

Protti, Simone Teresinha; Caetano da Silva, Laís Mara; Fredemir Palha, Pedro; Scatena Villa, Tereza Cristina;
Ruffino-Neto, Antonio; de Almeida Nogueira, Jordana; Duarte de Sá, Lenilde
A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 44, núm. 3, septiembre, 2010, pp. 665-670
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033305016>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,
ISSN (Versão impressa): 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios

MANAGING THE BASIC HEALTH UNIT IN TUBERCULOSIS CONTROL: A FIELD OF CHALLENGES

EL GERENCIAMIENTO DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS: UN CAMPO DE DESAFÍOS

Simone Teresinha Protti¹, Laís Mara Caetano da Silva², Pedro Fredemir Palha³, Tereza Cristina Scatena Villa⁴, Antonio Ruffino-Neto⁵, Jordana de Almeida Nogueira⁶, Lenilde Duarte de Sá⁷

RESUMO

Neste estudo analisamos a gerência das Unidades Básicas de Saúde no controle da Tuberculose em um município do interior de São Paulo. Participaram do estudo 14 gerentes; a coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário fechado e uma questão aberta, e também por meio de entrevista com consentimento livre e esclarecido. Para o tratamento dos dados, utilizamos o Programa Statística 8.0 da Statsoft, e para os dados qualitativos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Fica explícita uma gerência técnico-burocrática, com debilidades nas dimensões do planejamento e organização das atividades dos serviços de saúde. Assim, os gerentes desta investigação necessitam incorporar aspectos do planejamento e organização como forma de viabilizar a política de controle da TB.

ABSTRACT

In this study we analyzed the management of Basic Health Units in terms of Tuberculosis (TB) control in a city in the interior of São Paulo state. Fourteen managers participated in the study. A closed questionnaire was administered and an open question was also applied. The interview was carried out after obtaining free and informed consent. Data analysis was performed using the Statsoft software Statística 8.0 and thematic content analysis was used for the qualitative data. It was found there is a clear technical-bureaucratic management, deficient in the activity planning and organization dimensions at the BHU. Hence, health care managers in this study should include management aspects of planning and organization as ways to make TB control feasible.

RESUMEN

En este estudio analizamos el gerenciamiento de las Unidades Básicas de Salud en el control de la Tuberculosis en un municipio del interior de San Pablo, Brasil. Participaron del estudio 14 gerentes. La recolección de datos fue realizada a través de un cuestionario cerrado y una pregunta abierta, más entrevista con consentimiento libre y esclarecido. Para el tratamiento de los datos, utilizamos el programa Statistica 8.0 de la compañía Starsoft; y para los datos cualitativos, se usó la técnica de análisis de contenidos, modalidad temática. Quedó evidenciada una gerencia técnico-burocrática, con debilidad en las dimensiones de planeamiento y organización de las actividades de los servicios de salud. De tal modo, los gerentes que participaron de esta investigación necesitan incorporar aspectos de planeamiento y organización como modo de viabilizar la política de control de la TB.

DESCRITORES

Tuberculose.
Gerência.
Planejamento em saúde.
Sistemas de Saúde.

KEY WORDS

Tuberculosis.
Management.
Health planning.
Health Systems.

DESCRIPTORES

Tuberculosis.
Gerencia.
Planificación en salud.
Sistemas de Salud.

* Extraído da tese “A visão dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a Tuberculose na Agenda Municipal, em um município do Estado de São Paulo”, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008. ¹ Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. patpaz@eerp.usp.br ² Graduanda de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. laismara@eerp.usp.br ³ Professor Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. palha@eerp.usp.br ⁴ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br ⁵ Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. aruffino@fmrp.usp.br ⁶ Professora Doutora da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. jal_nogueira@yahoo.com.br ⁷ Professora Doutora da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. sa.lenilde@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma calamidade que preocupa as autoridades da saúde em todo o mundo. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB como um estado de urgência e criou o programa STOP TB, que reúne instituições de alto nível científico e/ou poder econômico, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Banco Mundial, Centers for Disease Control (CDC)-Atlanta, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA) e American Thoracic Association (ATA)⁽¹⁾.

