

Federal University of Rio de Janeiro State

Journal of Research  
Fundamental Care OnlineISSN 2175-5361  
DOI: 10.9789/2175-5361

## PESQUISA

Luz, câmera, tuberculose: profissionais protagonistas, fragilidades coadjuvantes ou vice-versa?

Light, camera, tuberculosis: professional actors, supporting weaknesses or vice versa?

Luz, cámara, tuberculosis: profesionales actores, debilidades apoyo o viceversa?

Janaína von Söhsten Trigueiro<sup>1</sup>, Jordana de Almeida Nogueira<sup>2</sup>, Lenilde Duarte de Sá<sup>3</sup>, Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro<sup>4</sup>, Anne Jaqueline Roque Barrêto<sup>5</sup>, Renata Figueiredo Ramalho<sup>6</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the strengths and weaknesses of practicing managers who develop actions related to the control of tuberculosis in the metropolitan region of João Pessoa-PB. **Method:** We performed a descriptive, exploratory qualitative study between May and July 2009, with a sample consisting of eight professionals. **Results:** showed that the scenario of action for those who play the actions of tuberculosis control is fraught with controversies and difficulties that leverage the existing weaknesses. **Conclusion:** to observe the performance of the actors / managers visualizes disarticulation of service, often lack of knowledge of the true script of action, lack of profile to step in and, above all, health teams extras, ie, uncommitted and disqualified to live the starring role in combating this condition. **Descriptors:** Professional practice, Management in health, Tuberculosis, Primary health care.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar as potencialidades e fragilidades da prática de gestores que desenvolvem ações relacionadas ao controle da tuberculose em municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB. **Método:** realizou-se um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, entre maio e julho de 2009, com amostra constituída de 8 profissionais. **Resultados:** evidenciaram que o cenário de atuação para aqueles que desempenham as ações do controle da tuberculose é repleto de controvérsias e de dificuldades que potencializam as fragilidades já existentes. **Conclusão:** ao observar o desempenho dos atores/gestores visualiza-se desarticulação do serviço, muitas vezes ausência de conhecimento do verdadeiro *script* de atuação, falta de perfil para entrar em cena e, sobretudo, equipes de saúde figurantes, ou seja, descomprometidas e desqualificadas para viver o papel de protagonista no combate a esse agravo. **Descritores:** Prática profissional, Gestão na saúde, Tuberculose, Atenção primária à saúde.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las fortalezas y debilidades de los directivos en ejercicio que desarrollan acciones relacionadas con el control de la tuberculosis en la región metropolitana de João Pessoa-PB. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, exploratorio entre mayo y julio de 2009, con una muestra que consta de ocho profesionales. **Resultados:** mostraron que el escenario de la acción para los que juegan las acciones de control de la tuberculosis está plagado de controversias y dificultades que aprovechan las debilidades existentes. **Conclusión:** para observar el desempeño de los actores / directores visualiza desarticulación de servicio, a menudo carecen de los conocimientos de la verdadera secuencia de comandos de acción, la falta de perfil para intervenir y, sobre todo, los equipos extras de salud, es decir, sin compromiso y descalificado vivir el papel protagonista en la lucha contra esta enfermedad. **Descriptor:** Práctica profesional, Gestión en salud, Tuberculosis, Atención primaria de salud.

<sup>1</sup>Enfermeira e Fonoaudióloga, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: janavs\_23@hotmail.com. <sup>2</sup>Enfermeira, Pós-Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Professora do Departamento de Enfermagem Clínica, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, Brasil. E-mail: ja\_l\_nogueira@yahoo.com.br. <sup>3</sup>Enfermeira, Pós-Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiátrica, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: lenilde\_sa@yahoo.com.br. <sup>4</sup>Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: deborasgt@hotmail.com. <sup>5</sup>Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: anejaque@gmail.com. <sup>6</sup>Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat. Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr.Clementino Fraga. João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: renata\_f\_ramalho@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

