



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Sperli Geraldes Santos, Maria de Lourdes; Scatena Villa, Tereza Cristina; Figueiredo Vendramini, Sílvia Helena; Cardozo Gonzáles, Roxana Isabel; Fredemir Palha, Pedro; Sperli Geraldes Marin dos Santos, Natália; Gazetta, Cláudia Eli; Zanon Ponce, Maria Amélia

A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 64-69

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413596007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A GERÊNCIA DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO INTERIOR PAULISTA

Maria de Lourdes Sperli Geraldos Santos¹, Tereza Cristina Scatena Villa², Sílvia Helena Figueiredo Vendramini³, Roxana Isabel Cardozo Gonzáles⁴, Pedro Fredemir Palha⁵, Natália Sperli Geraldos Marin dos Santos⁶, Cláudia Eli Gazetta⁷, Maria Amélia Zanon Ponce⁸

¹ Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São Paulo, Brasil. E-mail: mlsperli@gmail.com

² Livre Docente em Enfermagem. Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br

³ Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da FAMERP. São Paulo, Brasil. E-mail: silviahve@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professor da Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: enroisab@eerp.usp.br

⁵ Livre Docente em Enfermagem. Professor Associado da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br

⁶ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da FAMERP. São Paulo, Brasil. E-mail: nsperli@gmail.com

⁷ Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da FAMERP. São Paulo, Brasil. E-mail: claudiagazetta@yahoo.com.br

⁸ Doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br

RESUMO: O objetivo da pesquisa foi analisar a gerência das ações de controle da tuberculose em municípios do interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada em junho de 2005, por meio da entrevista semi-estruturada com coordenadores de Programa de Controle Tuberculose de sete municípios prioritários, e submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática. Os depoimentos apontaram nós críticos na captação e manutenção de incentivos financeiros para recursos humanos e viaturas; recursos humanos insuficientes e despreparados; desconhecimento do destino da verba da tuberculose e falta de autonomia para gerenciar os recursos; dificuldades de comunicação e integração com gestores; falta de priorização da doença na agenda política; priorização de agravos com repercussão política e necessidade de parcerias. Conclui-se que os coordenadores trabalham em meio a pressões, ocupando dupla posição de transmissão, no plano hierárquico e nos das relações com o ambiente, nem sempre com recursos adequados e suficientes.

DESCRIPTORES: Tuberculose. Administração de serviços de saúde. Atenção primária à saúde.

TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM MANAGEMENT IN MAJOR COUNTIES OF THE INTERIOR OF SÃO PAULO STATE

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze tuberculosis control action management in counties in the interior of the Brazilian state of São Paulo. Data was collected in June of 2005 through semi-structured interviews with coordinators of Tuberculosis Control Program of seven priority municipalities, and subjected to thematic content analysis. The statements taken pointed out criticisms regarding raising and maintaining financial incentives to support human resources and means of transportation; inadequate and unprepared human resources; unfamiliarity concerning the destination of budget appropriations for Tuberculosis Control and a lack of autonomy in managing such resources; communication and interaction difficulties involving the project managers; a lack of policies prioritizing the disease in the political agenda; prioritization of appeals with political repercussions; and the need for partnerships. We conclude that the Project Coordinators work under pressure, occupying a double transmission position both on a hierarchical level and in environmental relationships, not always disposing of adequate and sufficient resources.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Health Services Administration. Primary health care.

GESTIÓN DE PROGRAMAS DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN MUNICIPIOS DEL INTERIOR DEL ESTADO DE SÃO PAULO

RESUMEN: La investigación tuvo como objetivo analizar la gestión de programas de control de la tuberculosis en municipios del interior del Estado de São Paulo. La recolección de datos se realizó en junio de 2005, a través de entrevistas semiestructuradas con los coordinadores del Programa de Control de la Tuberculosis de los siete municipios prioritarios. Para el análisis de los datos se empleó el Análisis de Contenido Temático. Las encuestas señalaron nudos críticos en la captación y manutención de presupuestos para recursos humanos y vehículos; recursos humanos insuficientes y sin preparo; desconocimiento del destino de los presupuestos asignados al combate a la tuberculosis y falta de autonomía en la gestión de dichos recursos; dificultades de comunicación e integración con gestores; falta de priorización de la enfermedad en la agenda política; priorización de otras enfermedades con repercusión política más visible y necesidad de coparticipación. Se concluye que los coordinadores trabajan bajo presión; ocupan doble posición de transmisión, tanto en el plan jerárquico como en las relaciones con el ambiente y ni siempre disponen de recursos adecuados y suficientes.