A mesma ocupa em nossos dias a liderança mundial como causa de morte por doença infecciosa entre adultos, apesar dos avanços tecnológicos e de ações de saúde disponíveis para controlá-la e até mesmo erradicá-la⁽²⁾. Segundo a OMS, um terço da população mundial está infectada com a TB, sendo dois bilhões de infectados, oito milhões que desenvolverão a doença e 1,8 milhões que morrerão dela⁽³⁾.

No ranking dos países com maior incidência de tuberculose, 22 destes merecem atenção especial, pois são responsáveis por 80% dos casos estimados de TB no mundo, ressaltando que o Brasil ocupa a 16ª posição entre esses países⁽⁴⁾.

Aos municípios cabe o desenvolvimento de programas de controle da TB, baseando-se nas normas e orientações do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em vigor. Para tanto, é enfatizada a necessidade de adequações frente às diversidades locais existentes, principalmente em relação ao Tratamento Supervisionado (TS)⁽³⁾.

O Ministério da Saúde instituiu em 2000 o *Plano Estratégico para a Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil para o período de 2001 a 2005*, que inclui parcerias com os serviços de atenção básica, principalmente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), objetivando a expansão das ações no controle da TB com a finalidade de obter maior detecção e cura de casos da doença⁽³⁾.

A transferência da execução das ações de controle da Tuberculose (TB) para os entes subnacionais ocorreu após a década de 80, por meio da celebração de convênios⁽⁵⁾, tornando o componente gerencial fator primordial para o desenvolvimento do controle da TB.

OBJETIVO

Analizar a visão dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde em relação às ações de controle da Tuberculose na Atenção Básica.

REVISÃO DE LITERATURA

A descentralização das ações em saúde desencadeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nos remete a refletir o processo de municipalização da saúde, sendo esta, parte do movimento da reforma administrativa do Estado brasileiro. Para os municípios, essas *inovações* são a possibilidade, a partir da área da saúde, de reorganizar e reestruturar a gestão local tendo como eixo norteador uma gestão democrática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente⁽⁶⁾.

Nesse sentido, chamamos a atenção para a tecnologia gerencial, pois é a partir desta que podemos pensar e agir em saúde, ou seja, vislumbrar a implementação de um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado e com uma participação social efetiva. Cabe ressaltar que a municipalização da saúde contribui para o fortalecimento da autonomia político-gerencial dos municípios, aumentando assim, sua capacidade técnico-operacional de planejamento, programação, controle gerencial e operacional de ações voltadas ao enfrentamento dos problemas de saúde em territórios específicos⁽⁶⁾. É pensando em uma gerência eficiente e competente do ponto de vista administrativo, que acreditamos serem primordiais estes predicados para o desenvolvimento de ações adequadas para o controle da TB, ações estas que não podem ser desenvolvidas individualmente, mas sim, pensando sempre no caráter coletivo, trabalhando em equipe com uma gerência imbuída de conhecimento local, ou seja, conhecimento das necessidades de saúde da população e, além disso, uma gerência que seja participativa no conselho gestor, nas tomadas de decisões.

O trabalho de gerência da produção de serviços de saúde é um importante instrumento na efetivação de políticas públicas, pois este é, ao mesmo tempo condicionante e condicionado pela forma como se organiza a produção dos serviços de saúde e, consequentemente, o modelo tecno-assistencial vigente⁽⁶⁾.

Investir na melhoria do gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde e também nas Unidades de Referência, contribui para uma assistência de maior qualidade na Atenção Primária, assistência essa que reflete diretamente na atenção à saúde da população e comunidade⁽⁷⁾.

Quando elencamos o tema da gerência para pautar a discussão desta investigação, o fizemos pensando na perspectiva de compreendê-la como um instrumento do trabalho em saúde, capaz de contribuir para a transformação da prática assistencial no que concerne à melhoria da atenção à TB e, dessa forma, nos voltando para um modelo usuário centrado que produza mudanças e seja compromissado com a saúde da população.

