

Control de la tuberculosis: descentralización, planificación local y especificidades administrativas¹

Janaína Von Söhsten Trigueiro²

Jordana de Almeida Nogueira³

Lenilde Duarte de Sá³

Pedro Fredemir Palha⁴

Tereza Cristina Scatena Villa⁵

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro⁶

Se buscó analizar, según la percepción de los gestores de salud, las prácticas que orientan las acciones de control de la tuberculosis en municipios de la región metropolitana de Joao Pessoa, estado de Paraíba. Se trata de un estudio cualitativo que envolvió ocho profesionales que ejercían cargos de gestión. Las declaraciones fueron recolectadas por medio de entrevistas semiestructuradas, entre mayo y julio de 2009, y organizadas mediante análisis de contenido. A pesar de que se reconozcan los beneficios de la descentralización de las acciones de control de la tuberculosis, la planificación local señala la predominancia del modelo burocrático restricto a negociación y suministro de insumos. La programación local se centra en la figura del coordinador, retratando una línea de comando y gestión vertical que induce a la fragmentación del proceso de trabajo. La tarea de administrar debe explorar un camino innovador y transformador, que ultrapase las barreras burocráticas y alcance el mayor desafío que le es impuesto: equilibrar las interrelaciones profesionales con la finalidad de perfeccionar el desempeño del trabajo en salud.

Descriptores: Tuberculosis; Gestión en Salud; Atención Primaria de Salud.

¹ Artículo parte de la Dissertación de Maestría "Controle da tuberculose e os desafios da gestão básica de municípios da região metropolitana da Paraíba", presentada al Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil. Apoyo financiero de la FAPESQ/MS/CNPq-TC 078/07.

² Enfermera, Maestría en Enfermería, Profesor, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, PB, Brasil. E-mail: janavs_23@hotmail.com.

³ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem Clínica, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: Jordana - jal_nogueira@yahoo.com.br, Lenilde - lenilde_sa@yahoo.com.br.

⁴ Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br.

⁵ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

⁶ Enfermera, Estudiante de Maestría en Enfermería, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: deborasgt@hotmail.com.

Correspondencia:

Janaína Von Söhsten Trigueiro
Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Campus Cuité
Sitio Olho D'água da Bica, s/n
Bairro: Centro
CEP: 58175-000 Cuité, PB, Brasil
E-mail: janavs_23@hotmail.com

Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais

Buscou-se analisar, segundo a percepção dos gestores de saúde, as práticas que norteiam as ações de controle da tuberculose, em municípios da região metropolitana de João Pessoa, PB. Trata-se de estudo qualitativo que envolveu oito profissionais que exerciam cargos de gestão. Os depoimentos foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, entre maio e julho de 2009, e organizados mediante análise de conteúdo. Embora se reconheça os benefícios da descentralização das ações de controle da tuberculose, o planejamento local sinaliza a predominância de modelo burocrático restrito à negociação e provisão de insumos. A programação local centra-se na figura do coordenador, retratando uma linha de comando e gestão vertical que induzem à fragmentação do processo de trabalho. A tarefa de gerenciar deve trilhar caminho inovador e transformador que ultrapasse as barreiras burocráticas e alcance o maior desafio que lhe é imposto: equilibrar as inter-relações profissionais no intuito de aperfeiçoar o desempenho do trabalho em saúde.

Descritores: Tuberculose; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Tuberculosis Control: decentralization, local planning and management specificities

The goal was to analyze, according to the perception of health managers, the practices that guide tuberculosis control actions in cities in the metropolitan region of João Pessoa – PB, Brazil. This qualitative study involved eight professionals in management functions. Testimonies were collected through semi-structured interviews between May and June 2009 and organized through content analysis. Despite the acknowledged benefits of tuberculosis control action decentralization, local planning indicates the predominance of a bureaucratic model that is restricted to negotiation and supplies. Local programming is centered on the coordinator, which shows a command line and vertical management that lead to the fragmentation of the work process. Management action should follow an innovative and transformative route that surpasses bureaucratic barriers and faces the biggest challenge it is proposed: to balance professional interrelations with a view to improving health work performance.