DESCRIPTORES: Tuberculosis. Gestión de servicios de sanidad. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Os países em desenvolvimento, como o Brasil, têm sofrido as cargas das desigualdades sociais, aumento da pobreza, crescimento da população e concentração urbana desordenada da população, além das dificuldades da falta de acesso e despreparo dos serviços de saúde para o manejo e controle de doenças endêmicas, como a Tuberculose (TB).¹

A definição da TB como prioridade na agenda pública de saúde em nível local, perpassa por obstáculos operacionais e políticos, como a distribuição de recursos priorizando outras situações como atenção às urgências/emergências e dengue. Existe uma lacuna na política de financiamento para a TB e um padrão de gestão municipal pouco comprometido com o controle da doença, sendo fundamental o envolvimento do gestor no sentido de incorporar, investir e apoiar o gerenciamento das ações de controle da TB, assumindo a doença como prioridade na agenda de saúde do município.²

A gerência das ações de controle da TB, exercida pelos coordenadores dos Programas Municipais de Controle da TB, considerada neste estudo como uma gerência intermediária, por sua própria natureza de estar no meio, é uma atividade de pressões internas dos superiores para alcançar resultados e garantir conformidades com as normas administrativas. Também tem sido colocada como área estratégica para transformação das práticas de saúde por sua posição intermediária entre as estruturas centrais com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta de serviços.³

No âmbito da gerência intermediária das ações de controle da TB, o Coordenador do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) vem atuando como articulador deste processo, desempenhando suas funções com domínio técnico-científico e capacidade gerencial para efetivar a incorporação de controle na Atenção Básica, considerando competências individuais e coletivas nos diferentes níveis do sistema de saúde.

Para que o Coordenador possa desempenhar suas funções gerenciais de organização e viabilização de ações, estratégias e políticas para o controle da TB, é preciso adequado preparo político, gerencial e técnico, considerando o contexto político atual, pouco comprometido com a doença,² com conhecimento da realidade para identificar os problemas e necessidades reais para

o manejo das ações e buscar as possibilidades de captar recursos e estabelecer parcerias nos diversos níveis de atenção a saúde, dentro e fora dos sistemas de saúde.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar a gerência das ações de controle da TB em municípios prioritários do interior do Estado de São Paulo. O propósito foi buscar a compreensão dos papéis assumidos pelos coordenadores dos PCTs a partir do pressuposto de que o gerenciamento das ações de controle da TB exige compromisso político dos gestores, além de uma gerência especializada com capacidade técnico-científica e habilidade no processo de comunicação, negociação e inter-relacionamento.

METODOLOGIA

Optou-se pela abordagem qualitativa, por sua capacidade de adotar o princípio da realidade, partindo das condições existentes e incorporar a questão do significado e da intencionalidade, o que não pode ser quantificado.^{4,6}

Os sujeitos da pesquisa foram sete coordenadores dos PCTs dos municípios, pois representam os atores envolvidos com a organização e gerenciamento das ações de controle da TB.

A seleção dos municípios foi baseada nos critérios adotados pelo Centro de Vigilância Epidemiológica do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo⁷ em dividir o estado de São Paulo em quatro regiões homogêneas, a Capital, a Grande São Paulo (GSP), a Baixada Santista/litorânea e Interior do estado.⁴ Foram selecionados sete municípios prioritários do interior do estado de São Paulo, considerando as semelhanças em relação à organização do sistema local de saúde e ao quadro epidemiológico da doença. Foram excluídos os municípios do interior do estado situados no litoral e aqueles pertencentes a regiões metropolitanas.