Pensando a gerência como potencial para transformação, podemos percebê-la como um espaço instituinte, na qual há a possibilidade de maior participação da equipe dos trabalhadores da saúde, ou seja, repensar sua forma de produção e reprodução em relação ao gerenciamento dos serviços locais de saúde⁽⁸⁾.

É pertinente mostrar que as discussões ocorridas na área da saúde sobre a temática gerencial e o conjunto de intervenções de vários grupos sociais envolvidos interessados nesse tema, destacam a necessidade de operar mudanças no modo de trabalhar em gerência, em todos os níveis das organizações de saúde. As autoras apontam ainda que muitos dos debates que têm a gerência como protagonista fazem referências às dimensões macro-estruturais do trabalho de gerência em saúde, sendo que poucos destacam pretensões de mudanças, a partir da aquisição de capacidade teórica e operacional de ação sobre os aspectos micro-políticos desse processo de trabalho⁽⁹⁾.

O presente estudo tem como foco as micro-políticas, uma vez que discute a participação da gerência da Unidade Básica de Saúde na gestão da atenção à TB em um município do interior do Estado de São Paulo.

A eficiência e a eficácia são categorias adotadas e aceitas por todas as escolas da administração para medir o desempenho gerencial. A eficiência e a eficácia entram para o debate da saúde pública, incluindo os elementos técnico e racional e também as dimensões de política e de poder e suas decorrências⁽⁹⁾.

Nesse sentido, as categorias de eficiência e eficácia foram repensadas tendo como variáveis as funções clássicas da administração como: o planejamento, a organização, a direção e o controle e, assim, adaptadas para a área da saúde de nível local. A eficácia, pensando na área da saúde, fica definida como a capacidade dos gerentes obterem resultados nas atividades de planejamento, organização, direção e controle, sem perder de vista a finalidade maior que é *resolver os problemas de saúde da clientela*⁽¹⁰⁾.

O planejamento, a organização, a direção e o controle compõem o processo gerencial no sentido de que as atividades têm interação dinâmica, são inter-relacionadas e interdependentes, acontecem em atitudes cotidianas, ao mesmo tempo ou em tempos diferentes⁽¹¹⁾.

As autoras trazem ainda que o planejamento é a capacidade de prever o futuro a partir da clara compreensão dos limites e possibilidades da realidade e, no caso específico do setor saúde, das necessidades imediatas e mediadas da população sob responsabilidade de uma unidade de saúde em particular. A organização compreende a capacidade de relacionar atividades, decisões e pessoas para alcançar resultados; associada à liderança, define estratégias de trabalho. A direção é a capacidade de tomada de decisões e do inter-relacionamento não apenas em uma unidade de trabalho, mas em todos os níveis hierárquicos da organização. O controle pressupõe a capacidade do geren-

te de utilizar e adaptar sistemas de informação para avaliar o trabalho que lhe é confiado, demonstra responsabilidade e observância para com os compromissos e resultados institucionais. O planejamento e o controle dizem respeito à eficácia organizacional, enquanto a organização e a direção se referem à eficiência⁽⁹⁾.

Tomamos para este estudo a classificação hierárquica, dos quatro níveis gerenciais: a) **gerente superior**: gestão global e formulação de políticas; b) **gerentes técnicos**: coordenação e operacionalização de políticas e programas; c) **gerentes de infra-estrutura**: responsáveis pelo fornecimento de insumos estratégicos para o funcionamento da organização; d) **gerentes assistenciais**: nível em que ocorre a assistência propriamente dita e principal finalidade da organização⁽⁹⁾.

A partir da descrição do objeto do estudo, nos propomos, nesta investigação, ter, na figura dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde do município, elencado o foco desta investigação. Dessa forma, classificamos os sujeitos desta como *gerentes assistenciais* e tomamos como eixo de análise as dimensões gerenciais do planejamento e da organização em saúde.