O processo de incorporação das ações de controle da tuberculose (TB) vem ocorrendo de forma gradual e diversificada na Atenção Básica em Saúde (ABS), sendo que algumas ações tendem a permanecer centralizadas no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) com modelo de organização vertical<sup>1</sup>, uma vez que a TB acaba sendo encarada como uma doença que demanda ações pontuais relacionadas às “práticas programáticas”, configurando uma falta de continuidade das atividades de controle e prevenção, não incorporando mudanças na forma de trabalho da equipe.<sup>2</sup> Essas características tendem a permanecer, pois a ação dos gestores, contrariando a perspectiva da integralidade em saúde, tende a reforçar um modelo de organização estanque e desarticulado do conceito ampliado de saúde.

Em relação à inclusão das ações de controle da TB na ABS<sup>3</sup>, em pesquisa realizada no estado de São Paulo, identificou-se como principais obstáculos: o despreparo dos profissionais, a deficiência de recursos humanos e a visão centralizada e fragmentada da organização dessas ações nos serviços de saúde. Acresce-se a falta de envolvimento dos gestores, fator que compromete o gerenciamento das ações. Porém, é visto que a superação de tais deficiências pelos gestores não é tarefa fácil, exigindo das organizações processo contínuo de adaptação, que implica em flexibilidade e capacidade de aprendizagem contínua.

Assim, as organizações que alcançam este objetivo, isto é, ser capaz de valorizar a educação permanente, se destacam por terem a capacidade de dar resolubilidade aos problemas de maneira sistemática, de conhecer novas abordagens, aprendendo a partir das próprias vivências e das experiências e práticas alheias, de tal modo, que transferem eficazmente e em tempo hábil os conhecimentos por toda organização. Dessa maneira, obterão resultados positivos mediante a criação de sistemas e processos respaldados frente à integração das atividades nas ações cotidianas.<sup>4</sup>

É nesse cenário, organizado e permanentemente capacitado, que o atendimento ao portador de TB deveria estar inserido, pois conforme a OMS<sup>5</sup> este implica lidar com uma doença cuja complexidade requer desenvoltura dos atores da ABS, já que este usuário precisa de um atendimento diferenciado, que abranja aspectos sociais, econômicos e culturais do doente. Por também ser considerada uma condição crônica, cujo aspecto modifica-se a partir dos diferentes cenários, o manejo e o controle da TB demanda estratégias que carecem de adaptação do profissional a cada situação que se depara.<sup>6</sup> Nessa perspectiva, objetivou-se analisar as potencialidades e fragilidades da prática de gestores que desenvolvem ações relacionadas ao controle da TB em municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB.

## MÉTODO

Estudo de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, que utilizou a entrevista semiestruturada como técnica para coleta de informações. As questões norteadoras centraram-se nas potencialidades e fragilidades administrativo-gerenciais/financeiras /operacionais do controle da TB em dois municípios prioritários para atividades de TB na Paraíba.

A coleta de dados realizou-se nos meses de maio e junho de 2009, envolvendo oito profissionais que exerciam cargos de gestão. As entrevistas foram gravadas após o consentimento dos entrevistados e posteriormente transcritas.

A fim de analisar as informações foi empregada a técnica de análise de conteúdo, entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com a finalidade de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores que permitem deduzir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.<sup>7</sup>

Para tanto, três momentos foram determinantes: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Nesse tipo de análise, para compor as unidades de registro e de contexto são utilizados recortes semânticos que originam as categorias analíticas, compreendidas como uma afirmação sobre um assunto, uma frase, ou uma frase composta, ou frase sintetizada por influência da qual se pode abranger grande conjunto de formulações individuais.<sup>7</sup>

A aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS) da Universidade Federal da Paraíba-UFPB comprova-se pelo protocolo de nº 1248. Fundamentado nas orientações inerentes da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>, garantiu o sigilo da identidade dos participantes, estabelecendo-se um código para os gestores (G1, G2...) seguido da letra "M" para diferenciação dos municípios (M1, M2).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de conhecer a realidade da equipe que atua no controle da TB de cada município, questionou-se a respeito dos atores envolvidos e, como esperado, as narrativas dos gestores revelaram-se coerentes.