Descriptors: Tuberculosis; Health Management; Primary Health Care.

Introducción

En el escenario contemporáneo, la descentralización de las acciones de control de la tuberculosis (TB) para el ámbito de la Atención Básica (AB), coloca en pauta la discusión sobre en qué medida los diseños organizacionales y disposiciones de prácticas traducen las necesidades de los usuarios y llevan en cuenta las singularidades del territorio y el acceso a los servicios de salud.

La tuberculosis está entre las seis prioridades del Pacto por la Vida, mediante el cual los gestores, bajo las directrices de la regionalización solidaria y cooperativa como eje estructurador del proceso de descentralización,

deben empeñar muchos esfuerzos para alcanzar 85% de cura de casos nuevos de TB en todos los municipios que tienen prioridad ⁽¹⁾. Ocurre que esa meta no viene siendo alcanzada y los gestores continúan enfrentando desafíos que los dejan más distantes de alcanzar los compromisos pactados.

Se presupone que para alcanzar metas y honrar pactos, la organización de las acciones de control de la TB, en el ámbito local, deberá estar asociada a un trabajo coordinado, cuya operacionalización se asiente potencialmente en las relaciones que envuelven personas,

tecnología y recursos. Así, al gestor le cabe tener habilidades para mediar, mantener y transformar esas relaciones en función de las necesidades de la población. Luego, la coordinación se destaca como un instrumento determinante de ese proceso, cuyos efectos estarán directamente relacionados a la capacidad de proveer y articular recursos de información y conocimiento, organizativos, políticos y financieros en función del tiempo, prioridades estratégicas y operacionales concretamente establecidas⁽²⁾.

En el plano operacional la organización de la red de atención a la TB requiere el cumplimiento de un conjunto de normas (red de laboratorios disponible para exámenes diagnósticos, abastecimiento de medicamentos, oferta de tratamiento supervisado, alimentación y análisis de datos), así como el reordenamiento de las prácticas, tanto en el plano del cuidado individual/colectivo, como en el control y ordenación del flujo de trabajo, en la articulación de la red asistencial, en la adecuación tecnológica y en la instrumentalización de los equipos⁽³⁾. Estos ajustes se fundamentan en la capacidad administrativa de ordenar esfuerzos de las varias partes del sistema, controlar los procesos y los rendimientos, evaluar los productos finales y los resultados para a corrección de los desvíos detectados.

En los municipios prioritarios para el control de la TB, a pesar de que existan directrices operacionales en función de los Pactos por la Vida, en Defesa del Sistema Único de Salud (SUS) y de Gestión, se observa que las peculiaridades locales desafían a los gestores municipales, exponen sus fragilidades como responsables por la salud de la población y muestran como las singularidades conforman la gestión distante de lo que se propone como necesario para los cambios operacionales del SUS, resaltando, principalmente, los ámbitos de la descentralización y de la planificación de las acciones.

Teniendo como escenario dos municipios prioritarios para el control de la TB en la gran João Pessoa-PB, y entendiendo la gerencia como un instrumento necesario para la reorganización de los servicios de salud, el objetivo de esta investigación se constituyó en analizar, según la percepción de los gestores, las prácticas que orientan las acciones de control de la TB en esas localidades.

El estudio se basa en el concepto de que gestión en salud "sería el arte o ciencia de identificar recursos necesarios para la concretización de determinadas finalidades, la movilización en sí para obtenerlos, y de combinar, de forma adecuada, su utilización, por medio de la acción humana y de determinados procesos de trabajo, de acuerdo con dimensiones que califiquen el alcance de estas finalidades u objetivos"⁽⁴⁾.

Método

El presente estudio consta en el proyecto titulado "Evaluación de las dimensiones organizacionales y de desempeño de los equipos de salud de la familia en el control de la tuberculosis en dos municipios de la región metropolitana de Paraíba", aprobado por el MS/CNPq/FAPESQ- TC 078/07.

