores afirmaram que as unidades oferecem sempre consulta mensal para o controle da TB; 63,2% (42,1%, sempre e 21,1%, quase sempre) referiram que se os doentes em tratamento ao passarem mal por causa da medicação ou da Tb sempre conseguem consulta médica no prazo de 24 horas; 63,2% dos gestores avaliam que os usuários sempre conseguem informações pelo telefone nas Unidades de Saúde; 52,6% dos gestores mencionaram que os doentes de TB conseguem sempre marcar consulta por telefone e 26,3%, às vezes; sobre o tratamento supervisionado, 63,2% consideram que os profissionais realizam (47,4%, sempre e 15,8% quase sempre), 21,1%, quase nunca e 15,8%, às vezes; 78,9% dos gestores avaliaram que os profissionais realizam visitas domiciliares aos pacientes de TB; 79,0% dos gestores, que essas visitas são para tratamento supervisionado(57,9%, sempre e 21,1% quase sempre); 42,1%, nunca oferecerem cestas básicas ou vale alimentação 57,9% que nunca oferecem vale transporte; 52,6% dos gestores afirmam que às vezes os pacientes têm dificuldades para se deslocarem até a Unidade onde fazem tratamento e 21,1%, sempre. 36,8% alegaram que sempre e 36,8% que nunca houve falta de medicamentos nos

últimos 12 meses. Sobre o tempo de espera dos doentes de TB para serem atendidos excede mais de 60 minutos, 52,6% dos gestores afirmaram que às vezes e 21,1%, sempre.

Tabela 12 – Visão dos Gestores: Acessibilidade organizacional ao tratamento de TB – SRS-UDIA, 2012.

Questões	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre		Não se aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q.30	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	18	94,7	0	0,0	19	100
Q.31	1	5,3	1	5,3	3	15,8	4	21,1	8	42,1	2	10,5	19	100
Q.32	0	0,0	0	0,0	2	10,5	4	21,1	12	63,2	1	5,3	19	100
Q.33	1	5,3	1	5,3	5	26,3	0	0,0	10	52,6	2	10,5	19	100
Q.35	0	0,0	4	21,1	3	15,8	3	15,8	9	47,4	0	0,0	19	100
Q.36	0	0,0	0	0,0	1	5,3	3	15,8	15	78,9	0	0,0	19	100
Q.37	0	0,0	2	10,5	0	0,0	4	21,1	11	57,9	2	10,5	19	100
Q.38	8	42,1	2	10,5	3	15,8	0	0,0	2	10,5	4	21,1	19	100
Q.39	11	57,9	2	10,5	2	10,5	0	0,0	0	0,0	4	21,1	19	100
Q.45	7	36,8	1	5,3	1	5,3	3	15,8	7	36,8	0	0,0	19	100
Q.46	1	5,3	2	10,5	10	52,6	2	10,5	4	21,1	0	0,0	19	100
Q.42	1	5,3	5	26,3	10	52,6	2	10,5	1	5,3	0	0	19	100

Com relação às dificuldades de deslocamento para a consulta de TB até a Unidade de Saúde, segundo 57,9% dos Gestores, durante o tratamento da TB, os doentes às vezes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos e para 15,8%, sempre perdem o turno; para 36,8% dos gestores, os doentes de TB tem que pagar pelo transporte e para 31,6%, às vezes.

Tabela 13 – Visão dos Gestores: Acessibilidade financeira dos pacientes ao tratamento de TB - SRS/UDIA, 2012.

Questões	Sempre		Quase sempre		Às vezes		Quase nunca		Nunca		Não se aplica		Total %	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Q.38	3	15,8	3	15,8	11	57,9	1	5,3	1	5,3	0	0,0	19	100
Q.41	7	36,8	1	5,3	6	31,6	2	10,5	3	15,8	0	0,0	19	100

Os gestores (42,0%) referiram que “sempre” e 21,1%, “quase sempre” e 15,8% “às vezes”, os doentes de TB tratados na Unidade pertencem à área adscrita. Para 57,9%, os

doentes de TB “às vezes” e 26,3%, “quase sempre”, utilizam algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a Unidade de Saúde.

Tabela 14 – Visão dos Gestores: Acessibilidade geográfica ao tratamento de TB, SRS-UDIA, 2012.

Questões	Nunca		Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre		Não se aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Q.37	1	5,3	1	5,3	3	15,8	4	21,1	8	42,1	2	10,5	19	100
Q.40	1	5,3	1	5,3	11	57,9	5	26,3	1	5,3	0	0,0	19	100

7. DISCUSSÃO

Na análise de confiabilidade dos 42 itens do Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil (questões 11.a a 43), o coeficiente do Alfa de Cronbach foi de 0,750, indicando boa confiabilidade, mesmo levando em conta a relativa subjetividade da escala de Likert, utilizada como ferramenta das respostas.

O termo Coordenador de Vigilância em Saúde que engloba as seis áreas legais de vigilâncias: epidemiológica, sanitária, do meio ambiente incluindo o do trabalho, análise de organizacional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a partir da publicação da NOB-93 foi ratificado na PT-MS-GM 3252/09. Segundo tendência do uso da denominação Vigilância em Saúde, agrupando as funções Coordenador de PCT, Coordenador de Vigilância em Saúde e Supervisor/Coordenador de Vigilância Epidemiológica, percebe-se que há uma paridade na distribuição das funções exercidas pelos Gestores Municipais, 18(54,55%) de Coordenadores de Vigilância em Saúde e 15(45,45%) de Coordenadores de Atenção Primária. O tempo de serviço desses profissionais nos serviços municipais variou de 1- 4 anos (63,64%) e 5-9 anos (24,24%), coincidindo com o tempo político da gestão municipal. Os dados de tempo de serviço comprovam a pouca experiência dos profissionais no exercício da função de gestão.

A categoria profissional predominante na função de gestor é de Enfermeiros, 75,7% (25); seguidos por Assistente Social, 6,1% (2) e Técnico de Enfermagem, 6,1% (2).

A predominância da categoria Enfermeiros na coordenação das ações de saúde na AB pode ser explicada em decorrência da implantação da Estratégia Saúde da Família. Tradicionalmente, a formação dos enfermeiros em algumas instituições de ensino é permeada por uma visão clássica da administração dos serviços de saúde, com estrutura hierárquica, prática impregnada por normas, procedimentos, protocolos, com pouca flexibilização nas decisões e relações interpessoais. Essa formação pode gerar obstáculos organizacionais e culturais na condução dos serviços de saúde. O momento de implantação de um novo modelo assistencial requer a implantação de um novo modelo de gestão. Por isso, exige-se dos enfermeiros, na gestão de sistema de saúde, competências de caráter gerencial, assistencial, educativo e político que permeiam a condução dos processos sociais através da negociação, pactuação, avaliação de resultados, ou seja, de todas as características inerentes a função de coordenador/gestor das ações de saúde. Essas competências somente serão construídas em instituição que criem ambientes democráticos com compartilhamento de decisões entre os gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde.