*O médico, o enfermeiro - que é a cabeça-chefe -, os agentes comunitários de saúde e o técnico de enfermagem certo? (G1/M1)*

*Os médicos, os enfermeiros, os agentes de saúde, o pessoal do laboratório. É basicamente essas pessoas que tão muito envolvidas (G3/M1)*

*A própria equipe de saúde da família. Os médicos e os enfermeiros, né? (G6/M2)*

*Os atores são o agente comunitário de saúde, a equipe toda, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, todos estão envolvidos viu? (G7/M2)*

É percebida a presença de um discurso repetitivo, que não demonstra um olhar direcionado à TB, mas sim o senso comum das pessoas, onde esses profissionais citados podem ser vistos como protagonistas das equipes de saúde da família, prestando cuidado a todas as enfermidades que fazem parte da rotina de trabalho. Surgem então alguns questionamentos: Essa equipe multiprofissional contempla ações interdisciplinares? Será que não há sobrecarga de uns e outros ficam de fora do atendimento ao portador de TB?

Destaca-se que, para assistir um usuário diagnosticado com TB, é relevante ter uma equipe de saúde articulada com a gestão, que trabalhe em consonância com as diretrizes do SUS e tenha comprometimento ético e político, reconhecendo seu papel como promotores de saúde. Porém, foi observado que a maioria dos profissionais não fala que o trabalho seja feito em parceria com a gestão, dos quais somente dois gestores relataram essa ação em conjunto no cotidiano do combate à TB.

*O trabalho aqui é de toda a equipe de saúde da família junto aos gestores do município (G8/M2)*

*Os envolvidos com as ações são as coordenações de atenção básica, de tuberculose é claro, a de epidemiologia, todas essas trabalham muito em conjunto com as equipes de saúde da família (G4/M1).*

Além da articulação, os depoimentos expressam que a realização de capacitações pelo município é também de grande relevância para melhorar a qualidade da assistência prestada aos portadores desta enfermidade.

*O município ele oferece condições de trabalho para gente, sabe? Então qualquer ação que a gente quer desenvolver, qualquer trabalho, como por exemplo, a capacitação, a educação continuada, a administração sempre está disposta a nos atender. Os profissionais são sempre capacitados, inclusive em tuberculose. (G4/M1)*

*Nós realizamos capacitação não só para TB como também para a Hanseníase, mas a tuberculose foi uma prioridade. (G2/M1)*

Contrariando as falas acima, discursos de uma pesquisa realizada no mesmo município do presente estudo, revelam que os profissionais que trabalham nas unidades de saúde deixam claro a ausência de investimento no profissional, enfatizando que “em termos de Tuberculose ninguém aqui recebeu capacitação.”<sup>9:43</sup>

Por conseguinte, alguns dos gestores afirmaram que, na verdade, o município ainda não estaria habilitado para colocar em prática o DOTS em sua plenitude, gerando assim controvérsias frente à qualidade das ações que provavelmente estariam sendo desenvolvidas para os usuários das equipes de saúde da família no que tange ao controle da doença, como na fala a seguir:

*Na realidade os profissionais ainda não tiveram uma capacitação propriamente dita em relação ao DOTS e isso deixa muito a desejar, é uma grande dificuldade daqui. (G3/M1)*

As declarações trazem à tona a ausência de articulação entre os atores/gestores do mesmo município. Uns tentam mascarar a realidade, ocultar a situação, já outros expõem as dificuldades e apresentam as reais condições. Isso leva o leitor a pensar que algo está errado, distorcido, suscitando indagações do tipo: Há veracidade nos fatos? Por que alguns

fazem questão de não expor a realidade? Seria por falta de conhecimento a respeito da TB na conjuntura municipal? Eis algumas reflexões que ficam sem respostas.