Se optó por el abordaje cualitativo, utilizando la entrevista semiestructurada como instrumento para recolección de informaciones. Las preguntas orientadoras se concentraron en la introducción de la TB en el contexto sanitario municipal, actores envueltos y potencialidades y fragilidades administrativas/financieras/operacionales.

Las entrevistas fueron realizadas en los meses de mayo y junio de 2009, envolviendo ocho profesionales que ejercían cargos de gestión en los municipios referidos, entre ellos los coordinadores de los Programas de Control de la Tuberculosis, de la AB, Vigilancia en Salud, Vigilancia Epidemiológica y Secretarías de Salud. A partir de la concordancia en la colaboración de la investigación, fue solicitado el llenado del Término de Consentimiento Libre e Informado, firmándose una anuencia por escrito. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas.

Se resalta que el número total de gestores a ser entrevistados no fue definido a priori, ya que, en la investigación cualitativa, la recolección permanece hasta el momento en que se encuentre convergencias suficientes para configurar el fenómeno del estudio.

Las declaraciones fueron analizadas mediante el empleo del análisis de contenido, entendido como un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones, con la finalidad de obtener, por medio de procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los relatos, los indicadores que permiten deducir conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción de esos mensajes⁽⁵⁾.

El análisis se realizó en tres momentos: el pre análisis, la exploración del material y el tratamiento de los resultados. En ese tipo de análisis, para componer las unidades de registro y de contexto son utilizados recortes semánticos que originan las categorías analíticas, comprendidas como una afirmación sobre un asunto, una frase, frase compuesta o sintetizada, por influencia de la cual se puede abarcar un gran conjunto de formulaciones individuales⁽⁵⁾.

El proyecto del cual resultó ese estudio fue apreciado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud (CEP/CCS) de la Universidad Federal de Paraíba-UFPB, siendo aprobado en 29/08/07, bajo el protocolo de nº 1248. Atendiendo a las orientaciones

inherentes a la resolución nº 196/96 del Consejo Nacional de Salud⁽⁶⁾, que trata de investigación envolviendo seres humanos, fue garantizado el sigilo de la identidad de los participantes, estableciéndose un código para los gestores (G1, G2...) seguido de la letra "M" para diferenciación de los municipios (M1, M2).

Del análisis de los declaraciones emergió el núcleo de sentido central "La tuberculosis en el contexto sanitario municipal: descentralización, planificación local y especificidades administrativas".

Resultados

La tuberculosis en el contexto sanitario municipal: descentralización, planificación local y especificidades administrativas

La inserción de la TB entre las prioridades sanitarias del Pacto por la Vida y como área estratégica de la AB para la intensificación de las acciones y actuación en todo territorio nacional⁽¹⁾, exige superación del modelo tradicional y reorientación de las políticas y prácticas. La descentralización de las acciones de control de la TB para el ámbito local es reconocida por los gestores como benéfica para el usuario.

Yo pienso que la descentralización fue muy buena, muy eficaz. Primero porque usted retira de un nivel central, de la Referencia, haciendo con que abra un abanico mayor, favoreciendo la equidad en la acción. Es una ganancia para todos los envueltos, los profesionales y principalmente los portadores de TB (G3/M1); La descentralización fue un gran avance. Ahora el usuario, el acceso de él al servicio de salud mejoró mucho. Fue bueno también por la cuestión del acompañamiento de los casos, diariamente. Para el municipio también fue maravilloso, porque no precisa más dislocar aquel determinado paciente para la Unidad de Referencia. Clementino (G7/M2).

A pesar de que se evidencie en los contenidos el reconocimiento de la importancia en descentralizar las acciones de salud, el desplazamiento del poder decisorio para el nivel local imprime al gestor competencias y habilidades para que las acciones sean adecuadamente planificadas. Considerando metas y pactos definidos para el control de la TB, las declaraciones de los gestores señalan un compromiso político con la planificación de las acciones en el contexto sanitario municipal, a pesar de que restrictivas a la negociación y a la provisión de insumos necesarios para realización de diagnósticos y campañas educativas.

