

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MONALISE LEMOS

**Atraso no diagnóstico da tuberculose na percepção dos gerentes da Atenção
Básica a Saúde de Ribeirão Preto - São Paulo.**

**Ribeirão Preto
2010**

MONALISE LEMOS

**Atraso no diagnóstico da tuberculose na percepção dos gerentes da Atenção
Básica a Saúde de Ribeirão Preto - São Paulo.**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES TRABALHOS POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDOS E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Lemos, Monalise

Atraso no diagnóstico da tuberculose na percepção dos gerentes da Atenção Básica a Saúde de Ribeirão Preto - São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

66 f. il., 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Palha, Pedro Fredemir

1. Tuberculose 2. Gerência 3. Serviços de Saúde 4. Atenção Primária à Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Monalise Lemos

Atraso no diagnóstico da tuberculose na percepção dos gerentes da Atenção Básica a Saúde de Ribeirão Preto - São Paulo.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, Evaristo e Lenir, por sempre acreditarem em mim e apoiarem todas as minhas decisões, me ensinando a enfrentar os obstáculos com sabedoria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda a força, coragem e determinação, não me deixando desanimar diante das dificuldades, iluminando todos os meus passos.

Aos meus pais, Evaristo e Lenir, pelo amor e dedicação incondicional.

Ao meu esposo, Eduardo, por entender minha ausência e, sobretudo, por incentivar-me e levantar-me nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos e sobrinhos pela doçura, alegria, carinho e compreensão nos momentos de ansiedade.

Aos meus cunhados e querida Maria José, pelo carinho e certeza da torcida.

Aos meus amigos, pela amizade fraterna e incentivo em todos os momentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, por ter me acolhido, conduzido, pela atenção a mim sempre dispensada, confiado no meu potencial, estimulando meu crescimento como pesquisadora.

À Prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa pelas contribuições e oportunidades oferecidas e, principalmente, a de fazer parte do Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais em Tuberculose “GEOTB”.

À Prof^a. Dr^a. Filomena Elaine Paiva Assolini, pelas valiosas contribuições neste estudo, e por possibilitar compreender a produção de sentidos que permeiam minha vida.

Aos colegas do “GEOTB” e do Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde “GEQualiS”, pelas contribuições, incentivo e apoio em todos os momentos.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Alfabetização, Leitura e Letramento “GEPALLE”, pelos momentos compartilhados e pela troca de experiências.

Aos gerentes da AB, pela colaboração durante a coleta de dados.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que me acolheu e hoje me permite alcançar este título.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, pela dedicação, acolhida e companheirismo.

A CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro através da concessão da Bolsa de Mestrado.

CONSCIÊNCIA

*Enquanto a mente racional analisa,
divide, fraciona, chega ao nada: mundo
conhecido, porém não compreendido todo
descrito, dissecado, mas sem cor, sem
sabor, frívolo sem vida, sem serventia.*

*A razão mais emoção, significando
sabedoria, através da inteligência faz o
caminho inverso.*

*A consciência que é: O olho por trás do
olho, vê com uma visão interior, aglutina,
soma, dá idéia do conjunto restitui ao
quadro vazio o seu calor; O ouvido por
trás do ouvido ouve a música do universo,
sonoriza com harmonia as notas que antes
casuais e perdidas agora se intercalam com
sentido. E, utilizando este último
processo talvez se consiga progresso para
trazer ao mundo a verdadeira alegria.*

ANTONIO RUFFINO NETTO

24 - 05 - 2007

RESUMO

LEMOS, M. **Atraso no diagnóstico da tuberculose na percepção dos gerentes da Atenção Básica a Saúde de Ribeirão Preto - São Paulo.** 2010. 66f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

O presente estudo objetivou analisar os fatores relacionados ao atraso no diagnóstico da tuberculose (TB) na percepção dos gerentes da Atenção Básica (AB). O cenário foi o município de Ribeirão Preto, prioritário para o controle da TB no estado de São Paulo. O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP/USP - 012/2009). Participaram do estudo 17 sujeitos, representando 43,6% dos gerentes dos cinco distritos sanitários. Para produção do material empírico foram realizadas entrevistas semidirigidas, gravadas, no período de junho a agosto de 2009, e norteadas por um roteiro temático. As entrevistas se deram após o consentimento livre e esclarecido. Após transcrição das entrevistas, as informações foram organizadas com recurso do software Atlas. Ti versão 6.0. Para interpretação utilizou-se o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso, de matriz pêncheuxiana. O atraso no diagnóstico da TB, na percepção dos gerentes, possui fatores relacionados à doença, ao doente, aos serviços e profissionais de saúde. À doença, são mencionadas características do bacilo; ao doente, identifica-se a estigmatização da TB e a demora para a procura pelos serviços de saúde; aos serviços de saúde, observou-se a excessiva demanda das funções administrativas do gerente; aos profissionais, atribuem-se a falta de práticas educativas com a comunidade, a não realização da busca de sintomáticos respiratórios, a baixa qualificação dos mesmos para o trabalho em equipe nas ações para o diagnóstico da TB, a baixa suspeição diagnóstica da doença, e a valorização de métodos de elevada densidade tecnológica, em detrimento de outros métodos de fácil acesso. Compreende-se que a TB é negligenciada nos microprocessos de trabalho dos gerentes e equipes da AB, o que discursivamente relaciona-se com os sentidos circulantes na sociedade acerca da doença. A relação do atraso no diagnóstico da TB com a baixa capacidade de enfrentamento da doença na AB pelos gerentes, como um acontecimento discursivo, traz sentidos divergentes à proposta de controle da TB pela AB, na perspectiva da vigilância em saúde. Recomenda-se investimento em capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de uma gestão pró-ativa que incorpore o controle da TB na AB.

Palavras Chave: Tuberculose; Gerência; Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

LEMOS, M. **Delay in diagnosis of tuberculosis in the perception of managers of Primary Health, Ribeirao Preto – São Paulo state.** 2010. 66 f. Dissertation (Masters) – School of Nursing at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

The present study aimed to analyze the factors related to the delay in the diagnosis of tuberculosis (TB) based on the managers of Primary Health Care services perceptions. The scenario was the city of Ribeirão Preto, which is a priority city to the tuberculosis control at the state of São Paulo. The research project which gave rise to this work was approved by the Research ethics committee of the School of Nursing at Ribeirão Preto at University of São Paulo (CEP/EERP/USP – 012/2009). Participated in the study 17 subjects, that represented 43.6% of the managers at the five health districts. To produce the empirical issue it was realized semi structured interviews, which were digitally recorded in the period between July to August 2009. All the interviews were guided by a thematic script and occur after the free and informed consent signature. After the transcriptions of the interviews, the information was organized with the resource of Atlas Software 6.0 version. The interpretation was supported by the methodological and theoretical approach of the Discourse Analysis focusing on the Pêcheux pattern. The delay in the TB diagnosis, on the manager's perceptions, has factors associated to the disease, the unhealthy (ill), the services and the health professional. To the disease were mentioned characteristics of the bacillus; to the ill person were identified the TB stigmatization and the delay to look for health services; and to the health services it was observed the excessive amount manager administrative functions. To the professional, were assigned the absence of educative practices with the community, not completion of the search for respiratory symptomatic, the low qualification of them to diagnosis the TB within a staff working, the low diagnosis suspicion of the disease, and the recovery of high technology methods instead of the access to other easy methods. It was comprehended that the TB is neglected in the micro process of the managers and PHC staff work, which discursively are related to the surrounding meanings of the society related to the disease. The relation of the delay in the TB diagnosis between the low capacity of coping with the disease by the PHC managers, as a discursive event, bring divergent meanings to the TB control proposal by the PHC, on the perspective of the health surveillance. It was recommended an investment in the professional training to the development of a proactive management which incorporates the TB control at the Primary Health Care.