Outra debilidade identificada no cenário da ABS nos dois municípios pesquisados foi a rotatividade dos profissionais, tanto das equipes de saúde da família como também dos próprios gestores, o que determina ruptura na rotina dos serviços, dificultando e impedindo a continuidade de estratégias implementadas.

*O município muda de profissional como quem troca de roupa. (G1/M1)*

*A mudança de gestores no município é uma grande dificuldade, porque dificulta bastante o andamento do serviço, né? Depois que eu cheguei aqui já mudou três vezes de secretário de saúde e isso contribui muito para que a coisa não ande como deveria andar. (G3/M1)*

*Não só no nosso município, na verdade acho que é a realidade nacional, há uma grande rotatividade. A partir do momento que você investiu naquele profissional, você treinou, capacitou e o perde, é uma perda para o município, uma perda para os usuários que já estavam sendo acompanhados por ele. (G7/M2)*

Os discursos supracitados revelam, mesmo que de maneira intrínseca, um fato bastante comum nos pequenos municípios do Brasil, a questão da indicação política. Os profissionais ficam numa verdadeira “corda bamba” e, sua permanência no cargo depende da influência política e não de sua competência e qualificação. Isso retrata a mais pura realidade da politicagem e da troca de interesses por parte dos governantes.

No próximo depoimento é expressa a indignação do gestor frente à falta de perfil e a ausência de compromisso ético dos profissionais das equipes de saúde da família.

*Ocorre muito a falta de profissionalismo, de perfil, sabe? Existem profissionais que dizem na nossa cara que não quer tratar a TB porque tem medo da doença. Isso é uma coisa absurda, atrapalha o serviço. Que tipo de profissionais são esses? (G8/M2)*

A narrativa, em suas entrelinhas, induz a pensar no quão o ensino superior ainda é deficitário, o quanto os profissionais da saúde ainda precisam aprofundar seus conhecimentos e práticas. Talvez esse “medo manifesto” seja por ausência de domínio teórico-prático em relação à enfermidade, resultante da formação acadêmica que não prepara para a realidade dos serviços de saúde brasileiros.

Assim, como realizar um trabalho eficaz no sentido de garantir a integralidade do cuidado aos pacientes com TB, se os próprios prestadores da assistência não demonstram preparo e compromisso ético com a profissão que escolheram? O difícil é dissolver as barreiras que extrapolam a questão da formação, a subjetividade das crenças e valores que o profissional traz consigo, arraigados de preconceitos que fazem parte de uma sociedade repleta de estigmas e hipocrisia.

O acompanhamento dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro e do médico, é de extrema relevância no tratamento e reabilitação do doente de TB, pois a supervisão desse paciente por toda a equipe é fundamental, à medida que todos os profissionais devem entender seu papel como peça contribuinte na reinserção do mesmo à sociedade. Portanto, o envolvimento no atendimento ao portador de TB deve ser multiprofissional, requerendo profissionais que atuem de maneira simultânea, a fim de proporcionar assistência integral ao paciente.<sup>10</sup>

A prioridade dada à TB na agenda municipal de saúde, a competência da gestão do PCT, a qualificação adequada e o envolvimento das equipes de saúde que lidam com a TB, são caminhos almejados para a obtenção do sucesso no controle da enfermidade, para que sejam alcançadas as metas pactuadas no âmbito nacional e internacional.<sup>11</sup>

Todavia, a ausência da qualificação dos profissionais de saúde para o manejo da TB, aliada às lacunas em sua formação suscita uma visão distorcida do processo saúde-doença. Assim, se faz mister uma visão estratégica que vá além dos muros da instituição de saúde, que considere as necessidades individuais e coletivas, trazendo consigo a co-responsabilização diante do tratamento.<sup>12</sup>

É indispensável então buscar um novo perfil profissional, no entanto, se a formação não for modificada desde a instituição formadora, não haverá transformações no cotidiano das práticas, pois a realidade do SUS transcende as questões gerenciais, colocando os recursos humanos como tema prioritário na agenda atual de saúde.<sup>13</sup>