A coleta de dados foi realizada em junho de 2005 por meio de entrevista semi-estruturada contendo questões relacionadas ao processo de implantação da estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) focalizando as facilidades e dificuldades, compreensão da estratégia como política de saúde pública e processo decisório na atenção à TB. Os entrevistadores foram profissionais de nível superior treinados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para análise do material empírico obtido empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática.⁴

Este estudo está vinculado ao Projeto-mãe intitulado – Situação da Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP Nº 169/2005. Os sujeitos do estudo que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após leituras exaustivas das entrevistas, foi construída como unidade temática central, a sustentabilidade da estratégia DOTS como um desafio para coordenadores dos PCTs. Para esta unidade temática, foi possível ainda, eleger um sub-tema, a implantação e implementação da estratégia DOTS diante da necessidade de captar/otimizar recursos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A unidade temática central: a sustentabilidade da estratégia DOTS como um desafio para coordenadores do PCT foi conformada a partir do sub-tema a implantação e implementação da estratégia DOTS diante da necessidade de captar/otimizar recursos.

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

Os depoimentos dos coordenadores entrevistados evidenciaram que no processo de implantação da estratégia DOTS não enfrentaram muitas dificuldades em relação ao compromisso político, uma vez que ocorreu mediante todo um processo de incentivo pelo Ministério da Saúde (MS) a partir de 1999.⁸⁻⁹

A maior dificuldade residiu na manutenção de recursos para viabilizar e sustentar a estratégia, o que foi comentado em todos os depoimentos. Os nós críticos apontados, foram referentes a disponibilização de recursos para a TB e a falta de autonomia dos coordenadores dos programas na utilização dos recursos.

A implantação da estratégia DOTS nos municípios deste estudo se deu no momento em que o PNCT definiu a TB como prioridade entre as políticas governamentais, facilitando e incentivando os municípios prioritários. Ficou evidente

que a vontade política dos gestores em adotar a estratégia estava atrelada a disponibilização de incentivos financeiros pelo MS.

[...] *Eu acho que foi bastante atuante [o gestor]. Porque foi justamente na época que a gente pegou o convênio, que veio o recurso [...]* (e1).

[...] *Eu assumi a coordenação em 1997... Naquela ocasião, nós recebemos um recurso em torno de 97 mil reais... Esse recurso veio casado em cima de um indicador epidemiológico importante, e aí então começou um processo de implantação do tratamento supervisionado [...]* (e2).

Na época da implantação das medidas de controle da TB, o governo instituiu estratégias de incentivos como garantia de sustentabilidade das ações de controle da TB. Disponibilizou repasse financeiro aos municípios e estimulou a busca de casos e o tratamento por meio de benefícios. Mediante um termo de adesão, o município firmava um compromisso com o desenvolvimento das ações do PCT. O repasse de verbas era através de bônus se houve ou não tratamento supervisionado. Foi estabelecida uma nova proposta de gerência do PCT baseada nos seguintes conceitos: reestruturação (os convênios foram eliminados); reengenharia (utilização de uma lógica baseada em resultados); bônus; reinvenção (DOTS); realinhamento (nova inserção do PCT no MS); reconceitualização (descentralização); novas formas de aprendizagem; unidades de demonstração.⁹⁻¹⁰

Em 15 de outubro de 2000, foi assinada a Portaria Nº 3739/GM que regulamentava a concessão do bônus. A Portaria Nº 1474, de 19 de agosto de 2002, fixava novos valores do Incentivo para o Controle da TB em R\$ 50,00 para a notificação de casos novos; R\$ 50,00 para alta por cura, quando tratamento auto-administrado e R\$ 200,00 para alta por cura, quando tratamento supervisionado.⁹ Até 2006 os recursos eram repassados periodicamente conforme rubricas específicas.

As mudanças no mecanismo de repasse financeiro para os municípios a partir de 2004 interferiram de forma negativa na implementação da estratégia DOTS, pois, embora os gestores tenham disponibilizado incentivos e recursos financeiros no momento da implantação da mesma, houve dificuldades na manutenção destes, principalmente para a alocação de pessoal preparado e em número suficiente, gerando, para o coordenadores, ansiedade e insatisfação, além da desmotivação para efetiva atuação gerencial sobre as ações de controle da TB, conforme os seguintes depoimentos.