En relación a la planificación existe todo un trabajo de cálculo, que es realizado encima de la población, del área adscrita, números de baciloscopia, de sintomáticos respiratorios, en fin, hace todo eso para planificar las metas que son propuestas anualmente (G3/

M1); Nosotros, todo año, hacemos la planificación de salud, de las acciones, y presentamos al Consejo Municipal de Salud, para ser aprobado. Ahí, en esa planificación, levantamos las cuestiones de todos los materiales necesarios para exámenes diagnósticos, para los eventos que realizamos como el día mundial de la tuberculosis, es por ahí, ¿sabe? (G8/M2). La planificación es hecha anualmente, dando prioridad a las necesidades del programa, como por ejemplo, los exámenes de laboratorio, cuantos más o menos vamos a tener que realizar... nosotros hacemos el análisis anual y encima de ella hacemos el mensual (G1/M1).

Se constata por las declaraciones que la planificación de las acciones de control de la TB se limita a la racionalización y adecuación de la utilización de recursos. Lo que nos conducen a la idea de que los sujetos asumen el desempeño de la gerencia desde el punto de vista técnico-burocrático, contraponiéndose a la idea de la planificación Estratégica⁽⁷⁾. Esa situación parece agravarse cuando la responsabilidad gerencial es dislocada para la figura del coordinador del Programa Municipal de Control de la Tuberculosis (PCT).

En relación a la planificación, en verdad, no sé responder correctamente esas cosas, yo lo voy a dejar para la coordinadora del Programa de TB decir eso para usted, ¿está bien? Porque eso no me cabe, escapa, ¿sabe? (G6/M2). Eso ahí es una cosa más específica, que hasta así, para me profundizar, como yo tengo una visión más macro, eso ahí es más con la coordinación del Programa, ¿verdad? (G5/M1).

El desconocimiento mostrado por el gestor compromete su poder político concebido como la capacidad de desencadenar movilización, a su vez dependiente de saberes provenientes de su experiencia práctica, de sentimientos generados por esas experiencias y por el conocimiento científico⁽⁸⁾. La situación es agravada por el hecho de que las declaraciones retratan un modelo de organización en que la inevitable departamentalización estipula una línea de comando y de gestión vertical que induce a una fragmentación del proceso de trabajo⁽⁹⁾.

Lo malo aquí es lo siguiente, no existe integración de las vigilancias sanitaria, epidemiológica y salud, con la atención básica también. Es todo muy separado y no debería ser así, porque dificulta el trabajo (G3/M1).

Para que se alcancen cambios en una dada realidad local, es indispensable desarrollar la capacidad de coordinar los recursos disponibles, sectoriales y extra sectoriales, así como invertir en la construcción de competencias para emancipación de relaciones de trabajo no alineadas. Llama la atención, sin embargo, que esta conformación del papel gerencial contemporáneo, cuya lógica se asienta en la construcción conjunta de la finalidad, en la negociación de proyectos individuales y en la formulación de proyectos colectivos, en la práctica, revela contradicciones e interrupciones.

Si por un lado, como ya fue referido, la planificación de las acciones de control de la TB en los municipios estudiados, se conforman de modo fragmentado, esto es, los actores que ocupan funciones de gestores “no conversan entre sí” y por otro, quien ejecuta no participa de la planificación. Este proceso se agrava frente a la rotación de los profesionales de la salud.

El municipio cambia de profesional como quien cambia de ropa. (G1/M1). El cambio de gestores en el municipio es una gran dificultad, porque dificulta bastante el andamiaje del servicio, ¿verdad? Después que yo llegué aquí ya cambió tres veces de secretario de salud y eso contribuye mucho para que la cosa no ande como debería andar. (G3/M1) La gran dificultad que tenemos en relación a los recursos humanos es debido a la rotación, debido al perfil también, ¿sabe? eso dificulta el andamiaje del trabajo (G8/M2).