Em pesquisa realizada<sup>14</sup>, foi assinalada como séria fragilidade a dificuldade de encontrar indivíduos qualificados não apenas em relação às habilidades técnicas e gerenciais, mas, sobretudo no que tange à capacidade interpessoal e suporte emocional para lidar com as adversidades da realidade do doente e de sua família no contexto domiciliar. Acredita-se que a precariedade na qualificação dos recursos humanos reflete absolutamente no arranjo dos serviços e no desempenho das equipes de saúde, impedindo o reconhecimento dos problemas a serem enfrentados no processo de assistência aos doentes de TB.

Convém ressaltar que capacitar é habilitar alguém para o cumprimento de uma determinada função, é qualificar essa pessoa para exercer um trabalho. O valor da capacitação está justamente em permitir o acesso a informações e conhecimentos, fornecendo assim subsídios para o exercício do seu papel como profissional. É relevante trabalhar todas as aptidões, quando a pessoa deverá ser estimulada a exercitar suas competências básicas, isto é, sua comunicação, os relacionamentos interpessoais e sua capacidade de participar do trabalho em equipe.<sup>15</sup>

A necessidade de capacitação procede da esperança em aperfeiçoar o cuidado ao paciente com TB, tendo em vista que esta atitude pode ser uma importante ferramenta na adesão ao tratamento, na medida em que suscita aquisições de informações e aptidões básicas para que o profissional possa atuar diretamente com as comunidades.<sup>16</sup> Considera-se, portanto, que a capacitação é um requisito significativo para a inclusão e a sustentabilidade das ações de controle de várias doenças no contexto da ABS, especialmente a TB.<sup>17</sup>

Cabe nesse momento mencionar que, apesar da qualificação dos profissionais para trabalhar no âmbito da ABS constituir-se em um dos compromissos que devem ser assumidos pelos municípios, verifica-se que a TB não representa prioridade e, dessa forma, não há como assegurar a presença de pessoas para atuarem efetivamente no controle da doença.<sup>6</sup>

Frente ao exposto, enfatiza-se<sup>18</sup> a necessidade de fortalecer a capacidade de gestão por meio de uma política de Recursos Humanos (RH) que invista em recursos materiais, equipamentos e incentivos aos doentes bem como na sensibilização das equipes de saúde

sobre a importância da implementação do DOTS. Entretanto, atualmente a política de RH enfrenta alguns entraves impostos pelo modelo capitalista brasileiro, o que representa sérios desafios para a gestão das políticas de saúde. A insuficiência de RH, assim como sua má distribuição no âmbito da saúde, colabora para que a assistência torne-se precária e de qualidade questionável.<sup>19</sup>

Frequentemente, são verificadas deficiências de gestão no cerne das múltiplas questões associadas com a saúde nas organizações públicas e privadas, o que ilustra grande parte dos problemas de saúde existentes. Constata-se que há ausência de conhecimento sobre os temas de gestão, uma séria incapacidade de instituir serviços de alto padrão de qualidade, um enorme desperdício de recursos etc.<sup>20</sup>

Assim, observa-se o relevante papel do coordenador como integrador e corresponsável entre os pontos de atenção, no que diz respeito à promoção da qualidade da assistência por meio do treinamento adequado dos profissionais, assegurando a formação de equipes com habilidades indispensáveis para o desempenho eficiente do manejo da doença.<sup>5</sup>

No que concerne ao Coordenador do PCT enquanto gestor, este é responsável por uma série de ações gerenciais que acabam por abranger outros programas de saúde. Por essa razão, é fato que há uma diminuição no comprometimento e na disponibilidade de articulação do mesmo com a equipe de saúde, o que é essencial para o gerenciamento das ações de controle da TB.<sup>14</sup>

Em pesquisa realizada no estado de São Paulo “a falta e a rotatividade dos profissionais foram identificadas como obstáculos para a organização da atenção à TB nos municípios”.<sup>11:111</sup> A rotatividade de pessoal acaba interferindo na resolutividade dos serviços da ABS, pois impede a manutenção de equipes qualificadas, sensibilizadas e prontas para prestar uma assistência efetiva aos doentes.<sup>3</sup> Acresce-se como atributo primordial a responsabilidade dos municípios em garantir RH suficientes, qualificados e mantê-los estáveis para exercerem seu papel frente ao desafio que é controlar a TB nos sistemas de saúde.