[...] *quando tinha aquele convênio... enquanto recebia verba para pagar esse funcionário... o DOTS*

estava funcionando muito bem...não dava para fazer em 100% dos casos porque era uma única pessoa para estar fazendo tudo, mas eu acho que funcionava bem. A partir do momento que esse convênio foi quebrado nós não conseguimos mais contratação de ninguém e nem ao menos um funcionário da prefeitura que fizesse isso...as unidades de saúde se queixam que não tem funcionário então não dá para estar dispondo de ninguém para estar fazendo esse tratamento [...] (e4).

[...] nós tivemos, no princípio, um carro disponível pra esse programa. O programa da tuberculose deveria ter um comando da Distrital, com um carro para o programa. Eu teria mais facilidades de estar fazendo uma visita, de estar trazendo pacientes, então como você sabe, sobre o sistema de saúde, o carro é usado também pra várias outras coisas, então como comentário eu acho que as autoridades deveriam dar mais importância ao programa de tuberculose [...] (e4).

É importante ressaltar que a grande dificuldade reside na alocação e manutenção de recursos humanos e de viaturas para as visitas domiciliares. Em relação às cestas básicas e vales transportes para os doentes, todos os coordenadores relatam que são oferecidos.

[...] uma dificuldade é claro, o território é muito grande, então você precisa de viatura para se locomover, você gasta uma manhã toda em uma área, de 80 mil habitantes, tem que tirar o funcionário da Unidade, tem que ter transporte, tem que ter motorista, em que ir a casa, e claro que se fizesse lá no local que ele mora, pelo agente comunitário, você diminuiria esse custo, porque tem um custo, de transporte, de motorista de mão de obra [...] (e2).

[...] Nós não temos viatura exclusiva para a tuberculose, essa é uma dificuldade. Nós temos que contar com o banco de viaturas do departamento de transporte. Isso foi muito difícil porque, a gente pedia para que a viatura estivesse cedo na Unidade de Referência para que pudesse se deslocar o mais rápido possível para cobrir todos os pacientes necessitados, e a gente não tinha de rotina... Só que nós temos a necessidade de ter uma viatura e permanecemos na necessidade de solicitar sempre ao departamento de transporte [...] (e3).

[...] as dificuldades são em relação ao transporte, a recursos humanos, porque todos os dias você mata alguns leões para conseguir efetuar o serviço [...] (e3).

A disponibilização de recursos e incentivos é necessária para viabilizar as ações de controle da TB, porém, esta ação está intimamente ligada à vontade política do gestor do nível central, fato que limita a atuação gerencial dos coordenadores, que não possuem autonomia para captar ou gerenciar estes recursos.

A falta de autonomia no processo decisório, além da escassez de recursos, acarreta problemas gerenciais, de ações não planejadas, levando a adoção da cultura da improvisação.¹¹

Arelada a falta de autonomia para o gerenciamento das ações de controle da TB, está a falha no processo de comunicação e integração entre os gestores e coordenadores dos PCTs além do desconhecimento da verba destinada ao controle da TB.

[...] Foi pedido, foi tudo programado desde o ano passado, as cestas básicas para as pessoas que iniciaram o tratamento, mas essa falha, também acho que foi um erro lá atrás, porque... Hoje já estamos fazendo diferente, porque nós sentimos as dificuldades do primeiro grupo, do segundo grupo já não vai ser assim. No segundo mês é que vai ter a cesta básica, por quê? Porque todo aquele tramite de compra... pelo município, foi uma cobrança muito grande do paciente, então nós trabalhamos dobrado, triplicado, pra que eles entendessem que não dependia de mim aquela cesta básica... Quando a gente percebeu que a cesta chegou a coisa acalmou de um jeito que você não faz idéia [...] (e1).

[...] A dificuldade que eu vejo, é a verba que vem do Ministério da Saúde, gastar esse dinheiro é o mais complicado. Então a dificuldade maior geralmente, é utilizar a verba que vem do Ministério da Saúde... Cai no fundo e a gente conseguir resgatar esse dinheiro e reverter ele para a tuberculose. Acho que é a maior dificuldade [...] (e6).