Key-words: Tuberculosis; Management; Health services; Primary Health Care

RESUMEN

LEMOS, M. **Atraso en el diagnóstico de la tuberculosis según la percepción de los gerentes de la Atención Básica a la salud de Ribeirão Preto - São Paulo.** 2010. 66 h. Disertación (Maestría) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores relacionados al atraso en el diagnóstico de la tuberculosis (TB) según la percepción de los gerentes de la Atención Básica (AB). El escenario fue el municipio de Ribeirão Preto, prioritario para el control de la TB en el estado de São Paulo. El proyecto que dio origen a este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (CEP/EERP/USP - 012/2009). Participaron del estudio 17 sujetos, representando 43,6% de los gerentes de los cinco distritos sanitarios. Para la producción del material empírico fueron realizadas entrevistas semidirigidas, gravadas, en el período de junio a agosto de 2009, e norteadas por una guía temática. Las entrevistas se dieron después del consentimiento libre y aclarado. Después de la transcripción de las entrevistas, las informaciones fueron organizadas con recurso de software Atlas, Ti versión 6.0. Para la interpretación se utilizó el referencial teórico-metodológico del Análisis de Discurso, de matriz pêcheuxtiana. El atraso en el diagnóstico de la TB, según la percepción de los gerentes, posee factores relacionados a la enfermedad, al enfermo, a los servicios y profesionales de salud. Para la enfermedad, son mencionadas características del bacilo; para el enfermo, se identifica la estigmatización de la TB y la demora para la busca por servicios de salud; en los servicios de salud, se observó la excesiva demanda de las funciones administrativas del gerente; en los profesionales, se atribuyen la falta de prácticas educativas con la comunidad, la falta de busca de sintomáticos respiratorios, la baja cualificación de los mismos para el trabajo en equipo en las acciones para diagnóstico de TB, la baja sospecha diagnóstica de la enfermedad, y la valorización de métodos de elevada densidad tecnológica, en detrimento de otros métodos de fácil acceso. Se comprende que la TB es poco valorizada en los microprocesos de trabajo de los gerentes y equipos de la AB, lo que discursivamente se relaciona con los sentidos circulantes en la sociedad acerca de la enfermedad. La relación del atraso en el diagnóstico de la TB con poca capacidad de enfrentamiento de la enfermedad en la AB por los gerentes, como un acontecimiento discursivo, muestra sentidos divergentes a la propuesta de control de la TB por la AB, en la perspectiva de la vigilancia en salud. Se recomienda invertir en la capacitación de los profesionales para el desenvolvimiento de una gestión proactiva que incorpore el control de la TB en la AB.

Palabras Claves: Tuberculosis; Gerencia; Servicios de Salud; Atención Primaria a la Salud

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AD | Análise de Discurso |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| BAAR | Bacilo Álcool Ácido Resistente |
| BCG | Bacilo de Calmette e Guérin |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DVE | Divisão de Vigilância Epidemiológica |
| EERP | Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GEOTB | Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais em Tuberculose |
| GEPALLE | Grupo de Estudos e Pesquisas em Alfabetização, Leitura e Letramento |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| NSF | Núcleo de Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PA | Pronto Atendimento |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PCR | Reação em Cadeia de Polimerase |
| PCT | Programa de Controle da Tuberculose |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| PNCT | Plano Nacional de Controle da Tuberculose |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SR | Sintomáticos Respiratórios |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TB | Tuberculose |
| TS | Tratamento Supervisionado |
| UBDS | Unidade Básica Distrital de Saúde |

| | |
|-----|-----------------------------|
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| USP | Universidade de São Paulo |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 14 |
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 A tuberculose como problema de saúde pública | 15 |
| 2. DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO..... | 17 |
| 3. OBJETIVOS | 25 |
| 3.1 Geral | 25 |
| 3.2 Específicos..... | 25 |
| 4. PERCURSO METODOLÓGICO | 26 |
| 4.1 Tipo de estudo | 26 |
| 4.2 Cenário do Estudo | 26 |
| 4.2.1 A rede de atenção a saúde de Ribeirão Preto - SP..... | 26 |
| 4.2.2 O controle da tuberculose em Ribeirão Preto – SP | 28 |
| 4.3 Sujeitos do Estudo | 29 |
| 4.3.1 Critérios de inclusão | 29 |
| 4.3.2 Critérios de eliminação..... | 30 |
| 4.4 Coleta de Dados..... | 30 |
| 4.5 Análise dos Dados | 31 |
| 4.6 Aspectos éticos | 34 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 35 |
| 5.1 A atuação do gerente da AB frente ao controle da TB..... | 35 |
| 5.2 Percepção dos gerentes quanto à TB na AB..... | 40 |
| 5.3 A percepção dos gerentes da AB sobre a operacionalização das ações para o diagnóstico da TB..... | 43 |
| 5.4 A percepção dos gerentes da AB sobre o atraso no diagnóstico da TB | 49 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 54 |
| REFERÊNCIAS | 55 |
| APÊNDICES | 64 |
| ANEXO..... | 66 |

APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte do projeto multicêntrico de pesquisa: “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” Edital MCT/CNPq/CT Saúde/MS/SCTIE/DECIT N° 034/2008, desenvolvido pelo Grupo de Estudos Epidemiológicos Operacionais em Tuberculose – GEOTB, em três regiões do país: Nordeste (Bayeux –João Pessoa - PB, Feira de Santana - BA); Sudeste (Ribeirão Preto - SP, São José do Rio Preto - SP, Área Programática 1 do Rio de Janeiro - RJ; Vitória – ES) e Sul (Foz do Iguaçu – PR; Pelotas – RS); direcionado aos doentes, profissionais, gestores e representantes da sociedade civil.

Esta pesquisa foi realizada no município de Ribeirão Preto-SP com os gerentes dos serviços de saúde da Atenção Básica (AB).

A aproximação com o objeto de pesquisa teve origem a partir de minha experiência como enfermeira da AB, que possibilitou vivenciar situações pertinentes à problemática da TB. Conhecendo os trabalhos de pesquisa sobre a temática, inseri-me no GEOTB, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), despertando para essa realidade que envolve diversos atores no processo de adoecimento, operacionalização das ações de controle e gerência dos serviços de saúde. Foi na busca pela compreensão mais aprofundada da dimensão dessa problemática, que procurei saber mais sobre a Análise de Discurso, me inserindo no GEPALLE, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP, possibilitando compreender a produção de sentidos.

Como fruto da participação e discussão nos referidos grupos de pesquisa, suscitou em mim, o interesse de compreender os sentidos que permeiam o discurso dos gerentes da AB, considerando seu papel decisório para promover o diagnóstico precoce da TB.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A tuberculose como problema de saúde pública

A tuberculose (TB) constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo, sendo a principal causa de morte por doença infecciosa em adultos, com uma estimativa de 9,3 milhões de casos novos em 2007 e uma prevalência de 206 casos por 100.000 habitantes (WHO, 2009).

As dificuldades para o controle mundial da TB são atribuídas às desigualdades sociais, insuficiência de pesquisas visando o desenvolvimento de novos tratamentos e vacinas, fluxos migratórios, deficiências do sistema de saúde e alta prevalência dos casos de TB multidrogas resistentes e associados à infecção pelo HIV (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

A falta de conhecimento em relação à doença, e a discriminação aos doentes têm contribuído para a permanência do estigma da TB, aliado ao fato de que se evidenciam poucas informações sobre temas relativos à doença junto aos meios de comunicação, dado que os Programas de Controle da Tuberculose (PCT) não têm obtido capacidade de vocalização junto à imprensa (SANTOS FILHO, 2006).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB como um estado de urgência e criou o programa Stop TB, que manifesta a necessidade de expansão e agilidade nas medidas para o controle mundial, bem como o incremento de recursos financeiros e políticos, considerando a importância do envolvimento da sociedade, utilização de tecnologia eficaz e acessível para o diagnóstico e incorporação dos serviços de Atenção Básica (AB) no atendimento aos doentes (BATAIERO, 2009).

No Brasil, o PCT de 2004 propõe a adoção da estratégia do Tratamento Supervisionado (TS), e também a descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle (BRASIL, 2004). O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) reconhece a importância de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do SUS. Portanto, visa à integração do controle da TB com a AB, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007b).

O Brasil ocupa a 19ª posição em relação ao número de casos e a 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência, entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo (BRASIL, 2010). Segundo estimativas da OMS, o Brasil apresentou 92 mil casos novos de TB em 2007, a taxa de incidência por todas as formas foi de 48 casos por 100.000 habitantes. No ano de 2006 o percentual de sucesso do tratamento para os casos bacilíferos foi de 72% (33% de cura, mais 39% tratamento completado) e taxa de abandono de 8,3% (WHO, 2009). Esses números são alarmantes se considerarmos que a TB é uma doença que tem cura, e evidenciam a necessidade de rever estratégias de ação junto aos serviços de saúde da AB para o seu controle, devendo ser diagnosticada precocemente.

A demora no diagnóstico da TB pode resultar em graves doenças, maior mortalidade e sustentada disseminação de *Micobacterium tuberculosis* na comunidade, como pessoas não tratadas que continuam a transmitir a infecção a outras pessoas. Informações sobre a demora no diagnóstico e a sua evolução ao longo do tempo são importantes para avaliação e melhoria do PCT (HUONG et al., 2007).

Diante desse panorama, as ações de controle da TB ganham destaque na AB, pois essa se caracteriza como doença priorizada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), para o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endêmicas (BRASIL, 2007), sendo apresentado pelo Pacto pela Vida do SUS, como meta para o controle da TB, atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de TB bacilífera diagnosticados a cada ano (BRASIL, 2006).

As ações de controle da TB são organizadas a partir da AB e, esta por sua vez é organizada pelos gerentes dos serviços de saúde locais, pois estas são as unidades produtoras, a porta de entrada no sistema local de saúde, onde os problemas podem ser identificados, priorizados e atendidos pela equipe de saúde, sendo que a gerência pode definir mudanças no modo de fazer saúde (BERTUSSI; ALMEIDA, 2003). Este gerenciamento apresenta como objetivo, implementar uma política de saúde cujo enfoque seja o acesso, a satisfação da população, vigilância epidemiológica, promoção da saúde e prevenção de agravos (SALA et al., 2004), atendendo às necessidades da população e que esteja voltado para a integralidade do cuidado (WEIRICH et.al., 2009).

2. DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

Com o processo de descentralização do SUS, ocorre a reorganização das práticas assistenciais em saúde por meio da AB, com novos desafios para a prática gerencial no nível municipal, no atendimento às necessidades da população (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

A função de gerência é introduzida na AB a partir da Norma Operacional Básica NOB/96, sendo atribuída a todo profissional responsável por unidades ou estabelecimentos em qualquer grau de complexidade, que prestam serviços de saúde. A NOB de Recursos Humanos do SUS, de 2002, considera para a gestão do trabalho no SUS “a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento”(BRASIL, 2002).

A adoção de modelos gerenciais mais modernos passa a exigir maior qualificação profissional. Somado a isso, o maior acesso às informações está definindo uma nova dimensão de saúde, mais dinâmica e positiva. Tais complexidades evidenciam as funções gerenciais e o papel do gerente que precisa, cada vez mais, se apropriar de conhecimentos e desenvolver capacidade de enfrentar problemas, propor soluções criativas e agregar equipes e, para isso, necessita de autonomia e participação nas decisões da organização (BARBIERI; HORTALE, 2005).

Para Vanderlei (2005), discutir a gerência dos serviços públicos municipais de saúde, da rede básica de saúde centrada na de Saúde da Família, significa em tese, estar olhando para as propostas alternativas de superação do modelo médico-hegemônico, que busque renovações tecnológicas e transcenda a relação técnica burocrática, em função de um modelo assistencial que visa, sobretudo, à consolidação do SUS.

O gerenciamento local de saúde deve ser desenvolvido por profissional competente, capaz de liderar e agregar valor, aumentando o potencial de sua equipe e conjugando esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de modo a aumentar a resolutividade do serviço na área de abrangência, em conformidade com o modelo assistencial pautado na epidemiologia social (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007).

Dessa forma o gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem adquirido uma dimensão que transcende a questão da administração dos recursos humanos e materiais, e se configura como uma atividade que compõe, além da administração propriamente dita, a

organização das atividades com o intuito de implementar uma política de saúde, cujo enfoque seja o acesso, a satisfação da população, vigilância epidemiológica, promoção da saúde e prevenção de agravos (SALA et al., 2004).

Os estudos de André e Ciampone (2007) defendem que o profissional gestor de uma unidade de AB ou de qualquer serviço de saúde deveria ser preparado para essa função, pois o despreparo do gestor influencia diretamente no modo de operacionalização das estratégias e a dinâmica das equipes envolvidas nos serviços, podendo levar à ineficácia e ineficiência dos processos.

Segundo o Pacto de Gestão do SUS, é de grande importância a priorização da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde, considerando a educação permanente parte essencial para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a estruturação da gestão do trabalho (BRASIL, 2006).

As competências gerenciais constituem um dos principais pilares de uma organização. Os componentes necessários às competências envolvem o conhecimento, as atitudes, que são ligadas à personalidade; e as habilidades, isto é, o saber fazer colocado em prática, portanto a competência de mobilizar recursos (FERNANDES et al., 2009).

Verifica-se que os gerentes dos serviços de saúde da AB, ao exercerem suas funções, necessitam possuir conhecimentos e experiências quanto à organização e gerenciamento das ações da AB do município, o que os torna fundamentais para viabilizar as ações e estratégias de controle da TB, sendo esta uma das doenças inseridas na área estratégica da AB.

Em estudo realizado por Protti et al., (2010), em um município do interior paulista, com gerentes de UBS, verificou-se que 81,3% dos gerentes consideram a TB como doença prioritária no quadro sanitário do município, no que tange a participação na discussão e definição de ações para o controle da TB, 31,3% dos gerentes revelaram participar às vezes, enquanto 18,8% revelaram quase nunca participar.

Os autores demonstram que os gerentes, apesar de considerarem a TB como prioritária, não participam das ações de controle da doença, requerendo maior envolvimento participativo para repensar a produção e reprodução dos aspectos da gerência, destacando que as ações de controle da TB, como a busca de Sintomáticos Respiratórios (SR) encontra limites na sua incorporação de forma contínua e rotineira.

Oliveira et al., (2009), evidencia em estudo realizado com coordenadores de PCT de 22 municípios prioritários para o controle da TB no estado de São Paulo, a necessidade dos serviços da AB se responsabilizarem pela identificação precoce de SR, a medida que um

grande número de casos são descobertos devido à internação, tendo o quadro se agravado (OLIVEIRA, et al., 2009).

O estudo de Oliveira et al., (2009) corrobora com o de Monroe et al., (2008) que destaca em estudo realizado em nove municípios prioritários para o controle da TB do estado de São Paulo, com os coordenadores do PCT, que a descoberta de casos da doença tem ocorrido em maior proporção nos serviços de urgência/emergência, principalmente nos grandes centros urbanos; comprovando a necessidade de incremento nos serviços de AB para que estes colaborem na identificação de SR e detecção precoce dos casos de TB.

Evidencia-se nos estudos citados acima, o atraso no diagnóstico da TB, apontando a necessidade da priorização do diagnóstico precoce, com melhoria do acesso à saúde e busca de SR, ações estas fundamentais aos gerentes no planejamento da AB.

O diagnóstico da TB ainda é tardio, o que dificulta o seu controle, necessitando de maior eficácia do acesso à saúde, bem como recursos humanos treinados para o diagnóstico e acompanhamento do doente com TB e prioridade na procura de SR (SCATENA et al., 2009).

Estudos realizados em diferentes locais como Shanghai, Espanha, Hong Kong e Brasil mostram que as causas de atraso estão relacionadas ao serviço de saúde procurado pelo doente de TB, à sintomatologia apresentada e ao tipo de meios diagnósticos disponíveis nos serviços de saúde (LEUNG; LEUNG; TAM; 2007; SANTOS et al., 2005; WANG et al., 2007; HABIBULLAH et al., 2004; YIMER; BJUNE; ALENE, 2005).

Para Sreeramareddy et.al., (2009), o atraso no diagnóstico da TB relacionado ao doente, é definido como o período considerado desde os primeiros sintomas associados a TB pulmonar até a procura pelo primeiro serviço de saúde, este podendo ser formal ou informal; relacionado ao serviço de saúde, considerado desde o primeiro contato do doente com o serviço de saúde até a data do diagnóstico.

Em estudo realizado por Wang et al., (2007) em Shanghai (China) com pacientes recém diagnosticados com TB pulmonar, mostra que a demora do doente foi definida como a apresentação em um hospital após 3 semanas (21 dias) do início dos sintomas, e o atraso do médico foi em média de 8 dias. Constatou-se que o nível de renda foi um fator importante influenciando a demora do doente, apresentando uma menor demora aqueles com sintomas de hemoptise. A proporção de diagnóstico/consideração como suspeitos de TB foi significativamente maior nos hospitais que em não-hospitais.

Os estudiosos identificaram que a demora prolongada do médico em diagnosticar a TB pode estar associado a vários fatores. Primeiro, há um sistema de cuidados de saúde mais complexo, em cidades com mais facilidades e hospitais gerais do que áreas rurais, sistema de

referência tomada entre diferentes instalações. Em segundo lugar, a taxa de incentivos dos fornecedores de serviço de saúde pode atrasar a remessa dos doentes na comunidade ou em nível de distritos. Ressalta-se que no sistema de saúde da China, o lucro de saúde depende da taxa de doentes por médico. Às vezes, os hospitais tentam manter os doentes para tratamento em vez da consulta, resultando no processo de encaminhamento prolongado.

No Brasil, a taxa de detecção de casos em 2007 foi de 69%, resultando em aumento de 5% na detecção de casos em relação ao ano anterior (WHO, 2009). Apesar de o Brasil estar próximo à meta proposta pela OMS (70%), grande quantidade de casos continua sem detecção, contribuindo para o círculo vicioso de transmissão e óbitos pela doença (DYE et al., 2003; VENDRAMINI et al., 2005).

A demora no diagnóstico da TB pode estar ligada a fatores culturais, antropológicos e socioeconômicos relacionados ao doente ou a fatores do sistema de serviços de saúde, como falta de acesso, inadequado acolhimento do doente, baixa prioridade na busca de SR e de contatos intradomiciliares, baixo nível de suspeita diagnóstica da TB e utilização de métodos diagnósticos com baixa eficácia (OLIVEIRA et al., 2009).

No estudo de Monroe et al., (2008) entre os 9.181 casos novos bacilíferos registrados em 2005 no estado de São Paulo, a informação sobre o tempo decorrido entre o início dos sintomas e início do tratamento foi registrada em 6.624 casos (72%). Destaca-se que a demora média registrada nos casos bacilíferos foi de 8.6 semanas.