A garantia do acesso dos usuários ao tratamento de TB, a qualificação para a gestão dos serviços da AB se insere como um avanço na política de educação permanente.

Outro dado importante no perfil dos gestores é a coordenação dos serviços ainda exercida por profissionais de formação de nível médio. É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Sem desmerecer a contribuição da categoria de formação de nível médio, uma gestão com baixo grau de negociação, coordenação, autonomia também contribui para o permanente precarização da função de coordenação/gestão na AB.

Destaca-se que somente sete (21,21%) dos gestores que se intitularam Coordenadores do PCT, da VS e da APS compõem a estrutura intermediária das Secretarias Municipais de Saúde. Geralmente são Coordenadores em municípios com população acima de 80.000 habitantes. Os outros participantes (78,79%), Coordenadores de VE e da APS acumulam as funções gerenciais e assistenciais nas UBSF das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

A discussão sobre o conhecimento e análise da agenda municipal de saúde deve ser realizada a partir de um cenário complexo da doença com o surgimento de casos de tuberculose multidroga resistente (XDR e TBMDR), dos atuais desafios do financiamento e aprimoramento da gestão.

De acordo com as publicações do Ministério da Saúde, todos os estabelecimentos de saúde devem notificar casos de doenças de notificação compulsória.

Os municípios deste estudo encontram em processos diferenciados de organização da atenção a TB. Desde 2004, dos 18 municípios jurisdicionados à SRS/UDIA, 15 (83,3%) notificam com regularidade casos de tuberculose e 3(16,7 %) não notificam, sendo considerados municípios silenciosos.

Analisando a série histórica de 2004-2011 na SRS/UDIA (tabela 3), observa-se incidência praticamente estável da tuberculose, embora ligeiramente descendente nos casos de tuberculose pulmonar BK+.

A análise da tabela 4 e do dendrograma (fig.2) evidenciaram 7 grupos de municípios que notificam casos de tuberculose. Quatro municípios que não foram similares a nenhum outro, formando grupos isolados: Araporã, Monte Alegre de Minas, Indianópolis e Estrela do Sul. O município de Araporã se destacou por apresentar nessa série histórica, os maiores coeficientes de incidência de tuberculose por ano.

Além disso, foi possível identificar dois grupos que apresentaram coeficientes de incidência similares entre si: um grupo com altos coeficientes de incidência de TB, formado por Uberlândia, Prata e Araguari; e outro de menor coeficiente de incidência, a saber: Patrocínio, Tupaciguara, Coromandel e Nova Ponte, os coeficientes de incidência dentre municípios do mesmo grupo foram semelhantes.

O dendrograma é uma ferramenta que possibilita às coordenações municipais e referências regionais do PCT estabelecerem prioridades para supervisão e monitoramento dos municípios ou dos serviços de saúde na área de abrangência da SRS/UDIA. Esta ferramenta fornece subsídios consistentes para dimensionar medidas de planejamento, direcionar as intervenções, e auxiliar no processo de tomada de decisão.

A tabela 5 elucida que os resultados dos indicadores de impacto das ações de controle da tuberculose pactuados com os municípios não atingiram a meta estabelecida pelo PNCT de 85% de cura dos casos de TB BK⁺ e taxa de abandono de 5%. Estes são alguns dos indicadores de efetividade do programa que estão diretamente vinculados ao processo de organização dos serviços de saúde bem como a adesão do paciente ao tratamento.

O abandono do tratamento da tuberculose está intrinsecamente articulado a alguns elementos concretos que dizem respeito tanto ao processo de adoecimento do doente e sua inserção na sociedade. A terapêutica medicamentosa, mesmo sendo eficaz, sofre o contraponto da singularidade do doente em correlação com sua inserção na sociedade (BERTOLOZZI, 1998).

Outros estudos demonstram que a tuberculose guarda estreita relação com os baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico, evidenciando que esta doença não pode ser vista apenas do ponto de vista biológico, mas precisa incluir uma contextualização do campo social. Renda familiar baixa, desnutrição, habitação inadequada e dificuldade de acesso a serviços de saúde são indicados com frequência como fatores de risco para o adoecimento por TB (VENDRAMINI et al ,2005).

Os estudos apontam que tanto os fatores relacionados aos indivíduos e sua condição de vida como os fatores relacionados ao serviço, dificuldades de ao acesso, com menor oportunidade de diagnóstico e tratamento interferem nos resultados pactuados.

Conforme tabela 6, os gestores consideram a TB, uma doença prioritária. Este resultado encontra ressonância no estudo realizado por Protti (2010) sobre a gerência da UBS no controle da tuberculose. O estudo de Protti aponta a forma pontual como as ações de tuberculose são realizadas, geralmente através de campanhas, com mais destaque na semana da

TB. A forma de “focalização” da Tb é reflexo da cultura das organizações com repercussões no campo do planejamento.

Monroe (2007) destacou como elementos que dificultam a valorização da TB na agenda de saúde: desinteresse dos gestores pelas políticas e estratégias de controle da TB, a discordância com a prática do Tratamento Supervisionado (TS), a presença de outras prioridades de saúde com caráter emergencial e o enfoque na implantação e expansão de equipes de saúde da família pela gestão municipal.

Existe todo um contexto legislativo-normativo que traça a descentralização das ações do PNCT através das macropolíticas e micropolíticas adotadas no cenário nacional (agenda de prioridades pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde; definição dos municípios prioritários, investimentos em capacitação das equipes técnicas) que ampliou a visibilidade das ações de controle da TB. Uma série de instrumentos de gestão discutidos e articulados entre os diferentes níveis de governo (as normas regulamentadoras, O Pacto pela Vida, 2006), contribuiu para a disseminação dos eixos prioritários do PNCT.

Ruffino-Netto (2001) demonstrou que a definição de novas estratégias de organização da atenção básica, como a ESF e o PACS, contribuíram para a expansão das ações de controle da TB, facilitando a descentralização do atendimento.

Os gestores ainda enfrentam dificuldades principalmente relacionadas com o financiamento das ações e serviços de saúde. Para a solução parcial do problema foi implantado o Piso da Atenção Básica (PAB), em 1997 e objetivando o financiamento das ações e atividades de Vigilância em Saúde (VS), as Portarias nº. 399/2006, nº. 204/2007 e nº. 1378/2013 que definiram transferências regulamentares sob a forma de bloco de financiamento, sendo o Bloco de Vigilância em Saúde o referencial para o custeio e manutenção desta área. Com a portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007, ocorre a regulamentação do financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde.

Além desses recursos, entre 1998 e 2004, para incentivar as ações de controle da TB para a busca de casos, os municípios prioritários receberam subsídios do governo federal, com repasse de verbas através de bônus de R\$150,00, se houvesse tratamento supervisionado e R\$100,00, para os municípios que não implantaram o Tratamento Supervisionado (TS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; VILLA, 2008). A forma de financiamento para os outros municípios era viabilizada através do PAB-97 e de repasse de recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS).