A pesar de que la Constitución Brasileña recomienda la realización de concursos públicos, la mayoría de las veces, las contrataciones para ocupar función gerencial son resultantes de indicación política y/o grupos ideológico/religiosos, que sustentan políticamente a los detentores del poder instituido⁽¹⁰⁾. La contratación de equipos para la Salud de la Familia por medio de organizaciones no gubernamentales contribuye para el aumento de la precarización del trabajo en salud, caracterizando en general, por vínculos inadecuados y contratación informal en carácter temporario.

Las formas inadecuadas de contratación de los trabajadores de salud acaban induciendo la rotación de personal e implican en pérdida de personas estratégicas, generando un factor de ruptura y, conseqüentemente, perjudicando la eficiencia organizacional y acompañamiento de los casos de TB.

Sabemos que el equipo es fundamental para que el paciente acepte y termine el tratamiento, pero el problema es que en el PSF existe una rotación muy grande de profesionales (G4/M1). A partir del momento que usted invirtió en aquel profesional, usted entrenó, capacitó, lo pierde, es una pérdida para el municipio, una pérdida para los usuarios que ya estaban siendo acompañados por él (G7/M2). El personal que estaba anteriormente fue entrenado, ¿sabe? Nosotros hemos intentado, pero vemos que ahora no todo mundo está 100% capacitado para tratar de la enfermedad (G5/M).

Otro punto destacado como limitante, se relaciona a la doble función de los gestores del PCT. *Lo malo es la cuestión de tener una coordinadora sólo para hacer todo en dos programas... usted acaba no teniendo la mirada diferenciado para la patología propiamente dicha, ¿verdad? No se puede tener un programa con una persona que está coordinando otros programas. Pienso que un programa del tipo de la tuberculosis tiene que tener una persona específica para dar más prioridad a las acciones de control (G3/M1). Es difícil hacer las cosas cuando usted está actuando en dos Coordinaciones, ¿sabe? eso perjudica demás mi trabajo (G6/M2).*

Los discursos traducen nuevamente el fraccionamiento del trabajo, en los cuales los gestores son responsables por partes, dejando trasparecer cierta “lógica en que alguien manda y los otros apenas obedecen; cada trabajador va desarrollando el trabajo conforme su grado de conquista de autonomía y autogobierno”. Paradojalmente, los trabajadores han sido “apuntados como potenciales sujetos de cambio y de reformulación de las actuales prácticas de salud y deberían ser así valorizados”⁽¹⁰⁾.

Otra cuestión que ocupa espacio de destaque entre los gestores del PCT se refiere a la política de financiamiento para implementación de las acciones de control de la TB. Como hay una centralización de recursos en el nivel central, los gestores del PCT no disponen de autonomía para determinar la utilización de los mismos.

No es como la DST/SIDA que vienen recursos correctamente, ¿sabe? Lo que siempre dicen es que para la tuberculosis no tienen dinero. Las cosas que conseguimos son a través de la vigilancia epidemiológica. En verdad no es una verba específica, ¿verdad? El recurso es muy poco (G1/M1). Infelizmente los recursos financieros todavía son pocos. Si fuese mejor, daría para realizar un trabajo mejor, más eficaz. Todo gestor tiene dificultad a respecto del recurso. Él [o recurso] es tan insignificante que no da para tener una estructura mejor para el paciente de TB. Eso preocupa, pero ¿qué podemos hacer? (G2/M1.)

El probable éxito del PCT está pautado en cinco pilares y, uno de ellos, es justamente el compromiso político, en donde se trata de obtener la sustentabilidad de las acciones de control de la enfermedad, sobre todo por medio de la estrategia del Tratamiento Directamente Observado (DOTS). Se comprende el término sustentabilidad como la competencia en asegurar la continuidad de las acciones de control de la TB, mediante el ofrecimiento de subsidios para recursos materiales y humanos⁽¹¹⁾.

También, la baja capacidad técnica y financiera de la gran mayoría de los municipios contribuye para imposibilitar la ampliación de determinados servicios. La insuficiencia de recursos públicos, asociada a las vulnerabilidades sociales y disparidades económicas regionales, demanda negociaciones constantes con los gestores municipales de salud, a fin de que se conviertan verbas provenientes del Ministerio de la Salud para favorecer las acciones del PCT.