Os autores ainda destacam que em São Paulo, foi verificado que o tratamento da TB iniciou dentro do primeiro mês em 47% dos casos, até dois meses em 72% dos casos e até três meses em 85% dos casos; apontando uma situação preocupante em relação à cadeia de transmissão da TB, pois 15% dos casos permaneceram como sintomáticos antes de iniciarem a terapia medicamentosa.

No estudo de Oliveira et al., (2009) a maior parte dos doentes de TB (61%), chegou ao serviço de saúde para realização do diagnóstico por meio de encaminhamento de outros serviços de saúde ou profissionais devido a suspeita da doença, e apenas 29% dos doentes se apresentaram espontaneamente ao serviço onde o diagnóstico foi feito. Somente (1%) dos doentes foi diagnosticado por meio de busca ativa na comunidade e (2%) por meio de busca passiva, o que representa a escassa busca de SR. Foi também identificado que o diagnóstico dos doentes de TB foi realizado principalmente em unidades de nível secundário e terciário, somando (73%) do total dos diagnósticos realizados. A AB no diagnóstico dos casos de TB apresentou um total de apenas (16%) dos casos, demonstrando uma menor representatividade.

Verifica-se que o problema encontrado tem sido decorrente da forma como o sistema de saúde se organiza para viabilizar o acesso dos doentes a esse diagnóstico, como já tem sido destacado pela OMS ao afirmar que “o problema não está nas formas de detecção e de tratamento e sim, na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB” (WHO, 1999).

Embora os avanços no controle da TB sejam evidenciados pela descentralização das ações e das mudanças no cenário das políticas de controle da doença, contando com a integração da AB, necessita-se superar importantes desafios, a exemplo do enfrentamento do atraso no diagnóstico da TB, que demanda a organização dos serviços de saúde da AB para o controle da doença, sendo os gerentes destes serviços de essencial importância para a identificação dos fatores que levam ao atraso no diagnóstico da doença e reorganização dos serviços.

Uma nova dinâmica para a relação do serviço de saúde com a comunidade é proposta pela ESF, na qual a equipe de saúde e a comunidade trabalhem juntas na resolução dos problemas de saúde. O reconhecimento da saúde como direito de cidadania, gera indivíduos participativos no processo de promoção da qualidade de vida e intervenção sobre os fatores que a colocam em risco. A ESF busca humanizar as práticas de saúde, visando à satisfação do usuário pelo estreitamento da relação equipe-comunidade (BRASIL, 2000).

Neste sentido, verifica-se que a ESF se torna de fundamental importância para que os serviços de saúde se organizem e incorporem em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de controle da TB (MARCOLINO et al., 2009).

Em pesquisa realizada em Bayeux – Paraíba para avaliar as ações de controle da TB no contexto da ESF, com os profissionais de saúde destas equipes, identificou-se como potencialidades, a descentralização do tratamento dos casos de TB vem se estabelecendo na prática das ESF: 92,7% dos entrevistados mencionaram que os doentes de TB sempre conseguem consulta nas unidades, sendo possível para 82,9% obtê-la no prazo de 24 horas; os medicamentos específicos apresentaram-se acessíveis para 64,6% das ESF. Como fragilidades, verificou-se que 61% dos entrevistados não realizaram coleta de escarro; 89,8% não contam com auxílio transporte, 54,9% das unidades não oferecem atendimento no horário de almoço e, apenas 40,2% das unidades adotam regularmente a visita domiciliar (MARCOLINO et al., 2009).

No estudo de Monroe et al., (2008) identificou-se que profissionais de UBS expressavam certa resistência à incorporação do TS e busca de SR na rotina diária das atividades executadas por esses serviços em decorrência da falta de recursos humanos e, os

profissionais não estão sensibilizados e preparados para detectar os sinais e sintomas da TB, sendo verificada uma visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da doença.

Destaca-se as dificuldades nas ações de controle da TB na AB, o que propicia o atraso no diagnóstico da doença, necessitando os serviços se reorganizarem a fim de promoverem uma atenção de qualidade aos doentes de TB e diminuição da disseminação da doença na comunidade.

É sabido que a intervenção de maior sucesso no controle da TB é a detecção precoce e adequado tratamento do doente. O Alto conhecimento de TB e conscientização são necessários para atingir esses objetivos e são partes integrantes da OMS, através da estratégia Stop TB. Do ponto de vista da saúde pública, é imperativo que os médicos sejam capazes de reconhecer e tratar precocemente doentes de TB, sendo recomendado o aperfeiçoamento dos conhecimentos através de aprimoramentos nos currículos e capacitação constante das equipes de ESF (SAVICEVIC, 2009).

Em estudo realizado por Façanha et al. (2009), em intervenção realizada na área de abrangência de um centro de saúde de Fortaleza, Ceará, com cinco equipes do PSF, foi demonstrado que o treinamento e a sensibilização da ESF foram capazes de promover o aumento da detecção de casos de TB em comunidade de baixa renda, sugerindo que nos locais onde o PSF está implantado, a manutenção da equipe treinada, atualizada e estimulada para a detecção precoce, através da busca de SR pelos ACS e acompanhamento de casos pode contribuir muito para o controle da doença.

Neste estudo realizado em 2003, a comparação entre o total de casos diagnosticados em Fortaleza em cada ano (1.917 em 2002, 2.061 em 2003 e 2.064 em 2004) e o total diagnosticado na área de abrangência do estudo, demonstrou um aumento significativo em relação ao ano anterior àquele em que ocorreu o treinamento dos profissionais. Entre julho de 2003 e dezembro de 2004, período posterior ao início do estudo, foram diagnosticados 28 casos de TB: 2 da forma extrapulmonar e 26 da forma pulmonar; destes, 19 apresentaram baciloscopia de escarro positiva. Em 2002, ano anterior ao treinamento, 1 caso foi diagnosticado, enquanto no ano posterior ao início da intervenção, 22 casos foram diagnosticados. A média de resultados de baciloscopia positivas em Fortaleza foi de 44,7%, enquanto nos casos detectados na região estudada, essa foi de 73,1% (FAÇANHA et al., 2009).

Identifica-se a importância de se manter os profissionais de saúde treinados e atentos as ações de controle da TB, ressaltando-se que para estas, se faz necessária a participação

ativa dos gerentes dos serviços de saúde, que ao priorizarem os agravos da AB, evitam o atraso no diagnóstico e melhoram a organização dos serviços.

Scatena et al. (2009), identificou em estudo realizado em 2007 com pacientes com TB, atendidos na rede de AB nos municípios de Ribeirão Preto (SP), São José do Rio Preto (SP), Itaboraí (RJ), Campina Grande (PB) e Feira de Santana (BA), que a forma de organização da atenção à TB (PSF ou ambulatório) não foi um fator que ampliou o acesso ao diagnóstico, uma vez que em dois municípios da região Nordeste apresentam alta cobertura de PSF e não apresentaram desempenho satisfatório para o acesso. Da mesma forma, Ribeirão Preto da região Sudeste, cuja organização da atenção à TB é em ambulatórios regionalizados, apresentou melhor desempenho que todos os demais.

Verifica-se que a descentralização das ações para o PSF e centros de referência não parece apresentar um desempenho satisfatório a acessibilidade ao diagnóstico da TB, como a forma de organização dos serviços não foi um fator determinante para garantir a acessibilidade ao diagnóstico precoce da doença (SCATENA et al., 2009).

Em estudo realizado por Sousa (2007) com os gestores do SUS, em doze municípios pioneiros a implantação do PSF, o acesso aos serviços básicos de saúde no âmbito do SUS apresenta-se limitado em três aspectos principais: o primeiro pela baixa capacidade de integração entre as equipes da AB (unidades tradicionais), as equipes do PSF, e entre estas, no que se refere ao planejamento e à programação da UBS, tendo como referência o SIAB.

O segundo encontra-se na não existência de uma política de referência e contrarreferência, sendo poucos os municípios que começam a estruturar suas centrais de regulação, com vistas a atender as demandas das equipes do PSF nas ações e serviços de consultas especializadas e/ou apoio diagnóstico. O terceiro é verificado na baixa capacidade das equipes da AB em elaborarem planos, programas, projetos e/ou ações contínuas que potencializem suas relações e integrações com outros setores do governo e da sociedade (SOUSA, 2007).

A autora ressalta que estes municípios sinalizam que os gestores do SUS devem se ocupar com estes atributos, sem esquecer-se de adicionar a eles a questão das inter-relações entre gestores, equipes e comunidades na adequação de tecnologias humanizadas no ato de cuidar da saúde das famílias.

Uma das fragilidades apresentadas pelo SUS, principalmente no setor de gestão, diz respeito à qualificação dos profissionais ao atuarem na AB (ANDRADE, 2006). Não há como propor qualificação e humanização da gestão e da atenção sem antes haver um equilíbrio de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização

com o usuário. Primeiramente porque, ao contrário, as decisões serão centralizadas em um serviço de saúde ou profissional da equipe, reduzindo o trabalho dos outros profissionais a uma simples execução, o que, além de ser frustrante para estes, será péssimo para a qualidade da atenção já que o envolvimento com o usuário tende a diminuir e o trabalho tende a se burocratizar (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Em segundo lugar, se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz justamente o contrário, ou seja, causa a fragmentação desta equipe. Assim, fica evidente que a gestão e a atenção produzem subjetividades, afetos e mobilizam emoções, pois refletem as inter-relações existentes no âmbito do trabalho (CARVALHO; CUNHA, 2006).