[...] uma coisa que hoje nós estamos vivenciando e enquanto coordenador deveria saber, é o que se pôs de dinheiro na tuberculose. Por que hoje o que a gente sabe, na verdade não tem nem necessidade de estar dizendo, está vindo via internet, secretaria diz que não tem, e a gente fica perdido. Então se houvesse a possibilidade de comunicar o coordenador do programa, o que está chegando em termos de quantidade e qualidade, desse dinheiro, seria muito mais fácil, a gente teria um mecanismo de troca. Estamos sabendo que chegou esse tanto, então eu preciso gastar isso. A gente trabalha sem saber o valor que tem. Não tem a mínima noção [...] (e7).

Ressalta-se que a partir de 2007, o repasse tem sido do fundo nacional para o fundo municipal de saúde. Com os pactos da saúde, seis grandes blocos são administrados pelo município conforme as peculiaridades locais. A TB beneficia-se de recursos de mais de um bloco, porém, sem uma conta específica, o que resulta em esclarecimento inadequado das fontes de recurso, dificultando, ao coordenador do PCT, estabelecer com nitidez, de quais recursos dispõe a TB para as prioridades e viabilização das estratégias de controle da doença.^{8,12}

O compromisso e a integração de atores pertencentes aos diversos espaços de atuação devem ser estimulados permanentemente. Para tal, é necessária a existência de uma gerência intermediária especializada que forneça ferramentas necessárias para o enfrentamento das adversidades, utilizando mecanismos criativos e atrativos para conscientizar, negociar e estabelecer parcerias com diversos atores de modo que a TB tenha visibilidade dada sua relevância epidemiológica e social.¹³

Nesse contexto, destaca-se o papel dos coordenadores do PCT como principais empreendedores para estabelecimento de parcerias e sensibilização dos membros dos diversos segmentos dos Sistemas de Saúde e da população em geral acerca da problemática da TB, gerando a necessidade de um intenso processo de negociação e capacidade de convencimento dos gestores acerca da relevância e contribuição dos mesmos para o impacto no controle da TB no âmbito municipal, tornando-a prioridade na agenda municipal de saúde.

Para suprir as lacunas causadas pela deficiência na manutenção das ações de controle da TB, ocorre a necessidade de buscar parcerias em outros setores dentro ou fora do sistema de saúde.

[...] a gente tem feito tratamento supervisionado, e a expansão tem se dado nesses últimos anos, com os recursos que a gente tem. Então, com as próprias equipes, temos viatura que a Aids cedeu, nós conseguimos agregar uma viatura no setor de escola, mas quem executa, são as próprias equipes. Então hoje nós estamos com 70, 75% de cobertura e tratamento supervisionado num total de casos, de 75%, mas a gente faz com os recursos que a gente tem das equipes dos ambulatórios [...] (e2).

Embora a aids esteja intimamente ligada a TB, atua de forma desarticulada ao PCT, com financiamentos mais efetivos, devido a maior visibilidade política que confere ao Programa, mais autonomia e facilidades para desenvolver projetos que financiam as ações de controle da doença. Apesar disto, colabora com o empréstimo de alguns recursos como, por exemplo, as viaturas para as visitas domiciliares.

Existe um desinteresse por parte de gestores municipais de saúde pelas políticas e estratégias de controle da TB, dentre elas, o DOTS. A TB se encontra entre aquelas doenças que não promovem visibilidade política, portanto, não representam prioridade.²

Os depoimentos dos coordenadores reforçam esta situação, quando referem a dengue, como prioridade por requerer interferência mais imediata.

[...] Na implantação nós tivemos um bom compromisso, depois [...] não foi muito envolvido [...] porque estava muito alterada a questão da Dengue [...] (e2).

[...] A tuberculose passou a ser prioridade... Quando nós conseguimos elevar o índice da dengue quase a nível zero. Ai sim, sobrou Tuberculose [...] (e5).

Esta situação resulta em obstáculos para o gerenciamento das ações de controle da TB no âmbito da gerência intermediária (da coordenação do PCT), quando esta atividade se depara com situações que dependem da vontade política de outros atores hierarquicamente superiores.