Cuando el comprometimiento con la TB es legitimado por el municipio, no sólo es posible destinar recursos financieros, pero también hacer accesibles incentivos para beneficios como cestas básicas y ayuda de transporte, con la finalidad de suplir algunas necesidades de los enfermos en tratamiento⁽⁹⁾.

Yo siempre luche por una cesta básica. Yo pienso que si tuviese, él [el paciente] iría a pensar dos veces antes de dejar el tratamiento. Aseguraba más, ¿verdad? (G1/M). Nuestro municipio

no dispone de iniciativas más eficaces, que sería la distribución de cesta básica. No resolvería el problema, pero sería un buen paliativo. Haría que los pacientes no abandonasen el tratamiento, porque el paciente de TB tiene hambre y él quiere comer, ¿verdad? (G2/M1). El municipio antiguamente daba para compras de mercado y eso contribuyó para el tratamiento. Era una cesta básica. En verdad no tenía tanta cosa, pero daba para ayudar. Pero paró, nunca más compraron. El deseo es que vuelva a distribuir eso, pero precisa de recurso, es difícil (G7/M2).

El último fragmento muestra como la falta de incentivos/beneficios colaboran para la discontinuidad del tratamiento, hecho que reduce la sustentabilidad de la política y acciones dirigidas al cumplimiento de metas, principalmente para el alcance de 85% de cura. Se sabe que recursos promueven la adhesión terapéutica. Entre tanto, la centralización de recursos y su disposición irregular ciertamente provocaron la poca disposición del enfermo en colaborar con el tratamiento, de modo a generar rupturas en el proceso de planificación y en la puesta en marcha de las actividades de supervisión.

Discusión

La planificación de las acciones de control de la TB en el contexto investigado se limita a un modelo burocrático, no siendo señalada la pretensión de planificar en el sentido de calificar las acciones, de repensar lo que sería indispensable para un enfermo con TB. Tampoco los sujetos asocian la planificación a "un proceso de racionalización de acciones humanas que consiste en definir proposiciones y construir su viabilidad con el objetivo de solucionar problemas y atender las necesidades individuales y colectivas"⁽¹²⁾.

Las acciones de control de la TB, bajo la perspectiva del concepto ampliado de salud, requieren que la gestión de sistemas y servicios considere "fuertemente la intersectorialidad, una visión sistémica y ampliada de las necesidades de un individuo o de una colectividad"⁽⁴⁾. Se espera que el gestor conozca los presupuestos del proceso de planificación y visión amplia de la realidad local (infraestructura, recursos humanos, logística) para que de este modo puedan ser definidas las metas, prioridades y las herramientas necesarias para la composición/capacitación de equipos de salud, sobre todo las que actúan en las Unidades de Salud de la Familia. Actividades desarticuladas contribuyen para comprometer el éxito de prácticas y políticas de salud y muestran el trabajo de la gestión distanciado de finalidades y prioridades.

En esa perspectiva, se reconoce la gestión también como "la capacidad de articular diferentes proyectos existentes, de lidiar con grupos, intereses y realidades diferentes, y la capacidad de pactar algunas finalidades, a través de la construcción de consensos afirmativos"⁽⁴⁾.

Hay que considerar en el contexto investigado, que una de las cuestiones neurálgicas se relaciona a la incapacidad de articulación entre los actores que ocupan funciones administrativas, responsables por sectores que serían operacionalmente fundamentales para organizar estratégicamente las acciones de control de la TB. Además del conocimiento adecuado de la organización, o sea, en lo que es formalmente definida, la función gerencial requiere conocimiento de los aspectos "informales" y que genere el clima organizacional. Por esa razón la importancia de visualizar el papel gerencial no como un atributo individual, pero como un fenómeno relacional⁽¹³⁾.