A gerência dos serviços de AB tem papel fundamental no desenvolvimento das ações de acesso aos serviços de saúde e o controle da TB, constituindo-se como ferramenta importante na efetivação de políticas locais de saúde, uma vez que organiza a produção dos serviços de saúde, necessitando o gerente utilizar dispositivos de intervenção, capazes de atuar no autogoverno dos profissionais de saúde para poder alterar a lógica do cuidado à saúde e, conseqüentemente, o modelo de atenção a partir do interior dos serviços (ERMEL; FRACOLLI, 2003).

Ao SUS, e a seu gestor local, cabe a responsabilidade de organizar a busca de casos de TB ativa, planejar e executar atividades de prevenção, garantir o acesso aos exames diagnósticos e ao tratamento, produzir, registrar e analisar dados referentes à endemia, e estabelecer alianças com organismos representativos da sociedade civil para que o controle da doença seja obtido (MIRANDA, 2009).

Na perspectiva da importância da incorporação das ações para o diagnóstico precoce da TB na AB, destacando-se neste ponto, o trabalho dos gerentes de saúde locais, cuja capacidade relacionada aos processos de liderança e análise-decisão-ação-avaliação, influenciam mudanças no cenário e o funcionamento dos serviços de saúde no controle da TB, este estudo foi desenvolvido como forma de compreender as causas do atraso no diagnóstico, partindo-se da seguinte questão de investigação: Como os gerentes da AB percebem o atraso no diagnóstico da TB? A fim de pensar alternativas que possibilitem a reorganização da prática gerencial, contribuindo para melhorias nas ações de controle da TB na AB, de forma a possibilitar o diagnóstico precoce da doença.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os fatores relacionados ao atraso no diagnóstico da tuberculose na percepção dos gerentes dos serviços de saúde da Atenção Básica de Ribeirão Preto, São Paulo.

3.2 Específicos

1. Identificar as ações desenvolvidas para o controle da tuberculose na Atenção Básica.
2. Identificar como se operacionalizam as ações desenvolvidas pelos serviços para o diagnóstico da tuberculose na Atenção Básica.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Segundo Gil (1994), a pesquisa descritiva permite uma visão geral do assunto, campo, fato em estudo e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar idéias e conceitos, buscando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses que poderão ser exploradas em estudos posteriores. Objetiva principalmente a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Frente à natureza e complexidade do objeto em estudo, a opção por esta abordagem ganha especial pertinência, à medida que tenta dar sentido ou interpretar fenômenos em termos de significação que as pessoas trazem para eles, de forma a buscar sua melhor compreensão (TURATO, 2008).

4.2 Cenário do Estudo

4.2.1 A rede de atenção a saúde de Ribeirão Preto - SP

O município de Ribeirão Preto possui aproximadamente uma população de 563.107 habitantes, e encontra-se entre os maiores municípios do Estado de São Paulo e do Brasil (IBGE, 2009).

O município é considerado como pólo de atenção à saúde, possui 14 hospitais e 05 ambulatórios de referência e divide-se em cinco regiões administrativas que compõem os cinco Distritos Sanitários: Distrito Central, Sul, Leste, Norte e Oeste. Conta com quarenta e sete estabelecimentos de AB distribuídos pelos cinco distritos de saúde, das quais 05 são Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 13 unidades / núcleos de saúde da família com um total de 21 ESF; e 21 unidades básicas tradicionais com 26 estratégias de ACS. Na figura 1 pode-se identificar a rede de atenção a saúde do município (RIBEIRÃO PRETO, 2010a).

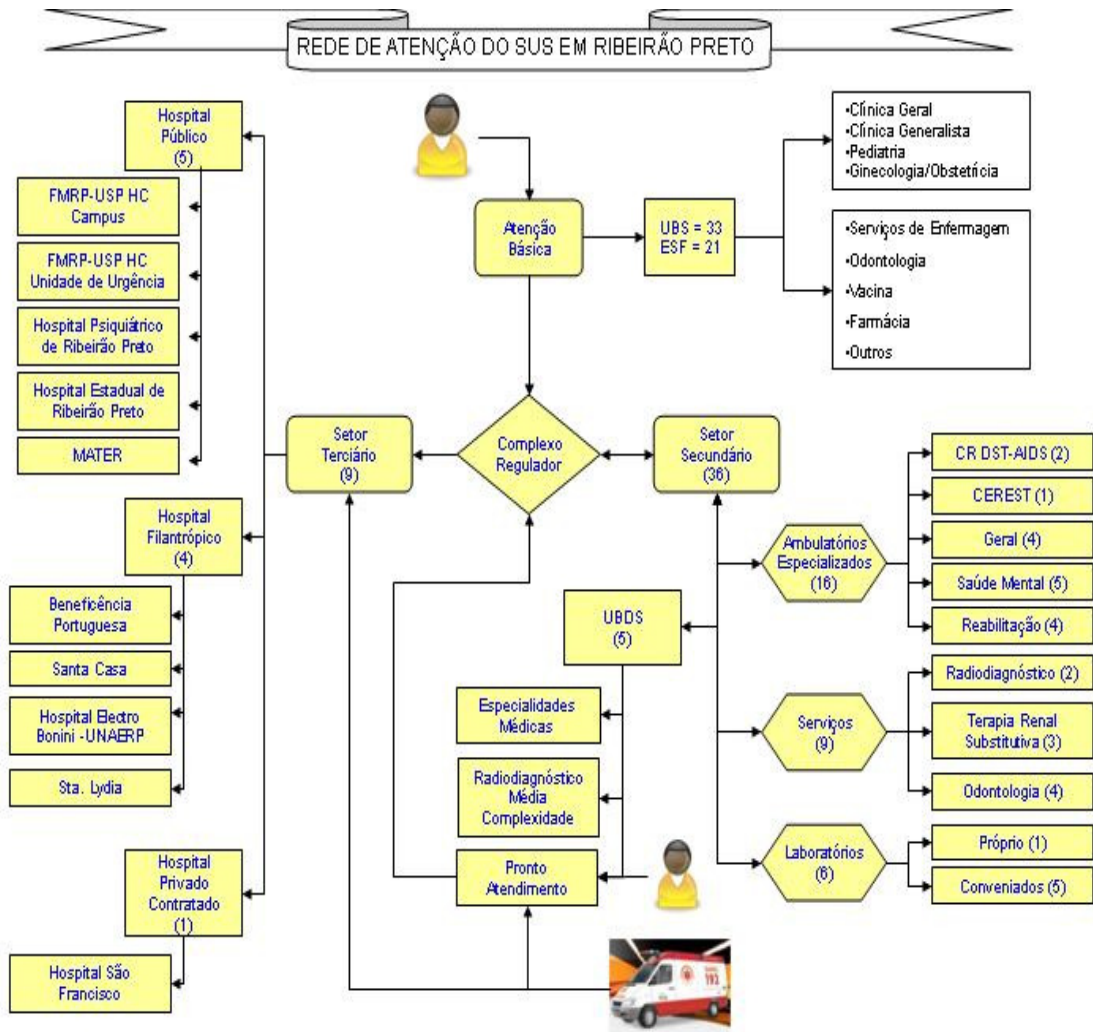


Figura 1. Rede de atenção a saúde de Ribeirão Preto/ SP.

Fonte: Ribeirão Preto, 2010a.

A análise da produção de consultas médicas realizadas na rede de saúde do município aponta uma produção elevada nas consultas do Pronto Atendimento, ocasionando uma demanda excessiva nas UBDS, onde casos que seriam solucionados na AB se misturam com casos de urgência/emergência. Pode-se verificar a produção de consultas médicas realizadas nas unidades de saúde do município no ano de 2008, AB (47,65%) e Pronto Atendimento (52,35%) indicando a necessidade da reorientação do modelo de atenção, tendo a AB como prioridade (RIBEIRÃO PRETO, 2010a).

4.2.2 O controle da tuberculose em Ribeirão Preto – SP

Ribeirão Preto é considerado pelo Ministério da Saúde um dos 22 municípios prioritários para o controle da TB devido ao elevado número de casos; apresentou média de 196 casos por ano nos últimos nove anos (incidência de 35,6/100.000 habitantes por ano), metade deles constituída por doentes bacilíferos. Em razão disso está comprometido com o cumprimento de metas relativas ao diagnóstico de doentes, estratégias de tratamento e obtenção de cura (MIRANDA, 2009).