Como política de Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde, em agosto de 2011, a SES/MG publicou um elenco de ações que deveriam ser pactuadas com as Secretarias Municipais de Saúde. Nesta pactuação, os municípios receberiam repasse de recursos no caso de cumprimento de metas.

Os resultados da tabela 7 e 8 demonstram a fragilidades ou debilidades no processo de participação e na definição da aplicação dos recursos financeiros. Mesmo com a existência do Fundo Municipal de Saúde, muitos Gestores Municipais não possuem autonomia para gerir e priorizar a aplicação dos recursos financeiros da saúde.

Os resultados dos estudos de Villa et al. (2008, p.611), Protti (2010) demonstraram que a maior parte dos gestores não sabem ou não participam da discussão sobre aplicação dos recursos da TB.

Possivelmente, as diferentes formas de custeio das ações de Vigilância em Saúde e a concentração da gestão dos recursos na área financeira/contabilidade das Prefeituras Municipais têm contribuído para a baixa governabilidade dos recursos do SUS pelo Gestor Municipal. Considerando “a gestão como um campo de ação política, cabe ao gestor saber articular determinados recursos para atingir uma dada finalidade. A gestão depende de quais são os objetivos a alcançar, o que e como fazer, como obter resultados e como remover os obstáculos que impedem o alcance de metas” (GRABOIS, FERREIRA, 2009, p.157).

A descentralização administrativa e financeira, na prática têm encontrado barreiras para a operacionalização dos recursos. Os gestores municipais da SRS/UDIA têm dificuldades devido à baixa capacidade de participação e governabilidade na aplicação dos recursos, comprometendo a gestão e o desempenho das ações.

A análise da dimensão Porta de Entrada, tabela 9, constatou que os serviços de Atenção Básica foram considerados a principal porta de entrada para outros serviços preventivos, bem como para o acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose por 84.8 % dos gestores. A AB tem como fundamento possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde e ser considerada a porta de entrada preferencial à rede de atenção.

Mendes (2011), referindo-se a uma revisão sobre acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências: a utilização da APS é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante nos serviços preventivos ou para manejo de doenças com estágios não sintomáticos.

Villa et al. (2013) identificou como principal porta de entrada os serviços de APS e PA, contudo a maior parte dos diagnósticos de TB ocorreu nos Programas de Controle da

Tuberculose (PCTs) e Serviços Especiais (SEs). A necessidade de conformação da rede de atenção de atenção nos distintos cenários foi ressaltada nesse estudo.

Observa-se que a definição da atenção básica como a principal porta de entrada é um dos elementos facilitadores para o acesso do paciente ao tratamento, mas, é preciso agregar outros elementos de gestão que visem a otimização dos recursos disponibilizados. É necessário que a equipe da atenção básica incorpore as ações de controle da TB em suas atividades diárias. Colocá-las em prática depende da priorização das ações de controle por parte dos gestores. Para isso, os serviços de saúde devem ser organizados para receber e acolher todas as pessoas que procuram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), incluindo a detecção precoce de casos através de busca de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, acompanhamento e tratamento da tuberculose.

A análise das tabelas 10 e 11 apontam facilidades de acessibilidade do usuário à primeira consulta, conseguindo-a antes de 24 horas, caracterizando o primeiro atendimento de fácil acesso.

As tabelas 12 e 13 identificaram dificuldades para realizar o diagnóstico e para receberem o diagnóstico de TB. Estas dificuldades estão relacionadas com as questões estruturais dos serviços de apoio diagnóstico como a precarização dos laboratórios municipais, a terceirização dos exames para a busca de sintomáticos respiratórios, controle mensal de baciloscopia, e o limite de exames de baciloscopia pactuados com os laboratórios de referência, obstáculos que dificultam o processo de organização e o acesso dos usuários aos serviços de saúde. A partir da municipalização, alguns municípios funcionam como postos de coletas para espécimes clínicos, pois fizeram opção de compra de serviços, geralmente em outros municípios, sede de região de saúde. É importante destacar que não existe nenhum parâmetro referente ao tempo demandado entre a consulta e a confirmação do diagnóstico. Espera-se que ela seja realizada com pelo menos uma semana para que as medidas de tratamento e controle sejam iniciadas, o mais precoce possível para romper a transmissão da doença.

Andrade, (2009), concluiu que nos serviços de AB, o problema encontra-se na baixa resolutividade destes serviços para examinar os sintomáticos respiratórios e firmar os diagnósticos de TB.

Scatena et al. (2009), ao analisar as dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico da tuberculose em municípios do Brasil, evidenciou que a forma de organização da atenção à TB (PSF ou ambulatório) não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico, uma vez que os dois municípios estudados da região Nordeste (Campina Grande e Feira de

Santana) apresentaram alta cobertura de PSF e não apresentaram desempenho satisfatório para o acesso. Da mesma forma, Ribeirão Preto (Sudeste), cuja organização da atenção à TB é em ambulatorios regionalizados, apresentou melhor desempenho que todos os demais municípios estudados.

Os resultados do estudo de Villa et al. (2008) mostram que a forma de organização da atenção à TB não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico. A maior parte dos diagnósticos de TB foi realizada em níveis secundários e terciários de atenção (serviços de pronto-atendimento). A forma de organização da atenção à TB (PSF ou UR-PCT) não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico.

Considerando que a maioria dos diagnósticos de TB na SRS/UDIA é realizada nas UBS e UBSF, comprova-se que a proximidade geográfica favorece o acesso, mas a forma de identificação dos casos continua, na maioria das vezes, sendo realizada no atendimento das demandas espontâneas. Deve-se destacar que a associação de comorbidades, principalmente AIDS favorece a identificação e tratamento de novos casos nos ambulatorios de especialidades, como ambulatorio DST/AIDS ou ambulatorios de especialidades das Universidades. Somente a proximidade geográfica não favorece diagnóstico precoce dos casos. A organização dos serviços, através das redes de atenção é um fator determinante para a garantia do acesso.

A maior parcela do grupo prioritário para a busca de sintomáticos respiratórios são as pessoas privadas de liberdade (PPL). A garantia do acesso das PPL às ações e aos serviços de saúde constitui responsabilidade partilhada pelos ministérios da Justiça (MJ) e MS e sua concretização implica parceria entre as Secretarias de Saúde e da Justiça/Administração Penitenciária nos níveis estadual e municipal. (BRASIL, 2003). A execução dessa atividade encontra resistência nos coordenadores estaduais e municipais, falta de definição da competência dos entes envolvidos na execução e a falta de recursos humanos para a execução das ações.

Outro grupo de população especial são as pessoas vivendo em situação de rua. Essa população é predominantemente masculina, com baixa escolaridade. Esse grupo não se vincula ao tratamento e quando procura o serviço geralmente é o serviço de urgência e emergência.

Trabalhar com populações vulneráveis requer do sistema outra lógica de organização de equipes e trabalho interdisciplinar. Essa forma de organização muitas vezes extrapola as competências e a área de abrangência das unidades da AB.