En esa comprensión, el desempeño gerencial va más allá de las responsabilidades de planificar, organizar, controlar y coordinar. Para hacer efectivos los cambios en el sistema de salud, se defiende la necesidad de "reforzar los movimientos que procuran redefinir el papel de los profesionales de salud" así como "recuperar la voluntad de los individuos, grupo y colectividad de manera a componer una masa crítica apta a construir proyectos nuevos"⁽¹⁴⁾.

Es necesario rediseñar los macroprocesos de trabajo, principalmente en lo que se refiere al entendimiento de que las competencias de la gestión sean ampliadas⁽¹⁵⁾ y capaces de "desencadenar en el conjunto de los trabajadores un proceso de reflexión y revisión de su práctica que encamine para la adhesión y comprometimiento con un proceso de producción de cuidados a la salud y no de cumplimiento de tareas fragmentadas centradas en el desarrollo de procedimientos aislados"⁽¹⁶⁾.

Cabe señalar, sin embargo, que las contrataciones de carácter temporario, la inestabilidad del trabajo pueden limitar la capacidad de continuidad de los procesos iniciados. La rotación de los gestores y profesionales en los servicios de AB viene siendo apuntada como obstáculo para la organización de la atención a la TB, ya que interfiere en la resolutivez e impide la manutención de equipos calificados, sensibilizados y prontos para prestar una asistencia efectiva a los enfermos⁽¹⁷⁾.

Otro punto destacado se relaciona a la competencia gerencial en destinar continuamente recursos financieros para asegurar el suministro de incentivos (cesta básica/ayuda transporte). Se resalta que la implementación de las acciones de control de la TB se configuró a partir de una política de incentivos, definida como una modalidad asistencial inducida, en donde el repase financiero a los municipios estaría condicionado obligatoriamente a la comprobación de resultados positivos como, por ejemplo, la reinserción de los individuos portadores de TB completamente curados en la sociedad⁽¹⁸⁾.

La correlación bidireccional entre TB y pobreza es incuestionable. Conocer esta relación es un paso

determinante para quebrar ese ciclo vicioso⁽¹⁹⁾. La entrega de incentivos contribuye para fortalecer las relaciones de vínculo entre el profesional de salud y el usuario, considerando que el profesional pasa a reconocer al paciente en su forma integral, holística y este, a su vez, a valorizar las acciones de salud desempeñadas por el profesional⁽¹¹⁾.

Se sugiere, así, que al lanzar mano de prácticas humanizadas que alcancen las necesidades individuales del enfermo más allá de la enfermedad, valorizando sus singularidades y articulándose con otros sectores, es posible experimentar el principio de la integralidad de la asistencia⁽²⁰⁾.

Luego, el concepto de integralidad nos conduce, obligatoriamente, al de integración de servicios por medio de redes asistenciales, reconociendo la interdependencia de los actores y organizaciones, frente a la constatación de que ninguna de ellas dispone de la totalidad de los recursos y competencias necesarias para la solución de los problemas de salud de una población en sus diversos ciclos de vida. Así, es indispensable desarrollar mecanismos de cooperación y coordinación propios de una gestión eficiente y responsable por los recursos colectivos, la cual responda a las necesidades de salud individuales en ámbitos locales y regionales⁽²¹⁾.

Consideraciones finales

Se observa en los municipios estudiados que no existen evidencias de planificación dirigida a viabilizar acciones que minimicen problemas relacionados al enfrentamiento del problema de la TB, de modo a contribuir para el alcance de metas y pactos definidos. Los actos administrativos se basan en un discurso normativo (importante, pero no de fondo), se moldean en el ente federado, eximiendo el proceso de gestión de una planificación en la perspectiva de la planificación Estratégica Situacional. Los modos de apropiación y el estándar de actuación se fundamentan en un discurso protegido por la racionalidad técnica/operacional y en propuestas de intervención derivadas exclusivamente del diseño de un cierto "debe ser", sin antes aprender con profundidad lo que acontece en la realidad o de discutir sobre la práctica con base en conceptos que orientan la gestión en el campo de la salud colectiva.