O controle da TB é atribuição de todas as equipes e unidades de saúde, e abrange as diferentes instâncias de organização do SUS. À Atenção Primária (UBS e NSF) compete realizar diuturnamente a busca ativa de sintomáticos respiratórios e oferecer o exame de baciloscopia de escarro a todas as pessoas que se queixem de tosse há mais de duas semanas ou apresentem sintomas sugestivos de tuberculose (MIRANDA, 2009).

A Atenção Secundária abriga os cinco ambulatórios distritais de Pneumologia Sanitária, que tem a responsabilidade de confirmar o diagnóstico, iniciar o tratamento, oferecer e executar o TS, avaliar os contactantes dos doentes em tratamento, desenvolver ações de prevenção e informação na comunidade residente em suas áreas de abrangência (MIRANDA, 2009). As equipes e unidades pertencentes aos seus respectivos distritos referenciam seus doentes para a confirmação do diagnóstico, realização do TS e acompanhamento.

A Atenção Terciária, representada em Ribeirão Preto pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, responde pelo atendimento e seguimento dos casos complexos de tuberculose, entre eles as formas extrapulmonares da doença, as situações de comorbidades graves, como o HIV e outras, e os casos de múltipla resistência aos medicamentos utilizados para o tratamento (MIRANDA, 2009).

A organização dos serviços completa-se com as ações de vigilância epidemiológica, que incluem o registro dos casos diagnosticados e em tratamento no banco de dados próprio, extração de dados e análise correlativa dessas informações, divulgação dos dados e das análises produzidas. No âmbito da vigilância epidemiológica existe o Programa Municipal de Controle da Tuberculose, instituído formalmente em 1996 (MIRANDA, 2009).

Inicialmente, a cobertura do TS foi de 19% no ano de 1998; 30% em 1999; 40% em 2000; 52% em 2001; 58% em 2002; 57% em 2003, alcançando em 2004, a cobertura de 70% dos doentes de TB supervisionados diariamente no domicílio (PALHA, 2007), em 2008, a

cobertura do TS chegou a 78% (RIBEIRÃO PRETO, 2010a). Em 2009 a cobertura do TS chegou a 91,8% (SÃO PAULO, 2010).

No município, em 2008, foram identificados 180 casos de TB, destes 38 TB extrapulmonar e 142 TB pulmonar, obtendo 81,67% de cura (147 casos) (SÃO PAULO, 2009).

Em Ribeirão Preto, no ano de 2009, foram notificados 197 casos da doença, sendo o coeficiente de incidência igual a 34,7 por 100 mil habitantes. Desse total de casos, quatro TB disseminada, 28 TB extrapulmonar, 153 TB pulmonar e 12 TB pulmonar mais extrapulmonar, obtendo 84,77% de cura (167 casos) (SÃO PAULO, 2010).

Segundo informações da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) do município, as doenças de notificação compulsória que apresentam maior número de casos são: a aids, a Dengue, a Hepatite C, a Hepatite B, a TB e a Meningite, seguida da Hanseníase, a Teníase e a Esquistossomose.

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram os 39 gerentes da AB do município; a composição da amostra foi de 17 (43,6%) dos gerentes dos cinco distritos sanitários do município, que foram sorteados aleatoriamente, sendo dois (11,76%) de Unidades Básicas Distritais de Saúde - Pronto Atendimento (UBDS - PA), oito (47,06%) de UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois (11,76%) de UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), três (17,65%) de UBS e dois (11,76%) de ESF.

A escolha de tais sujeitos deve-se ao fato de possuírem conhecimentos e experiências quanto à organização e gerenciamento das ações da AB do município, o que os tornam fundamentais para a identificação de dificuldades no diagnóstico da TB e para a viabilização das ações/estratégias de controle da doença.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Ser gerente de uma UBS; UBDS-PA e de ESF;
- Possuir experiência mínima de um (01) ano no cargo de gerente.

4.3.2 Critérios de eliminação

- Gerentes que após mais de três contatos telefônicos se recusaram a agendar entrevista.

4.4 Coleta de Dados

Para a produção do material empírico foi empregada a técnica da entrevista semidirigida, com registro através de gravador digital.

De acordo com Minayo (2007), mediante a utilização da entrevista é possível obter dados que estão diretamente relacionados ao indivíduo entrevistado, ou seja, permite captar suas atitudes, valores e opiniões.

Dentre os vários tipos de entrevista, elegeu-se a semidirigida, pois como instrumento auxiliar para a pesquisa, permite que os integrantes da relação (pesquisador e sujeito) tenham momentos para dar alguma direção, de modo a garantir ganhos para reunir informações segundo os objetivos propostos (TURATO, 2008).

Para este estudo foi utilizado o instrumento direcionado aos gerentes municipais, através de um roteiro de entrevista, composto inicialmente por informações gerais do entrevistado seguido de dez questões norteadoras (APÊNDICE A).

Para a realização das entrevistas, junto aos gerentes, foram realizados contatos prévios via telefone, com identificação do entrevistador e da instituição realizadora da pesquisa, sendo informado ao gerente a ser entrevistado o objetivo do estudo. Através destes contatos eram agendados data, hora e local para a realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos gerentes.

Esses contatos e coleta dos dados foram realizados no período de Junho à Agosto de 2009, sendo o primeiro realizado no mês de Junho para o teste piloto com um gerente sorteado aleatoriamente, sendo este do Distrito Oeste.

Após realização do teste piloto e discussão da entrevista do mesmo junto ao GEOTB, a fim de adequar o instrumento de coleta de dados, visando à proposta do estudo, foi dada continuidade aos contatos e agendamento das entrevistas.

Para o agendamento das mesmas, foi realizado sorteio aleatório de 50% dos gerentes de cada um dos distritos para a seleção da amostra, dentre UBS e USF, sendo sorteados 50 % dos gerentes do (PA) existentes. Foram entrevistados os gerentes dos seguintes distritos: norte (4), sul (3), leste (3), oeste (6) e central (1), (2) gerentes dos 5 PA (TABELA 1).

As entrevistas foram realizadas individualmente em uma sala reservada na própria unidade de saúde.

Tabela 1 – Tipo de serviços de saúde por distrito e total de gerentes por serviço de saúde em Ribeirão Preto, 2009.

| Distrito | Tipo de serviço | Número de gerentes existentes | Número de gerentes entrevistados |
|-----------------|------------------------|--------------------------------------|---|
| Norte | UBS | 07 | 04 |
| | USF | 02 | |
| | PA | 01 | |
| Sul | UBS | 03 | 02 |
| | USF | 0 | |
| | PA | 01 | |
| Leste | UBS | 05 | 03 |
| | USF | 01 | |
| | PA | 01 | |
| Oeste | UBS | 07 | 06 |
| | USF | 06 | |
| | PA | 01 | |
| Central | UBS | 03 | 02 |
| | USF | 0 | |
| | PA | 01 | |
| Total | | 39 | 17 |

4.5 Análise dos Dados

Após transcrição das entrevistas, as informações foram geradas por meio da organização de um banco de dados com uso do *software* Atlas Ti versão 6.0, mediante a criação da *Hermeneutic Unit*, onde foram inseridas as 17 entrevistas. Após a leitura cuidadosa destas, foi realizada a codificação das entrevistas, de modo a apreender os elementos que integravam ao objetivo do estudo, através do qual foram criados 20 códigos.¹

¹ Valorização de sinais e sintomas clássicos da TB; Uso de tecnologias avançadas para o diagnóstico da TB; Treinamento para TB; Trabalho em equipe e o controle da TB; profissional de referência no controle da TB; Percepção sobre o território; Negligência de sinais e sintomas clássicos da TB; Modalidade de acesso ao diagnóstico da TB; Insumos para diagnóstico da TB; Gerentes e controle da TB; Fragmentação das ações para diagnóstico da TB; Dificuldade no diagnóstico da TB relacionado ao processo de trabalho da equipe; Diagnóstico da TB enquanto atribuição da AB; Atraso no diagnóstico atribuído aos profissionais de saúde; Atraso no diagnóstico atribuído ao serviço; Atraso no diagnóstico atribuído ao doente; Atraso no diagnóstico atribuído a doença; Agravos prevalentes; Adequação da estrutura física; Percepção sobre a TB.

Após a criação dos códigos, as entrevistas foram abertas uma de cada vez e foram sendo codificadas através do sublinhamento dos fragmentos, sendo que cada fragmento poderia receber um ou mais códigos. Após a codificação das 17 entrevistas, foram gerados relatórios, estes constando os fragmentos relacionados a cada código e referente a cada gerente/entrevista.

Para interpretação das informações, utilizou-se como referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD), de matriz pècheuxtiana, para trabalhar com a compreensão e produção dos sentidos dos discursos (PÊCHEUX, 1995; ORLANDI, 2009) dos gerentes dos serviços de saúde da AB. Partindo-se da questão de investigação, a interpretação das falas resultou na construção de quatro blocos discursivos: A atuação do gerente da AB frente ao controle da TB; Percepção dos gerentes quanto a TB na AB; A percepção dos gerentes da AB sobre a operacionalização das ações para o diagnóstico da TB; A percepção dos gerentes da AB sobre o atraso no diagnóstico da TB; onde são apresentadas as formações discursivas.