A análise da tabela 14 evidenciou que os gestores têm avaliações positivas em relação à acessibilidade organizacional ao tratamento (oferta de consultas médicas de controle e de urgência em caso de evento adverso com a medicação, marcar consulta por telefone, realização de visitas domiciliares para o doente e para tratamento supervisionado).

As tabelas 15 e 16 identificaram, segundo visão dos gestores, dificuldades de acesso geográfico-financeiros relacionados a não oferta de vale transporte e nem cestas básicas ou vale alimentação para os pacientes de TB. A tuberculose, considerada uma doença determinada socialmente, atinge principalmente populações de baixa condição socioeconômica. A garantia regular de incentivos como vale transporte e alimentação poderia minimizar o abandono dos pacientes ao tratamento de tuberculose assim facilitando o seu tratamento.

A tuberculose é considerada uma doença determinada socialmente, atingindo principalmente populações de baixa condição socioeconômica (moradores de rua, moradores de instituições de longa permanência, dependentes químicos). Deve-se destacar que o tratamento da tuberculose requer regularidade do uso da medicação, principalmente para os pacientes indicados ao Tratamento Supervisionado. A garantia regular de incentivos como vale transporte e alimentação poderia minimizar o abandono dos pacientes ao tratamento de tuberculose e facilitar o seu tratamento.

Arakawa et al. (2011) discorrendo sobre acessibilidade dos pacientes ao tratamento de tuberculose observou avaliações positivas em relação à acessibilidade organizacional, porém, o desempenho dos serviços de saúde foi pouco satisfatório no oferecimento de vale-transporte e na necessidade da utilização de transporte no deslocamento até à unidade de saúde, gerando custos indiretos aos pacientes. Os serviços com maior número de doentes atendidos foram aqueles que apresentavam maior irregularidade na realização de visitas domiciliares, demonstrando que a disponibilidade de recursos (humanos, materiais e tempo) e a organização da atenção podem influenciar na acessibilidade ao tratamento.

Entendemos que uma AB de qualidade deve possuir atributos essenciais para sua consolidação. O primeiro atributo diz respeito à AB como serviço de primeiro contato. Para isso, é necessário que o serviço seja acessível em todos os aspectos (organizacionais, administrativos, financeiros, geográficos), e que o usuário possa utilizá-los para todo problema de saúde que identificar.

Bataiero (2009), verificou falhas na organização dos serviços e debilidades na implementação das políticas de saúde relacionadas à ordenação do acesso dos usuários aos

serviços da AB, evidenciadas por meio de rupturas no acesso precoce ao diagnóstico e o tratamento integral das necessidades de saúde.

Os resultados do estudo de Villa et al. (2008) mostram que os municípios com maior cobertura de tratamento supervisionado apresentam indicadores mais favoráveis ao acesso ao tratamento; a maioria dos doentes enfrentava dificuldades de ordem econômica e social para o acesso ao diagnóstico e tratamento e necessitavam de incentivos e benefícios.

Bataiero (2009), discorrendo sobre o acesso, vínculo e adesão ao tratamento da tuberculose, identificou necessidade frequente de incentivos ao tratamento supervisionado (passe de ônibus, para o transporte diário até a UBS; lanche, após a tomada da medicação; cesta básica) na garantia de continuidade do tratamento.

De acordo com Fekete (1997), a alta acessibilidade geográfica não garante necessariamente, a possibilidade de utilização dos recursos por parte da população. Esses fatores referem-se a forma como os usuários determinam a busca de assistência à saúde e podem contribuir para que a população não utilize os serviços de saúde mais próximos do seu local de moradia. Isto pode ocorrer devido a interferência de elementos relacionados a outra dimensão: acessibilidade sociocultural. A acessibilidade sociocultural pode ser descrita sob as perspectivas da população e do sistema de saúde. Cabe destacar a percepção que o indivíduo tem sobre a gravidade de sua doença, etiologia, tipo de tratamento, estigma da doença; quanto ao sistema de saúde deve-se considerar: formação de profissionais de saúde desvinculados da realidade das condições de vida da população, falta de preparo das equipes de saúde e das instituições frente a diversidade de paciente.

Em consequência da estruturação do modelo sistêmico do SUS, identificam-se obstáculos na forma de organização das instituições de saúde quando o princípio de hierarquização das ações e serviços de saúde evidencia a diferença de autoridade entre quem executa as ações e quem é coordenador/gestor. Essa verticalidade influencia culturalmente as relações entre as referências técnicas regionais e gestores municipais, gerando áreas de conflito que acaba refletindo no trabalho interdisciplinar das equipes de saúde.

Muitos componentes das equipes municipais e locais valorizam a sua autonomia profissional e o gestor/coordenador tem pouca capacidade de interferir nas condutas desses profissionais. Essas atitudes produzem reações que podem ser identificadas como falhas ou erros e ser utilizada em defesa de interesses particulares. Os coordenadores geralmente têm dificuldades de intervir nessas situações.

Verifica-se também que nas estruturas intermediárias, a construção de núcleos de coordenação/gestão (coordenadores de PCT, coordenadores de AP, coordenadores de VS)

também obedece a uma lógica corporativa e das profissões com a fragmentação do processo de trabalho por área de conhecimentos, diluindo a responsabilidade sanitária dos serviços de saúde, gerando dupla fragmentação do processo de trabalho e da unidade de gestão, dificultando a identificação da responsabilização pelos serviços.

Concordamos com Barrêto (2010), que há um distanciamento da compreensão dos gestores em relação à política estabelecida pelo município e embora exista um processo de descentralização do controle da TB para a Estratégia Saúde da Família, denota uma organização dos serviços voltados para o cumprimento de protocolos, monitoramento de indicadores e garantia de acesso às tecnologias duras para o diagnóstico; que os gestores não conhecem o verdadeiro significado da estratégia DOTS, o que contribui para fragilizar a construção de um cuidado integral a pessoa doente de TB, que não há planejamento de ações voltadas para o controle da doença.

As principais ações do PNCT estão baseadas na vigilância epidemiológica com o desenvolvimento de ações de prevenção e controle. Isso não pode ser alcançado de forma passiva. É fundamental que as equipes da AB estimulem a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, sejam na comunidade em grupos de maior risco de adoecimento (albergados, pessoas privadas de liberdade, população de rua) ou em unidades de saúde, ambulatórios.

Identificamos no processo de trabalho das ESF que as ações de controle da TB ainda não foram assimiladas como uma atividade na rotina de trabalho. Muitas vezes, os pacientes com sintomas respiratórios procuram as UBSF por outros motivos e não são percebidos pelos profissionais da AB. O fluxo do atendimento não permite o reconhecimento de casos suspeitos. O olhar para a detecção precoce dos casos é prejudicado pela forma como os casos clínicos são gerenciados. Os agentes comunitários de saúde (ACS), elemento central de execução das ações de vigilância não estão devidamente qualificados para a identificação de casos em seu território e a apresentação de propostas que possa modificar o processo de trabalho não são evidenciadas ou sequer discutidas na rotina tradicional de trabalho.