MÉTODO

Pesquisa de natureza quanti-qualitativa, que utilizou um questionário fechado, direcionado aos gerentes das UBS. Ao final do instrumento foi incluída uma questão norteadora: *Quais as dificuldades que você, gerente de uma UBS, enfrenta no dia-a-dia para desenvolver as ações de controle da TB?* O cenário foi um município do interior do estado de São Paulo, com população acima de 550.000 habitantes. Os sujeitos do estudo foram 14 gerentes das UBS. Os dados do instrumento estruturado (questionários) foram analisados por meio do Programa Statistica 8.0 da Statsoft, confeccionadas tabelas de frequência simples, das quais pôde-se obter um panorama geral do estudo. Para a etapa da abordagem qualitativa, foi utilizada a entrevista semi-estruturada e a técnica de Análise de Conteúdo modalidade Temática; esta técnica busca ultrapassar os significados manifestados. Assim, a análise de conteúdo propõe-se a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula o texto descrito com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto e processo de produção da mensagem⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Esta discussão foi construída a partir dos depoimentos dos gerentes, na qual destacamos os seguintes aspectos: a TB no quadro sanitário do município, o planejamento em saúde e as ações de controle da doença, a participação na discussão e definição das ações para o controle da TB e a assistência técnico-burocrática da administração no controle da TB.

A maioria dos gerentes, 81,3% consideram a TB como uma doença prioritária. A descentralização da TB é resultante de um conjunto jurídico-legal que vem sendo consolidado desde o final da década de 80, que torna o município gestor das ações de saúde⁽⁵⁻⁶⁾. Entretanto, a descentralização administrativa encontra barreiras na sua operacionalização como: falta de preparo técnico e baixa capacidade fiscal dos municípios para assumirem tais responsabilidades, dentre outros^(1,7). Problematiza um gerente:

Considero que a forma (verticalizada) de alguns serviços dificulta a instalação de vínculo e a organização dos serviços de saúde. Penso que a atenção básica proporciona outro caráter visando outras formas de construção do trabalho (EG1).

O gerente comenta os limites dos programas tradicionais na qualidade das ações em saúde; assim, quando o planejamento dos programas é elaborado por outras esferas, nem sempre se coaduna com a realidade local, comprometendo a qualidade técnico-científica das ações. O campo do planejamento em saúde exige mudanças constantes e, neste sentido, a organização, gestão e avaliação do cenário devem ser revisitados pelo gestor local⁽⁸⁾. Destaca-se que as metas definidas pelo PCT alinham-se com as críticas realizadas em relação à normatização do planejamento em saúde. Nesse sentido, a BSR encontra limites na sua incorporação de forma contínua e rotineira na AB⁽¹¹⁾. Os depoimentos remetem para aspectos que dizem respeito à focalização das ações.

Quando eu era gerente no Jardim Aeroporto nós díavamos ênfase à semana de TB, depois ficavam os cartazes (na Unidade de Saúde), aí se o paciente tinha algum sintoma, quando chegava ao posto lia os cartazes, e então, procurava a enfermeira e falava (dos sintomas da TB) (EG2).

Há mais ênfase à Dengue, por exemplo, e deixa as outras doenças de lado, como a TB e HIV (EG6).

O problema maior é que nas campanhas de TB todos se envolvem, funcionários, até a faxineira, mas depois todo mundo esquece. Tanto que se você olhar os gráficos de maior coleta é porque é campanha, é baixo é porque está fora de campanha. Isso é muito complicado (EG10).

As falas mostram a TB na AB de uma forma restritiva, sendo que 81,3% dos sujeitos consideram a TB prioritária no quadro sanitário do município. Essa *pontualidade e valorização* do enfoque da doença revela as peculiaridades da descentralização discutidas em outros estudos⁽¹¹⁾. Essas características remetem à permanência da cultura do *movimento campanhista* na organização dos sistemas locais, com atenção fragmentada nos programas de saúde, com distorções e baixo impacto na produção da saúde⁽¹²⁾, especialmente no caso da TB, que exige um acompanhamento longitudinal. Em relação à TB, é a partir da edição das Normas Operacionais de Assistência (NOAS) à Saúde 2001 e 2002 que as responsabilidades pelo controle das ações dessa patologia são colocadas na arena da Atenção Básica⁽¹¹⁾.