A AD trata do discurso, a fala do homem, procura compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, construtivo do homem e de sua história. Concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social (ORLANDI, 2009).

A linguagem está materializada na ideologia e esta se manifesta na língua. Partindo da idéia de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade do discurso é a língua, a AD trabalha a relação língua-discurso-ideologia. Relação essa complementada com o fato de que, como diz Pêcheux (1975 apud ORLANDI, 2009): “Não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia. O indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido”.

A AD visa à compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele esta investido de significância para e por sujeitos. Busca indicar como o texto organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido, produzindo novas práticas de leitura. Não há uma verdade oculta atrás do texto. Há gestos de interpretação que o constituem e o analista, com seu dispositivo, deve ser capaz de compreender (ORLANDI, 2009).

Para Orlandi (2009) o dispositivo, a escuta discursiva, deve explicitar os gestos de interpretação que se ligam aos processos de identificação dos sujeitos, suas filiações de sentidos: descrever a relação do sujeito com sua memória, interrelacionando descrição e interpretação. É também dever do analista distingui-las em seu propósito de compreensão.

Espera-se do dispositivo do analista que lhe permita trabalhar em face à interpretação, sendo preciso que ele atravesse o efeito de transparência da linguagem, da literalidade do

sentido e da onipotência do sujeito. Investe-se assim na opacidade da linguagem, no descentramento do sujeito e no efeito metafórico, isto é, no equívoco, na falha e na materialidade; no trabalho da ideologia (ORLANDI, 2009).

Por isso a AD se propõe construir escutas que permitam levar em conta esses efeitos e explicitar a relação com esse saber que não se aprende e nem se ensina, mas que produz seus efeitos. A leitura discursiva considera o que é dito em um discurso e em outro, o que é dito de um modo e de outro, procurando escutar o não dito no que é dito, pois só uma parte do dizível é acessível ao sujeito, e mesmo o que ele não diz, significa em suas palavras (ORLANDI, 2009).

Inicia-se a AD visando compreender como um objeto simbólico produz sentidos, por meio da configuração do corpus, delineando seus limites, fazendo recortes, na mesma medida em que se vai pensando um primeiro trabalho de análise, retomando-se conceitos e noções, pois a AD tem um movimento de ir e vir constante entre teoria, consulta ao corpus e análise. Esse procedimento se dá ao longo de todo o trabalho. Ressalta-se que as palavras refletem sentidos de discursos já realizados, imaginados ou possíveis, sendo dessa forma que a história se faz presente na língua (ORLANDI, 2009).

Para Orlandi (2009) os procedimentos da AD têm a noção de funcionamento como central, levando o analista a compreendê-lo pela observação dos processos e mecanismos de constituição de sentidos e de sujeitos, utilizando a paráfrase e a metáfora como elementos que permitem certo grau de operacionalização dos conceitos.

As etapas do dispositivo de análise têm como percurso passar do texto ao discurso, no contato com o corpus, o material empírico. Na primeira etapa, o analista, no contato com o texto procura ver nele sua discursividade, desfazendo assim a ilusão de que aquilo que foi dito só poderia sê-lo daquela maneira. Torna-se fundamental neste momento o trabalho com paráfrases, sinonímia, relação do dizer e não dizer. Na segunda etapa, a partir do objeto discursivo, o analista vai pensar uma análise que procura relacionar as formações discursivas distintas, que podem ter-se delineado no jogo de sentidos visualizado pela análise do processo de significação (paráfrase, sinonímia etc.) com a formação ideológica que rege essas relações. Atinge-se assim a constituição dos processos discursivos responsáveis pelos efeitos dos sentidos produzidos naquele material simbólico, da qual a formulação o analista partiu (ORLANDI, 2009).

Feita a análise, não é sobre o texto que falará o analista, mas sobre o discurso. Obtém-se como produto da análise, a compreensão dos processos de produção de sentidos e de constituição dos sujeitos em suas posições (ORLANDI, 2009).

4.6 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram considerados os aspectos éticos e legais envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE B). Na apresentação das falas, utilizou-se uma codificação para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, como G1 correspondendo ao primeiro gerente entrevistado e assim por diante até G17.

O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, protocolo nº 0984/2008 (ANEXO I).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A atuação do gerente da AB frente ao controle da TB

Os gerentes dos serviços de saúde ao atuarem na AB incorporam conhecimentos e experiências relacionados à organização e gerenciamento das ações de saúde, tornando-se sujeitos importantes para viabilizar as ações e estratégias de controle da TB. Um sujeito do estudo, ao ser questionado sobre a função de gerente e as ações de controle da TB, diz:

“...a gerência tem questões que a gente não pode fazer nenhuma, porque na realidade a gente faz a parte toda administrativa do posto”. (G11)

Uma das sequências discursivas nos indica que existe uma dinamicidade da AB no que se refere a um conjunto de ações que fazem parte da função gerencial, bem como da sua complexidade.

De acordo com a PNAB, as práticas gerenciais devem ser desenvolvidas considerando a dinamicidade do território e a complexidade das ações (BRASIL, 2007), assim a AB não deve ser compreendida a partir da agregação de tecnologias leve-duras e duras, mas também por meio das tecnologias leves.

Na segunda sequência discursiva o sujeito se apropria do discurso coletivo que remete a idéia de que existe uma eleição dentre as práticas gerenciais, para as práticas reconhecidas socialmente no desempenho dessa função.

O estudo de Protti (2010) corrobora com este estudo ao apontar que a falta de uma participação ativa junto às ações de controle da TB parece direcionar para uma gerência centrada em tarefas burocráticas e administrativas, comumente incorporada no cotidiano de trabalho dos gerentes dos serviços de saúde da AB. No entanto, do ponto de vista estruturante do trabalho da gerência, identificou-se no presente estudo o reconhecimento pelo gerente da não realização de ações de controle da TB devido às *formações imaginárias* (ORLANDI, 2009) decorrentes da função de gerência.

Outro sujeito do estudo justifica seu baixo desempenho gerencial no controle da TB circunstanciado nas questões burocráticas, também ao ser questionado sobre a função de gerente e as ações de controle da TB.

“Eu acho que tem um papel importante na medida de você, talvez tentar direcionar, organizar alguma ação para fazer esse diagnóstico precoce. Mas às vezes o que eu sinto é isso, às vezes é tanta coisa que a gente fica absorvida na unidade, que isso acaba é prejudicando um pouco ... eu acho que falta talvez tempo para estar viabilizando essas ações”. (G3)

Depreende-se na fala do sujeito que a questão formulada provoca no mesmo uma reflexão sobre as ações de controle de TB como parte de suas funções gerenciais. Essa compreensão é possível ser percebida na medida em que se produzem sentidos de incerteza do seu posicionamento nesse contexto.

Os relatos supracitados estão permeados pela formulação do *interdiscurso* (ORLANDI, 1996) que esta constituído por construções histórico-sociais da função gerencial ligadas as ações administrativas. As influências das correntes administrativas tradicionalistas encontram-se fortemente impregnadas nas ações gerenciais que, constituem em sua maioria, atividades administrativas burocráticas mais ligadas às questões operacionais do trabalho nas unidades de saúde (JORGE et al., 2007 e WEIRICH et al., 2009).

Essas *condições de produção* (ORLANDI, 2009) do discurso sobre a função gerencial nos instigam pensar sobre a dedicação exclusiva a este cargo. Segundo Motta (2001), grande parte dos profissionais que atuam nessa função não deixam de exercer sua função de origem, dedicando pouco tempo à gerência e até mesmo assumindo-a com certa frustração devido à concepção burocrática que têm dela.

Diante disso, a não dedicação exclusiva ao cargo de gerente, pode ser identificada no relato a seguir, quando questionado se participava de algum treinamento com a equipe.

“Aí não. É a equipe; até porque eu não tenho tempo. Eu fico aqui um período pequeno do dia, e o resto eu to lá na (Função de origem). Mas a equipe faz o treinamento”. (G1)

Nesse contexto, essa falta de tempo pode estar o colocando como membro externo a equipe, reforçando uma posição diferenciada da mesma, bem como a não inclusão como sujeito do processo gerencial. Essa não dedicação exclusiva implica em dificuldades nos processos de comunicação e aprendizagem na equipe, à medida que este ocupa a posição desta.

A atuação dos gerentes permite identificar que “pensar” a operacionalização das ações locais de controle da TB podem estar comprometidas na medida em que, de fato, estes gerentes têm dificuldades de ser porta-vozes para o desenvolvimento dessas ações, dada sua pouca inferência nestas discussões, o que compromete a organização dos serviços sob sua responsabilidade (PROTTI, 2010).

Diante da carência de dedicação exclusiva no cargo de gerente na AB, que nos levou a compreender que este aspecto pode influenciar diretamente no modo de operacionalização das ações gerenciais e na dinâmica do processo de trabalho das equipes no controle da TB; destaca-se ainda no presente estudo, a correlação do desempenho gerencial com a formação profissional alinhada ao modelo médico-hegemônico.