Os apoiadores matriciais gerenciam unidades integradas de saúde, mesmo assumindo uma posição de gestor de saúde, não se apresentam qualificados ou empenhados para tal função, revelando desconhecimento sobre ações de controle da TB em seus vários aspectos. (BARRÊTO, 2010).

Os fatores apresentados pelos apoiadores matriciais como dificultadores na detecção precoce de casos de TB (estigmatização da doença, resistência na procura de atendimento e falta de conhecimento acerca da TB) relacionam-se aos usuários; sobre os serviços de saúde volta-se para falta de qualificação dos profissionais de saúde e questões estruturais

relacionadas, principalmente a realização de exames. Percebe-se que processo de (re) organização de ações e serviços para a garantia de acesso e do cuidado ao doente de TB, mostra-se relegada a um segundo plano. (BARRÊTO, 2010).

Figueiredo et al. (2009, p.830) concluiu que apesar da ampliação do PSF, percebe-se que as equipes de saúde da família ainda não assumiram o tratamento do doente de TB em sua totalidade. Esta pesquisa corrobora os achados de Figueiredo quando analisa que mesmo ocorrendo a extensão de cobertura da AB, a incorporação das ações de controle da TB pelas equipes de saúde da família, não foram suficientes para aumentar o controle da TB. A explicação deste fato pode ser atribuída ao modelo assistencial vigente cria uma dicotomia entre o atendimento de demanda espontânea e a execução das ações preventivas, como as estratégias de busca ativa de sintomático respiratório em grupos prioritários da comunidade, exames de contatos entre outros e de quem é a responsabilização, se da equipe da VE ou da AB. Essa dicotomia só poderá ser superada, quando a gestão conseguir propor novas formas de organização da atenção ao paciente de TB.

Endossamos a análise de Monroe (2007) que a capacidade de empreender ações de negociação dos coordenadores do PCT para sensibilizar, convencer e responsabilizar os gestores de saúde com a TB é essencial para garantir a disponibilização e sustentabilidade de RH, materiais, financeiros ou incentivos, bem como para a viabilização de estratégias para controle da doença como o DOTS.

Propomos que o enfermeiro no seu papel de coordenador do processo de trabalho nas unidades, articule as ações de vigilância epidemiológica com as assistenciais, superando a fragmentação e paralelismo das ações e assuma a gestão, discutindo com a equipe soluções que repercutam no planejamento local, fazendo com que as necessidades do usuário/paciente sejam identificadas nas unidades mais próximas de sua residência.

O Ministério da Saúde preconiza que o PNCT esteja integrado a uma rede de serviços de saúde, executado em conjunto pelas esferas de governo, em um processo de responsabilização progressiva, subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, que garantam desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo.

Compete às referências técnicas regionais junto com os gestores municipais, no Estado de Minas, monitorar os resultados alcançados pelos municípios, discutir novas estratégias e rever parâmetros, capacitar as equipes e propor novas formas de articulação das equipes para alcançar as metas alcançadas.

A descentralização das ações de saúde a responsabilidade dos municípios na condução da gestão do sistema de saúde, mas em contrapartida, a responsabilização pela condução das políticas de saúde ainda não tem o devido reconhecimento estabelecido por meio de políticas para a profissionalização dos gestores municipais.

Este estudo demonstrou a importância da implantação de um modelo de gestão nos Estados e Municípios para operacionalização da política de controle da tuberculose através do planejamento estratégico das ações e divisão de responsabilidades entre as três (3) esferas de governo e capacitação dos gestores municipais para a coordenação das ações.

8. - CONSIDERAÇÕES

No Brasil, ainda são poucos os estudos que abordam do ponto de vista da gestão, a avaliação do processo organizacional dos serviços da atenção básica para a garantia de acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento da tuberculose.

Este trabalho identificou fatores facilitadores, de um lado e dificultadores, de outro lado – merecendo destaque, no primeiro grupo o estabelecimento de macro e micropolíticas implementadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde que dão visibilidade à TB na rede pública de saúde da SRS/UDIA.

Constatou-se que os gestores consideram a AB, principal porta de acesso do usuário para qualquer ação assistencial pelas UBSF e UBS. Mas um dos principais atributos da AB, o primeiro contato, ainda não é operacionalizado. Os gestores identificaram que não há investimento no custeio de vale alimentação e transporte para que os pacientes de TB desloquem até as Unidades de saúde para a realização de seu tratamento.

Ficou evidenciado que os gestores/coordenadores na AB acumulam a coordenação de vários programas, funções gerenciais e assistenciais, ocorrendo uma superposição das funções operacionais com as de coordenação. A multiplicidade de atividades na AB e a descontinuidade no exercício da função de gestor, e/ou coordenador do PCT tem contribuído para a baixa governabilidade das ações de controle da doença.

Identificou-se ainda que os profissionais/ gestores de saúde da AB não elegeram as ações de controle da tuberculose como uma atividade rotineira nas Unidades de Saúde. Nem todas as Unidades executam as ações mínimas de acordo com as competências estabelecidas no PNCT, devido ao fato de alguns destes gestores não se apresentarem qualificados para o exercício da função, e ainda à complexidade da estrutura administrativa dos serviços de saúde nos municípios de médio e grande porte ou pelo fato das atribuições dos gestores/coordenadores não estarem formalmente instituídas na maioria dos municípios da área de abrangência da SRS/UDIA.

A não existência da horizontalidade das ações de controle da TB na gestão da AB e a multiplicidade de atividades na AB têm contribuído para a baixa governabilidade das ações de controle da doença. Analisando todas as dimensões do estudo de acessibilidade, percebe-se que o principal recurso para a eliminação dos obstáculos, encontra-se na forma de gestão dos serviços de saúde.

Um grande desafio de avaliação de serviços de saúde é estabelecer julgamentos sobre resultados. Considerando a multiplicidade de atores envolvidos na execução, coordenação das

ações, natureza da assistência prestada pelas Unidades de Saúde, aspectos epidemiológicos de cada território/população e as características multifatoriais do processo saúde-doença, incorrem no erro de generalização dos problemas identificados no modelo de gestão.

Do ponto de vista dos princípios de regionalização e integralidade da gestão, é necessário que os gestores municipais e regionais, diante da responsabilização progressiva pelas ações de controle da tuberculose, se apropriem de instrumentos de análise epidemiológica. O compartilhamento das informações contribuirá para a visibilidade do planejamento municipal e regional das ações de controle da doença na gestão da AB.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. C. T.; AIHARA, I. M.; BARROS, E. Gestão de Recursos Humanos e Sistema de Planejamento e Orçamento: sua articulação no interior do Ministério da Saúde. In: **Cadernos de Saúde Coletiva Políticas e Gestão em Saúde**. / Márcia Garcia (organizadora) et al. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004.128 p.