Existe desinteresse dos gestores municipais pelas políticas e estratégias de controle da TB, dentre elas, o DOTS, o que leva a falta de compromisso destes atores, com as políticas de controle da doença. A TB se encontra entre aquelas doenças que não promovem visibilidade política, portanto, não representam prioridade.²

Muitas vezes, o coordenador necessita lançar mão de sua habilidade de comunicação para convencer o gestor da magnitude da doença.

[...] estou sempre cutucando, pra mostrar que a tuberculose tá aí, [...] mas a pessoa não vê [o gestor] [...] as autoridades deviam dar mais importância para a tuberculose [...] (e4).

Embora muitos investimentos estejam sendo feitos, ainda é difícil se encontrar uma saída efetiva, pois esses investimentos privilegiam o tratamento, não a prevenção. Não que essa não exista. Existem medidas para a prevenção e controle, estratégias inovadoras e eficazes como a estratégia DOTS, porém, o financiamento e envolvimento político nesse âmbito são deficientes.¹³⁻¹⁴

Neste contexto, a gerência das ações de controle da TB é uma ação complexa, que depende, dentre outros fatores, da responsabilidade social e compromisso políticos de gestores para com a saúde a ser assegurada como direito de cidadania.¹⁵

CONCLUSÃO

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

Foi possível identificar a fragilidade do compromisso político assumido pelo gestor diante da

dificuldade em captar e manter recursos, sejam estes, financeiros, materiais ou humanos.

As falas dos coordenadores nos remetem a reflexão sobre a importância e a imagem que a TB tem para os diversos atores envolvidos no manejo da doença, direta ou indiretamente, como é o caso dos gestores (prefeitos e secretários de saúde) e dos profissionais.

Ficou evidente a falta de capacidade dos profissionais e as dificuldades do coordenador em deslocá-los do ambiente de trabalho para serem capacitados, em função de outras prioridades ou de falta de recursos humanos.

Os coordenadores dos PCTs assumem importante tarefa de viabilizar as ações de controle da doença, definidas pelo nível macro, nem sempre com recursos adequados e suficientes para tal, tendo, na maioria das vezes, que lançar mão do que tem disponível, assumindo um papel de articulador entre os outros níveis dos Serviços de Saúde, negociando sempre, motivando, capacitando, e qualificando pessoal.

Necessitam ter conhecimentos, habilidades técnicas e políticas que incluem negociação, enfrentamento, persuasão, criatividade, conhecimento técnico-científico e epidemiológico atualizados, para ampliar possibilidades de captar recursos, estimular a vontade política dos governantes e assim, dar conta do manejo da TB de forma apresentá-la na sua complexidade social, política, econômica e até histórica.

REFERÊNCIAS

1. Dalcolmo MP, Andrade MKN, Picon PD. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. *Rev Saúde Pública*. 2007 Set; 41(Supl1):34-42.
2. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sassaki CM, Ruffino Neto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 Jun; 42(2):262-7.
3. Aguiar AB, Costa RSB, Weirich CF, Bezerra, ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Rev Eletrônica Enferm* [online]. 2005; 7(3):319-27. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_09.htm
4. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa (PT): Edições 70; 2004.
6. Tanaka, OY; Melo, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo (SP): EDUSP; 2001.
7. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Tuberculose no Estado de São Paulo: indicadores de morbimortalidade e indicadores de desempenho. Bepa. 2006; 3(Supl4):1-36.
8. Villa TCS, Ruffino-Netto A, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales, RI. As políticas de controle de tuberculose no sistema de saúde no Brasil e implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino-Netto, Antonio; Villa, Tereza Cristina Scatena, organizadores. Tuberculose - implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto (SP): FMRP/Rede TB-USP; 2006. p.29-48.
9. Ruffino-Netto, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002 Jan-Fev; 35(1):51-8.
10. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Pneumologia Sanitária, Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF): MS; 1999.
11. André AM, Ciamponi MHT. Desafios para a gestão de Unidades Básicas de Saúde. *Rev Adm Saúde*. 2007 Jan-Mar; 9(34):16-21.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
13. Vendramini SHF, Villa TCS, Santos MLSC, Gazetta, CE. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 Set- Out; 15(1):171-3.
14. Weiss KB, Addington WW. Tuberculosis poverty's penalty. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998 April; 157(4):1011.
15. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: história de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Out-Dez; 16(4):712-8.