Porém, os limites impostos pela crise orçamentária dos municípios obstaculizam a gestão dos serviços, limitando a sua capacidade de despesa, dificultando a contratação de pessoal por meio de concursos e, fazendo com que a realidade de RH despreparados e escassos permaneça como uma rotina dos serviços.<sup>21-22</sup> Assim, esta situação estimula a alocação de RH por meio de contratos provisórios, sem vínculos, fortalecendo a rotatividade de pessoal.<sup>3</sup>

É partindo desse princípio que ocorre o aumento da precarização do trabalho em saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, onde este geralmente se caracteriza por vínculos inadequados, contratação informal em caráter temporário. Além disso, existem outras formas irregulares de inserção no serviço público como a terceirização via cooperativas, bolsas de trabalho, estágio remunerado, entre outros.<sup>23,24</sup>

As formas inadequadas de contratação dos RH acabam induzindo a rotatividade de pessoal, colaborando para a ausência de vínculo e, conseqüente falta de compromisso por parte do profissional. Toda esta crise que permeia a política de RH remete a reflexão da

complexidade que é lidar com a TB e da necessidade de pessoas com perfil adequado para lidar com a doença.<sup>6</sup>

O que realmente poderia melhorar essa dificuldade seria criar um sistema de gestão que, ao mesmo tempo, apresente propostas de mudança nas práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade com os usuários.<sup>25</sup> Dessa maneira, haveria a possibilidade que, no cotidiano das relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado, o aprender e o ensinar contínuo fossem contemplados, originando assim profissionais para a área da saúde qualificados, sobretudo, para desempenhar seu papel no SUS.

A respeito da formação, acresce-se que esta não deve assumir como referência somente a ênfase no diagnóstico, cuidado, tratamento, etiologia e prevenção dos agravos. Tem por obrigação abranger aspectos que suscitem a produção de subjetividade, que provoquem o aperfeiçoamento das habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Conseqüentemente, a proposta seria transformar as práticas e a organização do trabalho, promover capacidade de acolher e cuidar das diversas necessidades de saúde das pessoas e das populações.

São necessárias algumas reflexões acerca do processo de formação dos trabalhadores em saúde, questionando se esse pode possibilitar que a prática da gestão em saúde seja efetivamente concretizada<sup>26</sup>, isto é, se a gerência está sendo constituída como uma ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde, no sentido da produção de cuidados de saúde, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades administrativas.<sup>26:2007</sup>

Salientando a importância dos processos de reorientação da formação profissional em saúde no contexto do cuidado ao doente de TB, para que haja uma assistência humanizada e integral a estes pacientes, espera-se que os profissionais estejam qualificados para atender a todas as questões psicossocioculturais que envolvem a doença, superando os fatores puramente fisiopatológicos e compreendendo de fato os seus determinantes.<sup>9</sup>

Nesse contexto, analisando especificamente as ações direcionadas ao controle da TB, para que estas consigam promover impacto no quadro sanitário em nível municipal, primordialmente deve-se superar o paradigma fragmentado vigente e organizar o sistema de saúde de modo a propiciar uma atenção qualificada às condições crônicas.<sup>11</sup>