ANDRADE, R. L. P. **Porta de entrada para o diagnóstico de tuberculose pulmonar: avaliação dos serviços de saúde de Ribeirão Preto, 2009**. 85f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ARAKAWA, T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena. LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jul.- ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf> . Acesso em: 09 nov.2014

BARREIRA, D. População mundial ainda sofre com carência no tratamento da TB. In: **Informe Ensp**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-nsp/informe/site/materia/detalhe/34216>>. Acesso em: 21 jun.2014.

BARRÊTO, AJR. **Retardo no diagnóstico de TB e a influência dos aspectos relacionados à gestão**. 2010. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

_____. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21.jan.2015.

BATAIERO, MO. **Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde**. 2009. 249f. Dissertação (Mestre em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal; 2002.

_____. **Lei nº 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990.

_____. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Decreto%20Federal%20N%207508%20202011.pdf>>. Acesso em: 15 jan.2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 284 de 06 de agosto de 1998. Propõe metas e diretrizes para o Programa Nacional de Controle de Tuberculose. In: **Boletim do Conselho Nacional de Saúde**. Ano 1. Nº 1. Novembro de 1998. p.7-8. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm. Acesso em: 07 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96**. Brasília, 1997. Disponível em:< <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legislacao/legislacao.php> Acesso em: 12 mar.2011

_____. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília. 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0106pnct2.pdf>>. Acesso em: 07 mar.2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção I, p.15 de 29 de setembro 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de descentralização da gestão da assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. Brasília.2002. Disponível em: < http://saudepublica.bvs/lildbi/docsonline/1/7/371-noas_2002.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde** - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. In: **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5 ed.- Rio de Janeiro, 2002. 236p.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em 09 mar.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão- **Série Pactos pela Saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 143p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em 12 mar.2011

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>
Acesso em: 05. maio. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204/GM** de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>.
Acesso em: 22. fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN: normas e rotinas/Ministério da Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**, 2 ed. rev. Brasília. Ministério da Saúde, 2008,200p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010, 816p.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA MS/GM nº 104**, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 08 mar.2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Publicado no **Diário Oficial da União**; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55.

_____. Ministério da Saúde. **Tuberculose: Brasil reduz casos em 3,54% em 2011** [Internet]. Brasília. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4567/162/tuberculose:-brasil-reduz-numero-de-casos-em-354-no-ultimo-ano.html>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº1378** de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações

de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em 05 fev. de 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Panorama da tuberculose no Brasil:** indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública.** Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/escola-de-governo/pdf/politicagestao1.pdf>>. Acesso em: 21 jun.2014.

BETTOLOZZI, MR. Adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo: 1998. 211p.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.7, n3, p.401 a 412,2002

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2013

CARVALHO, SR.; CUNHA, GT.; A Gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, GWS. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 837 a 868.

CUNHA, ABO; VIEIRA DA SILVA, LM.; Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, Abr. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000400015&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em 03 de maio 2014.

DA HORA, HRM; REGO MONTEIRO, GT.; ARICA, J. **Confiabilidade em questionários para qualidade:** um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, v. 11, n. 2, 2010.

DOBASHI, BF, et al. O Pacto Federativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde? In: **Gestão Pública e Relação Pública Privado na Saúde** / Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (org.) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010.324p.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can't it be assessed? In: **Archives of Pathology & Laboratory Medicine;** Nov.1997; 121, 11; ProQuest Nursing Journals. p.1145

DUTRA, RMO.; SPERANDIO, M.; COELHO, J. O método Ward de agrupamento de dados e sua aplicação em associação com os mapas auto-organizáveis de Kohonen . In: **WORKSHOP DE COMPUTAÇÃO DA REGIÃO SUL**, 1, 2004, Florianópolis. Anais eletrônicos. Florianópolis: UNISUL, 2004.

FEITOSA, JVP. PROCÓPIO, MJ. Políticas de Saúde In: **Educação a Distância. Controle da tuberculose**: uma proposta de integração ensino-serviço. Coordenado por Maria José Procópio. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2008.

FEKETE, MC. Estudo de Acessibilidade na avaliação dos Serviços de Saúde. In: SANTANA, JP, SANTOS, I, FEKETE, MC, GALVÃO, EA, MANDELLI, MJ, PENNA, MLF, et al, (org). **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPS; 1997.p.177-84.

FIGUEIREDO, TMRM. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, Out. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2011.

GIMENES, FMP.; GIMENES, RMT.; OPAZO, MAU. Reflexões sobre uma proposta de integração assimétrica ALCA - MERCOSUL pela análise de cluster. In: **Congreso del Instituto Internacional de Costos, 8, e Congreso de la Asociación Uruguaya de Costos, 1**, 2003, Punta del Este. Anais eletrônicos. Montevideo: IIC, 2003.

GRABOIS.V; FERREIRA. SCC. Gestão em Saúde: perspectivas e desafios para a construção da integralidade. In: FERREIRA, SCC, MONKEN.M, (org). **Gestão em Saúde**: contribuições para análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSIV; p.157-71.

HAIR, J. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARTZ, ZMA; SILVA, LMV. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais a práticas na Avaliação de programas e sistemas de saúde. Editora da Universidade Federal de Brasília. Salvador/Rio de Janeiro, julho de 2005.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl.1, Set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 de mar. 2015.

HORTALE, VA; PEDROZA, M; ROSA, MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 ago. 2015.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**. New York: Columbia University Press, 1931.

MCIVER, JP, & CARMINES, EG. **Unidimensional scaling**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1981.

MENDES, EV. A descentralização como processo social. In: KALIL, M. E. (org) **Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. Anais. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 65-74.

MENDES, EV. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo II. Salvador-BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549p.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004. 80 p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov/publicações/planejamento-gestão-em-saude/sistema>>. Acesso em: 13 nov. 2011

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto**: Tuberculose. Belo Horizonte, 2006.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Análise da Situação de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte. 2010. 288 p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **O choque da gestão em Minas Gerais** / organizado por Antônio Jorge de Souza Marques et al – Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 324 p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov/publicações/planejamento-gestão-em-saude/sistema>>. Acesso em: 13 nov.2011.

_____. Avaliação operacional do Programa de Controle de Tuberculose da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais de 2002 a 2006. In: **Boletim Epidemiológico Ano XI, nº 1** p.6 -12. Belo Horizonte, jan/fev.2008. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicações/estatística-e-informação-em-saude/boletim-epidemiologico/2008>>. Acesso em: 09 nov.2011

MONROE, AP. **O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo**. 2005.177f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

NOVAES, HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.5, p.547-59, out. 2000.

PAIM, JS. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia & Saúde**. 5ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999:489-503.

PALHA, PF; VILLA, TCS. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.37, n.3, p. 19-26, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v37n3/03.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

PROTTI, ST et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 44, n.3, p. 665-670, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v44n3/16.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2014.

ROSA, N. **Carta ao meu amigo Edgar**. Belo Horizonte, 1935. Disponível em: <<http://letras.mus.br/noel-rosa-musicas/682912/>>. Acesso em: 03.maio.2015.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 10, n. 3, set. 2001. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732001000300004>.NETTO, 2001).