Frente a esse contexto, a gerência das Unidades Básicas de Saúde passam a incorporar várias ações sob sua responsabilidade, tanto no plano gerencial quanto assistencial. Essas duas dimensões possibilitam traçar planos e estratégias que viabilizem ações conjuntas da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Observemos os depoimentos abaixo:

Outro fato é que os pacientes não se responsabilizam pelo cuidado à sua saúde, nós não podemos ficar sempre atrás. A maioria da população daqui é trabalhadora, penso que nosso horário de funcionamento possa ser limitante para eles (EG14).

Mas eu acho que ainda falta mais esclarecimento para os profissionais de saúde, porque às vezes (os usuários) vêm aqui com algum sintoma e eles (profissionais) não pensam que pode ser TB (EG5).

A dimensão gerencial torna-se importante aliada no que concerne à organização das ações de TB, pois é necessário um planejamento sistematizado e integral para cada paciente visando a singularidade e a resolutividade, sempre que possível, das necessidades destes e de suas famílias.

A identificação de sintomáticos respiratórios não é uma tarefa simples; a realização desta atividade requer entendê-la como uma ação complexa, pois não basta apenas perguntar ao indivíduo se ele vem apresentando tosse. O profissional de saúde deve estar apto para desencadear todas as etapas que envolvem este processo, levando em conta os aspectos antropológicos que permeiam esta ação. Essa tarefa implica em uma abordagem ampliada do paciente e passa pelo processo saúde-doença⁽¹¹⁾.

Vou pedir para os agentes e a enfermeira me ajudar (responder o questionário), pois eles têm maior contato do que eu com esta realidade (da TB) (EG13).

Sou gerente apenas da unidade básica e não tenho conhecimento sobre aspectos relacionados ao gerenciamento de recursos destinados ao programa de controle da TB. Vocês deveriam procurar quem trabalha com a TB. Aqui nós nem temos muitos casos, e eu não tenho que saber se há ou não recursos para isso. Minha competência é gerenciar a unidade básica em que estou (EG11).

Esses depoimentos remetem à idéia de que o sujeito toma o desempenho da gerência do ponto de vista técnico-burocrático, contrapondo-se à idéia do Planejamento Estratégico⁽¹⁰⁾. Este aspecto já foi campo de análise de outros autores⁽¹⁰⁾, demonstrando que os gerentes conhecem pouco os problemas de saúde do seu território, requerendo maior envolvimento participativo para repensar a produção e reprodução dos aspectos da gerência^(9,11).

Os gestores têm papel fundamental na mudança da forma de pensar sobre os cuidados prestados e nas estratégias de intervenção adotadas nos sistemas de saúde. Sendo assim, os dirigentes devem ser sensibilizados para as ne-

cessidades de estratégias de gerenciamento no enfrentamento das condições crônicas, tais como a TB⁽⁴⁾.

O gerente da UBS deve planejar as ações de saúde de sua área de abrangência de acordo com as necessidades de sua população. Alguns autores consideram que a área do planejamento e da administração em saúde tem potencial para mudanças e inovações no processo de organização, gestão e avaliação, as quais o gestor necessita revisitá-las com freqüência⁽¹⁰⁾.

No que se refere à participação dos gerentes na discussão e definição de ações para o controle da TB no município, 31,3% dos gerentes revelaram participar às vezes, enquanto 18,8% revelaram *quase nunca* participar. Isso nos indica que mais de 50% dos gerentes têm pouca participação, havendo inclusive os que desconhecem tal sistemática.

Tal situação parece coadunar com as questões trazidas anteriormente, quando da discussão em relação à falta de adesão às ações de BSR, indicando pouco compromisso político na manutenção e continuidade destas ações na AB⁽¹¹⁾. A fala do gerente remete à discussão intersetorial.