## CONCLUSÃO

É preciso saber que, o processo de trabalho requer do gestor autonomia, conhecimento, criatividade e inteligência emocional, pois sua função abarca uma série de atividades que interagem com pessoas, no sentido de delegar ações, de organizar os serviços a fim de atender a comunidade, fazendo com que estes sejam resolutivos, de angariar recursos e, ainda, possui, obrigatoriamente, tarefas burocráticas, que só ele pode realizar. Devemos considerar que, durante a formação acadêmica, a maioria dos gestores do âmbito da saúde não foi preparada para desempenhar um papel de líder. E mais, grande

parte deles não possui perfil para estar, sequer, no cargo. O interessante é que os participantes desse estudo elucidaram sobre a falta de perfil dos profissionais das unidades de saúde, mas, será que eles - os gestores- têm aptidões para gerenciar, coordenar? A dúvida permanece.

Portanto, a ABS como cenário de atuação para aqueles que desempenham as ações do controle da TB é repleta de controvérsias e de dificuldades que potencializam as fragilidades já existentes. Ao observar o desempenho dos atores/gestores visualiza-se desarticulação do serviço, muitas vezes ausência de conhecimento do verdadeiro script de atuação, falta de perfil para entrar em cena e, sobretudo, equipes de saúde figurantes, ou seja, descomprometidas e desqualificadas para viver o papel de protagonista no combate a esse agravo.

## REFERÊNCIAS

1. Villa TCS, Brunello MEF, Arcencio RA, Firmino DR. A terapia diretamente observada no controle da tuberculose: levantamento de produções científicas brasileiras (1998 a 2005). Boletim da Campanha Nacional Contra a Tuberculose. 2006; 14: 111-6.
2. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no PSF contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev Bras Enferm. 2009;62(3):424-9.
3. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):262-8.
4. Shinyashiki GT, Trevisan MA, Mendes IAC. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;11(4):499-506.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília; 2003.
6. Santos MLSG. A estratégia DOTS no estado de São Paulo: desafios políticos, técnicos e operacionais no controle da Tuberculose [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 3rd ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 229 p.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro 1996 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CONEP; 1996.
9. Silva EJTM. Avaliação das ações de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família em município da região metropolitana da Paraíba [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.
10. Bertazzone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(3):374-81.
11. Monroe AA. O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005) [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

12. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(4):712-8.
13. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
14. Gonzales RIC, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino Neto A. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(4):628-34.
15. Sena EC. Capacitação profissional. Disponível em: < [www.entreamigos.com.br/textos/trabalho/capacitacao.htm](http://www.entreamigos.com.br/textos/trabalho/capacitacao.htm) >. Acesso em: 05 ago.2009.
16. Nobrega RG. Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde indígena no controle da tuberculose na Paraíba [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2007. Disponível em: < <http://www.ccs.ufpb.br> >. Acesso em: 20 out. 2008.
17. Villa TCS, Ruffino-Neto A, Arcencio RA, Gonzales RIC. As políticas de controle da tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1998-2005). In: VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO A. (org.). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006 a. p.29-47.
18. Santos-Filho ET. Tempos de mudanças para o controle da tuberculose no Brasil. Rio de Janeiro: Public Health Watch- Open Society Institute; 2006.
19. Mendes IAC, Marziale MHP. Década de recursos humanos em saúde: 2006-2015. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(1):1-2.
20. Carvalho MSMV. Desafios contemporâneos de gestão. *Rev Admin Públ.* 2004;38(2): 307-16.
21. Marques RM, Mendes Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saúde Pública.* 2002;18(supl.):163:71.
22. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(spe):73-8.
23. Gil CRR. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(6):1171-81.
24. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2007 Jul/Set; 16(3,):417-25.
25. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis.* 2004;14(1):41-65.
26. Rezende KTA. O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família: limites e possibilidades em sua construção [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Recebido em: 01/08/2014  
Revisão requerida: Não  
Aprovado em: 01/12/2014  
Publicado em: 20/12/2014

Contato do autor correspondente:  
Janaína von Söhsten Trigueiro  
João Pessoa - PB - Brasil  
Email: [janavs\\_23@hotmail.com](mailto:janavs_23@hotmail.com)