SANTOS, MSLG et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto Contexto - Enferm.** Florianópolis, 2010. jan-mar:19 (1): p.64-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a07.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

SCATENA, LM et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.43, n.3, p.389-97, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/248.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.

SEIDEL, EJ et al. Comparação entre o método Ward e o método K-médias no agrupamento de produtores de leite. **Ciência e Natura**, Santa Maria, v. 30, n. 1, p. 7- 15, 2008.

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

TRAVASSOS, C; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20(Supl.2): 190-198. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso> .Acesso em: 10 mar. 2013.

TREVISAN, LN; JUNQUEIRA, LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, Agosto.2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2014.

VASCONCELOS, CM; PASCHE, DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.531-562.

VENDRAMINI, SHF; VILLA, TCS; PALHA PF; MONROE, AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Bol. Pneumol Sanit.** 2002; 10 (1): 5-12. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v10n1/v10n1a02.pdf>>. Acesso em: 09 jun.2014

VENDRAMINI, SHF. et al. Tuberculose em município de porte médio do Sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo,

v. 31, n. 3, p. 237-243, jun. 2005 . Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000300010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2014.

VICINI, L. **Análise multivariada da teoria à prática**. Santa Maria: UFSM, CCNE. 2005.

VILLA, TCS. ; RUFFINO-NETO, A.; ANDRADE, RLP.; ARRASCUE, EA.; MONTERO, CV.; FIRMINO, DR. Survey on tuberculosis teaching in Brazilian nursing schools, 2004. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, PARIS, v.10, p.323-327, 2006 a.

VILLA, TCS.; FIRMINO, DR.; ANDRADE, RLP.; BRUNELLO, MEF.; OLIVEIRA, MF.; RUFFINO-NETO,A. Practical Tuberculosis teaching in nursing schools, Brazil – 2004. **On line Brazilian Journal of Nursing**, v.5, n.3, 2006b. Disponível em:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/608/143>. Acesso em

VILLA, TCS et al. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.42, n.1, p.98-117 , 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/13.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

VILLA, TCS; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **J Bras Pneumol**. 2009; 35(6): 610-612. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2013.

VILLA, TCS et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. Spe, p. 190-198, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global tuberculosis report 2012**. World Health Organization, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global tuberculosis report 2013**. World Health Organization, 2013.

SPSS for Windows step by step: **A simple guide and reference**. 11.0 update (4 ed.). Boston: Allyn & Bacon.

ANEXO I

Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil**Anexo I – Gestores**

Número do questionário _____

Município: _____

Responsável pela coleta de dados _____

Data da coleta de dados ____/____/____

A. INFORMAÇÕES GERAIS					
1	Iniciais do Profissional				
2	Tipo de Unidade (marque somente uma resposta)				
	UBS 1()				
	UBS/PACS 2()				
	USF/PACS 3()				
	Ambulatório de Referência 4()				
	Nível Central 5()				
3	Nome Instituição				
4	Endereço				
5	Cidade				
6	Telefone				
7	Fax				
8	E-mail				
9	Titulação (especificar área)				
FUNÇÃO					
	Coordenador do PCT 1()				
	Coordenador de Vig. em Saúde 2()				
	Supervisores/coordenadores de Atenção Primária 3()				
	Supervisores/ Coord. Vigilância Epidemiológica 4()				
10a	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos				
B. A TB NA AGENDA MUNICIPAL					
Para as questões 11.a a 11.j, responda:					
1.Nunca	2.Quase nunca	3.Às vezes	4.Quase sempre	5.Sempre	6.Não se aplica
11.a() A TB é considerada como uma doença prioritária no quadro sanitário do município?					
11.b() A distribuição de recursos para a TB é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida?					
11.c() São disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte...) para os doentes de TB em tratamento?					
11.d() É mantida regularidade da distribuição de incentivo(cesta básica, vale transporte) para os doentes de TB?					
11.e() Participa na discussão e definição de ações de saúde para controle da TB?					
11.f() No repasse dos recursos financeiros para o município, são definidas linhas específicas para TB?					
11.g() Participa da discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da TB?					
11.h() O município investe recursos próprios para TB?					
11.i() Os recursos (potes, viatura, material de laboratório, motorista, combustível etc.) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB?					
Para a questão 11.j, responda:					
1-Sempre	2.Quase sempre	3.Às vezes	4. Quase nunca	5.Nunca	
11.j() Os recursos financeiros destinados à TB são aplicados em outros programas/necessidades de saúde?					
C. PORTA DE ENTRADA					
Para as questões 12 a 13, responda:					
1 - UBSF/PACS	2 - UBS	3 - Ambulatório de referencia	4 - Hospital público		
5 - Hospital privado	6 - Consultório particular	7 - Pronto-atendimento	8 - Outros (____)		
12. () Quando os usuários precisam de algum controle de saúde preventivo (vacina BCG, exames de escarro),					
13. () Qual o primeiro serviço de saúde que o usuário procura quando apresenta sinais/sintomas da TB?					
D. ACESSO AO DIAGNÓSTICO					
Para a questão 14, responda:					
1 - (5 dias ou mais)	2 - (4 dias)	3 - (3dias)	4 - (2 dias)	5 - (1 dia - 24 horas)	

14 () Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, quanto tempo demora para conseguir consulta ?					
Para as questões 15 a 16, responda:					
1 - (5 dias ou mais)	2 - (4 dias)	3 - (3 dias)	4 - (2 dias)	5 - (1 dia - 24 horas)	0 - Não se aplica
15. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento?					
16. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quantas vezes precisam procurar a unidade de saúde para realizar o diagnóstico de TB?					
Para a questão 17, responda:					
1 - (5 ou mais semanas)	2 - (4 semanas)	3 - (3 semanas)	4 - (2 semanas)	5 - (1 semana)	
17. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, quanto tempo leva para receberem o diagnóstico de TB?					
Para as questões 18, responda:					
1 - Nunca	2 - Quase nunca	3 - Às vezes	4 - Quase sempre	5 - Sempre	0 - Não se aplica
18. () Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários procuram a unidade de saúde mais próxima da casa deles?					
Para as questões 19 a 25, responda:					
1 - Sempre	2 - Quase sempre	3 - Às vezes	4 - Quase nunca	5 - Nunca	0 - Não se aplica
19. () Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de TB, esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?					
20. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para obter informações por telefone na unidade de saúde?					
21. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, os mesmos têm dificuldade para marcar consulta por telefone na unidade de saúde?					
22. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB têm dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?					
23. () Para consulta de diagnóstico de TB, os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para vir à unidade de saúde?					
24. () Durante as consultas para diagnóstico da TB, os usuários gastam dinheiro com transporte para vir à unidade de saúde?					
25. () Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de TB, perdem o turno de trabalho ou compromisso para a consulta no serviços de saúde?					