Deveria acontecer aqui (no município) a mesma coisa que aconteceu em Campinas, pois a chegada de indústrias traz mais dinheiro e tenta melhorar as condições de vida da população, já que a TB é uma doença de cunho social que afeta as camadas desfavorecidas da população (EG6).

O gerente propõe novas tecnologias assistenciais e organização do sistema de saúde, trazendo a responsabilização compartilhada como uma das práticas da gerência e das equipes na atenção à TB⁽¹¹⁾, dado seu caráter social que exige organização do trabalho, participação social e incorporação das organizações não governamentais (ONGs)⁽¹³⁾. Essas questões se coadunam com a política de descentralização das ações de TB, bem como com o trabalho da gerência na formulação, decisão política, postura pró-ativa e inovadora, melhoria do acesso, adesão ao tratamento e vínculo com os profissionais de saúde⁽¹⁴⁾.

Nesse sentido, parece revelar a importância da busca de parcerias institucionais para sustentar e controlar as ações da Tuberculose. Segundo um estudo⁽¹⁴⁾, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) de 1998 já previa a necessidade da participação social e da incorporação das organizações não governamentais (ONGs) no controle da mesma.

Nessa perspectiva, entendemos que ao incorporar as ações de TB na AB, o Ministério da Saúde buscou aproximar e redirecionar o modelo assistencial, promovendo benefícios no que tange à melhoria do acesso, adesão ao tratamento e vínculo com os profissionais de saúde. Assim, ao considerar doenças com caráter crônico, a exemplo da TB, considera a necessidade da incorporação de novas tecnologias na organização da assistência à saúde, por meio de parcerias com outros setores sociais, como um dos elementos que devem acompanhar as práticas da gerência e das equipes na fase do planejamento em saúde⁽¹¹⁾.

O estudo revelou que 52,6% dos gerentes responderam atuar até cinco anos no cargo de gerência, 26,3%, de cinco a dez anos e 5,3%, de quinze ou mais anos. Este cenário indica que há acúmulo de experiência nesta função. Portanto, a pouca participação nessas discussões parece não ter relação com o tempo de ocupação neste cargo. Quando reconhecemos a TB como uma doença negligenciada⁽¹⁾, deparamo-nos com um contexto complexo no qual os profissionais da AB têm dificuldades para realizar o diagnóstico da TB e os serviços de saúde carecem de organização gerencial adequada para o atendimento aos doentes⁽⁵⁾.

Os profissionais da saúde ainda são muito despreparados em relação à TB. Há casos que o doente chega à unidade com queixas como tosse, escarro com sangue, passa pelo clínico e este apenas encaminha para o pneumologista, então demora muito para ser diagnosticado (EG4).

Aqui temos poucos casos de TB, que eu lembre apenas 01, porque eles vão ao Centro de Referência, são acompanhados lá e não aqui (EG5).

A reorganização do sistema de atenção, aliado ao desempenho gerencial, tornam-se condições imprescindíveis na produção social em saúde na TB. Estudos envolvendo aspectos gerenciais têm evidenciado o despreparo da esfera municipal, a deficiência de sua estrutura técnico-administrativa e os limites da própria descentralização como obstáculos no avanço do controle da TB^(5,14-15).

O tempo decorrido entre os primeiros sintomas respiratórios e o início do tratamento tem um campo específico para registro na ficha de investigação de TB (CVE-ESP), porém a autora verificou que este dado foi informado em apenas 70% dos casos novos do município. Nesse sentido, essa informação pode não ser lembrada com exatidão pelo doente; ao mesmo tempo o registro desta informação pode ser objeto de investigação pelo profissional. Do ponto de vista da assistência este fato pode ter conotações distintas: uma decorrente das características individuais e sociais do doente que o levam a procurar o serviço somente a partir do momento em que se percebe doente, ou seja, com sintomatologia avançada; a outra, para os profissionais, pois o não registro pode implicar em inadequabilidade no processo terapêutico⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

O tempo de demora depende também da organização dos serviços de saúde, do profissional que faz a primeira abordagem deste indivíduo, do acesso à primeira consulta médica, da demora na suspeita da doença, da disponibilidade de insumos para a solicitação de exames (potes de escarro, impressos, geladeira para guardar material), disponibilidade de outros exames diagnósticos (radiológico), tempo entre a coleta de material para exame e a chegada do resultado, do encaminhamento e agendamento do paciente ao serviço que fará o tratamento⁽¹⁶⁾.