Los hallazgos revelan la ausencia de planificación participativa y la falta de articulación entre los gestores. La programación local se centra en la figura del coordinador del PCT y retrata una línea de comando y de gestión vertical que inducen a una fragmentación del proceso de trabajo. La acumulación de funciones de los coordinadores y la rotación de los profesionales de salud fragilizan e

interrumpen las iniciativas de formación de vínculo entre trabajadores y usuarios, propiciando obstáculos a la efectividad del desempeño de la gestión municipal de la salud.

El gestor debe, en consonancia con la Política Nacional de Atención Básica, promover procesos de calificación centrados en la Educación Permanente en Salud que ofrezca al trabajador de salud condiciones de reflexionar sobre su práctica y transformarla en función de las necesidades de los ciudadanos que buscan los servicios de salud. La efectividad y sustentabilidad de las acciones de lucha contra la TB exigen indispensablemente la creación de un nuevo escenario e la inclusión de nuevos actores.

Cambiar la práctica de los servicios de salud no implica apenas en racionalizar por medio de la planificación de la acción y del control, también se debe contemplar el involucramiento, el compromiso de los miembros de la organización (trabajadores de salud, usuarios) con sus objetivos. La tarea de administrar debe explorar un camino innovador y transformador, que ultrapase las barreras burocráticas y alcance el mayor desafío que le es impuesto: equilibrar las interrelaciones profesionales con el objetivo de perfeccionar el desempeño del cuidado en salud, de modo a redefinir indicadores que expresen epidemiológicamente la TB y que revelen avances del SUS en el ámbito de la atención básica.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília (DF): MS; 2006.
2. Soto MJDC. Planejamento Institucional: capacidade de conduzir ações. São Paulo Perspectiva. 2003;17(3-4):198-204.
3. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. Rev Bras Epidemiol. 2009;12(2):144-57.
4. Graboys V, Ferreira SCC. Gestão em Saúde: perspectiva e desafios para a construção da integralidade. In: Ferreira SCC, Moken MM, organizadores. Gestão em Saúde: contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 157-71.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 3.ed. Lisboa: Edições 70; 2004. 229 p.
6. 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.

7. Matus C. Carlos Matus e o planejamento estratégico-situacional. In: Rivera FJU, organizador. Planejamento estratégico em saúde. São Paulo: Cortez; 1989. 222 p.

8. Testa M. Mario Testa e o pensamento estratégico em saúde In: Rivera FJU, organizador. Planejamento estratégico em saúde. São Paulo: Cortez; 1989. 222 p.

9. Campos GWS, Domitti ACI. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.

10. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. Saúde Debate. 2002;26(62):272-81.

11. Santos MSLG, Vendramini SHF, Gazeta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15:762-7.

12. Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira CF. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 17-31.

13. Mattos RA. Desenvolvimento de recursos humanos e mudança organizacional. Gerência e Democracia nas Organizações. 2.ed. Brasília (DF): Livre Ltda; 1988. 39 p.

14. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo (SP): Hucitec; 2000. 236 p.

15. Andre AM, Ciampone MHT. Desafios para a Gestão de Unidades Básicas de Saúde. Rev Adm Saúde. 2007;9(34):16-21.

16. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. Texto Contexto Enferm. 2009;18(2):313-20.

17. Monroe AA, Cardozo Gonzáles RI, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino A Netto, 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.

18. Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcêncio RA, Cardozo Gonzáles RI, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) no Estado de São Paulo

(1998 a 2004). Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):98-104.

19. Costa C Neto. Tuberculose, Vila Rosário e a cadeia da miséria: antigas angústias, mais reflexões e novos caminhos. Bol Pneumol Sanit. 2004;12(3):171-83.

20. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface. 2005;9(16):36-52.


21. Hartz ZM de A, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saúde Pública. 2004;10(2):332-6.

Recibido: 5.7.2010

Aceptado: 24.3.2011

Como citar este artículo:

Trigueiro JVS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TCS, Trigueiro DRSG. Control de la tuberculosis: descentralización, planificación local y especificidades administrativas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dic. 2011 [acceso: /];19(6):[08 pantallas]. Disponible en: _____



 día año

 mes abreviado con punto

URL