Para as questões 26 a 29 responda:					
Nunca	2- Quase nunca	3- Às vezes	4- Quase sempre	5- Sempre	0- Não se aplica
26. () Os profissionais de saúde solicitam exame de escarro e/ou raio X e/ou PPD para as pessoas que trabalham e/ou estudam com os doentes de TB?					
27. () Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade?					
E.ACESSO AO TRATAMENTO					
Para as questões 30 a 40, responda:					
1.Nunca	2.Quase nunca	3.Às vezes	4.Quase sempre	5.Sempre	0.Não se aplica
28. () Com que frequência a unidade oferece consulta mensal de controle para o tratamento da TB?					
29. () Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da TB, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?					
30. () Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?					
31. () Durante o tratamento, os doentes de TB conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?					
32. () Realiza Tratamento Supervisionado (TS)* ?					
33. () Os profissionais realizam visitas domiciliares aos doentes de TB?					
34. () Visitas domiciliares para realização de Tratamento Supervisionado?					
35. () Com que frequência a unidade oferece cestas básicas ou vale alimentação?					
36. () Com que frequência a unidade oferece vale transporte?					
37. () Qual a frequência em que os doentes de TB tratados nesta unidade de saúde pertencem à área adscrita?					
Para as questões 41 a 46, responda:					
1.Sempre	2.Quase sempre	3.Às vezes	4.Quase nunca	5.Nunca	
38. () Durante o tratamento da TB, os doentes perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos?					
39. () Os usuários têm dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde onde fazem tratamento para serem consultados?					
40. () Os doentes de TB têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde?					
41. () Os doentes de TB têm que pagar pelo transporte?					
42. () Durante os últimos 12 meses, houve falta de medicamentos para TB?					
43. () Os doentes de TB esperam mais de 60 minutos para serem atendidos?					

*Obs.: Considerar nunca (auto administrado); quase nunca (a cada 15 ou 30 dias); às vezes (1-2 vezes /semana); quase sempre (3-4 vezes/semana); sempre (todos os dias).

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO NORTE - MG: TENDÊNCIAS, AVANÇOS E DESAFIOS, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Carlos Henrique Alves de Rezende e Waldênia Rodrigues Gomes**. Nesta pesquisa nós estamos buscando Analisar o processo de descentralização das ações do Programa Nacional de Controle de Tuberculose através dos resultados apresentados pelo modelo de gestão na área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia e percepção do desempenho de serviços da Atenção Primária no controle da tuberculose pelos gestores municipais. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador **Waldênia Rodrigues Gomes no momento da entrevista com os Coordenadores do Programa de TB, de Vigilância Epidemiológica e de Atenção Primária à Saúde.**

Na sua participação você responderá ao questionário: **“QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO NO CONTROLE DA TB NO BRASIL”**. Os riscos poderão ser de identificação dos respondentes. Nesta pesquisa a ocorrência deste risco será mínima. Em nenhum momento você será identificado, assim como, não haverá nenhum risco por exposição a qualquer tipo de evento. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim, a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa. Os benefícios serão contribuir para a avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária de saúde e colaborar com a organização das ações no controle da tuberculose nos 18 municípios jurisdicionados à macrorregião de saúde do Triangulo Norte-MG. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com **Carlos Henrique Alves de Rezende e Waldênia Rodrigues Gomes**. Nos telefones (34) -3218 2246 e (34) - 3214 4600 respectivamente. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, ____de _____ de 2013

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO III

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO NORTE - MG: TENDÊNCIAS, AVANÇOS E DESAFIOS

Pesquisador: CARLOS HENRIQUE ALVES DE REZENDE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06398912.3.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 174.013

Data da Relatoria: 14/12/2012

Apresentação do Projeto:

Em muitos municípios, as ações mínimas de controle da tuberculose são atividades específicas do profissional médico, com a visão centrada somente no controle da doença. A organização do modelo gerencial adotado pelos municípios reforça somente o atendimento de demanda espontânea em detrimento das ações de vigilância em saúde. Existe semelhança entre os indicadores de impacto e processo produzidos pelos municípios com os indicadores percebidos pelos gestores.

A pesquisa será realizada nos 18 municípios componentes das microrregiões de saúde: Uberlândia-Araguari e Patrocínio-Monte Carmelo sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia. Serão convidados todos os Coordenadores do Programa de TB e de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância Epidemiológica, que têm a obrigatoriedade de fazer notificação positiva e negativa de ocorrência de casos de tuberculose em seu território, de acordo com a Portaria nº 104 do MS de 25 de Janeiro de 2011.

Para a coleta de dados serão utilizadas a entrevista estruturada e a pesquisa documental em registros institucionais e estatísticos. Para a construção dos principais indicadores que constituirão a base da análise epidemiológica da tuberculose será utilizado o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação Windows/ tuberculose, SINAN-NET, versão 2.0, ano de 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Prof. Dr. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144

UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



e versão 4.1 para o ano de 2011, da Coordenação de Epidemiologia da Superintendência Regional de Uberlândia e Coordenação Estadual de Pneumologia Sanitária do Estado de Minas Gerais.

Hipótese:

Existe semelhança entre os indicadores de impacto e processo produzidos pelos municípios com os indicadores percebidos pelos gestores.

Critério de Inclusão:

Todos os gestores municipais de controle da tuberculose na Atenção Primária que concordem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de Exclusão:

Os gestores municipais de controle da tuberculose na Atenção Primária que se recusarem a responder o questionário.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de descentralização das ações do Programa Nacional de Controle de Tuberculose através dos resultados apresentados pelo modelo de gestão na área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia e percepção do desempenho de serviços da Atenção Primária no controle da tuberculose pelos gestores municipais.

Objetivo Secundário:

- 1) Descrever a organização da Atenção Primária na Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia enfatizando a descentralização do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.
- 2) Descrever os aspectos epidemiológicos da tuberculose por macrorregião de saúde na área de abrangência da Superintendência Regional de Uberlândia.
- 3) Analisar os aspectos sociais, perfil demográfico e epidemiológico do espaço político operativo do território macrorregião de saúde- Triângulo Norte.
- 4) Avaliar o modelo organizacional e operacional adotado nos municípios da área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia pelos resultados das ações desenvolvidas para o controle da tuberculose na atenção primária de saúde dos municípios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há riscos de identificação dos respondentes. Não haverá nenhum risco por exposição a qualquer tipo de evento.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Sandra Terezinha de Farias Furtado
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Prof.ª Dr.ª Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Benefícios:

Contribuir para a avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços da atenção primária de saúde e colaborar com a organização das ações no controle da tuberculose nos 18 municípios jurisdicionados à macrorregião de saúde do Triângulo Norte-MG.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta méritos para ser executado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos são apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo não apresenta falhas ou pendências, assim o meu parecer é de aprovado, SMJ deste comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final: dezembro de 2013.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- 1- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Sandra Terezinha de Farias Furtado
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Prof.ª Dr.ª Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



2- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

3- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

4- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

UBERLÂNDIA, 15 de Dezembro de 2012

Assinador por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Dr.ª Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br