Lembram as autoras que este tempo de demora irá depender da chegada do indivíduo ao serviço, ou seja, o acesso à localização do domicílio, condições de transporte até a instituição do tratamento, que também dependerá do vínculo com os profissionais de saúde.

A fala do gerente revela alguns desses obstáculos.

Teve um usuário aqui que levou 09 meses até descobrir que era TB. Vinha com queixa de tosse, passava no médico, receitava xarope, vinha novamente e, assim, foi até ao final de vários meses quando o pneumologista diagnosticou TB (EG4).

Pode ser que *passam* alguns casos que a gente não diagnostique, mas quando tem o diagnóstico nós acompanhamos, pedimos para a família vir até o posto, os comunicantes (EG5).

Esses aspectos demonstram que existe uma despersonalização dos serviços de saúde em relação à atenção a TB. O usuário é penalizado e necessita peregrinar pelos serviços até a obtenção do diagnóstico da doença, que nem sempre é realizado na AB. Esta sujeição e impessoalidade na atenção interferem no estigma da do-

ença, e torna-o apenas parte das estatísticas de saúde⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Esses são alguns dos elementos que ampliam e problematizam as discussões sobre o trabalho gerencial no controle da TB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desinteresse aponta para o desconhecimento dos gerentes em relação ao PCT, mostrando-os alienados em relação à problemática da TB na sua área de abrangência. O compromisso político dos gerentes fica comprometido, dado que eles são responsáveis pelo planejamento, organização, direção e controle dos programas. Isso pode estar relacionado ao fato de que os gerentes não se vêem no papel de gestores, responsáveis pelas tomadas de decisões de sua unidade e também pela incorporação e viabilização das ações de TB na AB.

REFERÊNCIAS

1. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev Soc Bras Med Trop. 2002; 35(1):51-8.
2. Teixeira G. Onde estamos e aonde vamos no que toca ao controle da tuberculose. Bol Pneumol Sanit. 2004;12(1):5-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 2004.
4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2006. Geneva; 2006.
5. Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcêncio RA, Cardozo Gonzales RI, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):98-104.
6. Ermel RC, Fracolli LA. Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(2):89-96.
7. Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec; 1994.
8. Ramires EP, Lourenção LG, Santos MR. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. Arq Ciênc Saúde. 2004;11(4):205-9.
9. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(2):443-53.
10. Barbieri AR, Hortale VA. Desempenho gerencial em Serviços Públicos de Saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1349-56.
11. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Com R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(2):221-42.
12. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(2):315-21.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
14. Ducati RG, Ruffino-Netto A, Basso LA, Santos DS. The resumption of consumption: a review on tuberculosis. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2006;101(7):697-714.
15. Villa TCS, Ruffino-Netto A, Arcêncio RA, Cardozo González RI. As políticas de controle da tuberculose no sistema de saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino-Netto A, Villa TCS. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: EERP; 2006. p. 30-47.
16. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(3):401-12.
17. Arcêncio RA, Oliveira MF, Cardozo Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Pinto IC, Villa TCS. City tuberculosis control coordinators perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brasil, 2005. Int J Tuberc Lung Dis. 2008;12(5):527-31.
18. Villa TCS, Brunello MEF, Arcêncio RA, Sasaki CM, Assis EG, Cardozo-Gonzales RI. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da TB: revisão integrativa da literatura (2001-2005). Online Braz J Nurs [periódico na Internet]. 2006 [citado 2008 set. 22]; 5(3): [cerca de 10 p]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/608/143>