(Função de gerente e as ações de controle da TB) *“Porque eu como gerente você vê, tenho que resolver mil coisas, eu acho que eu como gerente médica, eu acho que poderia, teria o potencial até maior de desenvolver coisas desse tipo, mas a parte burocrática extravasa”*. (G10)

O gerente aponta que sua formação possibilita a melhoria das ações gerenciais, necessárias para atuação na AB no controle da TB, o que nos remete as *formações imaginárias* (Orlandi, 2009) do modelo médico-hegemônico, que privilegia a posição do médico.

Nesse sentido, Rodrigues; Araújo (2010) nos expõe que uma implicação séria do modelo médico-hegemônico é o entrave existente da submissão dos outros profissionais da equipe à lógica dominante da ação médica, a qual empobrece consideravelmente o seu núcleo cuidador, no qual, atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves. Cabe destacar ainda que para Sousa (2007), o PSF não conseguiu ao longo de sua trajetória de implantação e implementação, ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico-hegemônico nas políticas públicas de saúde no Brasil.

Essa compreensão nos remete reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde, humanizado, pressupõe uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas por parte dos profissionais atuantes, que se expressam no campo da cooperação, pelo conhecimento ético, pela destreza nas relações interpessoais, pelo conhecimento institucional e pela compreensão do processo de trabalho; no campo da direcionalidade técnica, pelo conhecimento técnico-científico, da clínica, do planejamento e ainda o conhecimento sobre gerência e supervisão dos serviços (SOUZA et al., 2001).

Para a construção de um novo modelo de saúde, destaca-se a necessidade de se conhecer a postura dos gerentes sobre as doenças priorizadas na AB, dentre elas a TB.

O depoimento seguinte evidencia a postura profissional do gerente frente ao controle da TB, quando questionado sobre a frequência de treinamento para doença.

“... não tem necessidade de ser mensal. Esse treinamento não muda muita coisa. Diagnóstico de tuberculose e tratamento não mudam. Então com o passar de muitos anos, ai costuma surgir alguma novidade no tratamento”. (G1)

O desconhecimento da periodicidade dos treinamentos sobre a doença implica em negar a dinamicidade do processo de adoecimento pela TB, essa característica estática da doença, conforme relatado, não permite contextualizá-la a processos que são mais determinantes para a ocorrência ou não da mesma. Identifica-se também a não incorporação do planejamento das ações gerenciais na AB, levando o gerente não perceber a necessidade de utilização de ações de controle da TB.

Quando questionado se realizava alguma atividade junto à equipe, diz:

“Não, eu sou. Existe uma parte burocrática que não permite você caminhar, você ir atrás, você fazer essas coisas”. (G7)

Há a justificativa que a posição de gerente o impede de se reunir com os demais membros da equipe, indicando a depreciação de momentos junto à equipe e não identificação da TB como doença que deve ser abordada na AB.

O gerente da AB deve possuir conhecimentos necessários para promover junto a outros profissionais, a gerência do cuidado de saúde, a organização da sua prática com base nos princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde a fim de responder as demandas individuais e coletivas de forma planejada, organizada, humanizada e resolutiva (MONROE et al., 2008).

Os gerentes apontam a incipiente qualificação dos profissionais que atuam na AB, onde se observam formações discursivas que não incorporaram as ações gerenciais de controle da TB e o próprio conhecimento da doença.

(Busca de sintomáticos respiratórios na comunidade) *“Cada enfermeira vai ter uma atenção maior ou não para uma determinada doença. Não porque uma seja mais importante que a outra, mas pela própria formação de cada profissional em cima disso, pela própria preocupação que cada profissional tem especificamente” (G4).*

Identifica-se o negligenciamento da doença nos microprocessos de trabalho, pouco criativos que se reproduzem no âmbito da gerência, através da culpabilização do outro e da focalização dos profissionais, que promovem identificação por determinado programa.

(Discussão do gerente com a equipe sobre a TB) *“UBS é, o que se trabalha dentro da UBS é mais restrito, têm vários problemas, vários programas. Agora não sei. Eu como gerente assim, a gente tem uma noção, não especifica disso daí”.* (G7)

O gerente não valoriza que a TB deve ser abordada na AB, indicando que ela é só mais um programa da secretaria, que não chega a atingir uma importância para ser inserida na UBS, demonstrando não ter conhecimento dos programas a serem abordados nos serviços de saúde.

Há o reconhecimento pelo gerente de que os profissionais atuantes na AB encontram-se indispostos para se atualizarem quanto a TB.

(Função de gerente e as ações de controle da TB) “Os profissionais, especialmente aqueles profissionais que já estão há bastante tempo trabalhando na Unidade, fazendo sempre aquele mesmo serviço, o que eu sinto é que há sempre, não é nem rejeição, mas uma dificuldade muito grande, em ouvir, participar, de se atualizar em relação à Tuberculose”. (G8)

Identifica-se uma grande dificuldade de se trabalhar com a temática da TB na AB, associada pelo não reconhecimento da gravidade da doença, não havendo nada de novo para se discutir sobre a mesma. O gerente assume a posição de sujeito tarefeiro e não de sujeito produtor das ações de controle da TB, o que indica a necessidade de se realizar educação permanente na AB, para um melhor reconhecimento da doença e das ações a serem produzidas para o atendimento das necessidades da população.

A qualificação profissional proporcionada por meio da educação permanente é um importante requisito no contexto da AB, pois promove autonomia, habilidade técnica e interpessoal, criatividade, qualidade e a humanização necessária para que as equipes de saúde tenham condições de planejarem e gerenciarem a assistência aos doentes de TB na área em que atuam (COTTA et al., 2006).

Corroborando com Cotta et al. (2006) o Ministério da Saúde (2010), nos traz que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a transformar e a qualificar a atenção à saúde, auxiliando os gestores municipais a identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e, construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social no setor, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva.

5.2 Percepção dos gerentes quanto à TB na AB

De acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, a qual aprova a PNAB, destaca que os profissionais, devem, entre outras atribuições, conhecer o território em que atuam com o intuito de desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação de ações, realizados com base no diagnóstico situacional da área de abrangência do serviço de saúde, utilizando dados epidemiológicos para a programação das ações, reconhecendo as necessidades a serem trabalhadas, realizando a articulação com outros níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

A posição do gerente frente ao reconhecimento dos principais problemas de saúde encontrados em sua unidade pode ser identificada no relato seguinte:

“São tantos os problemas, vou ver os que eu poderia indicar para você. Nós temos as doenças crônicas como a hipertensão e diabetes, que tem uma prevalência bastante alta aqui na região, a dengue (...) Basicamente são esses que mais chamam a atenção no dia a dia” (G4).

A fala do gerente recai sobre problemas que são de domínio *latu sensu* ou geral, doenças prevalentes que afetam tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, assim como o caso da dengue, o qual se constitui como problema de saúde pública no âmbito local há vários anos. O gerente procura se isentar de incorrer no erro na medida em que essas doenças já são incorporadas ou naturalmente esperadas para o contexto local, não direcionando seu olhar sobre o seu território, não incorporando os conhecimentos da epidemiologia como instrumento gerencial no reconhecimento das doenças prevalentes de seu território. Isso evidencia a importância de capacitação gerencial para atuação na AB.

No relato seguinte identifica-se a posição do gerente quando questionado se havia algum caso de TB na unidade:

“Olha a gente, é... O pessoal da secretaria nos passa um boletim, falando quais são os casos nossos em tratamento. Acho que a última vez que foi passada, nós estávamos com 3 a 4 casos em tratamento. Muitas vezes, esses casos não são nem diagnosticados por nós, são por outros serviços, porém, como são pacientes de referência da nossa área, fica constatado como nossa área”. (G4)

A fala do gerente aponta para o *interdiscurso* (ORLANDI, 1996) na medida em que não identifica a TB como doença presente em sua área de abrangência a partir da leitura dos dados da Unidade de Saúde, mas se utiliza de uma informação fornecida pela Secretaria

Municipal de Saúde, demonstrando não percebê-la como uma doença priorizada pela AB e pela gravidade de se ter de 3 a 4 casos de TB.

Segundo Gandy; Zumla (2002) entre 16 a 20 milhões de pessoas desenvolverão TB ativa em algum período de tempo. Aproximadamente metade desses doentes será infecciosa, sendo que cada indivíduo infectará de 2 a 20 pessoas anualmente, correspondendo a um incremento de 100 milhões de pessoas infectadas a cada ano.

Evidencia-se na fala seguinte a percepção do gerente sobre a TB no município:

“A tuberculose é um problema no Brasil, não é um problema sério como na Índia, por exemplo, mas é um problema que eu acho um pouco menor que nas outras regiões, mas não é aqui em Ribeirão tão expressivo assim. (...) Aqui a prevalência não é muito alta não. Assim, é uma prevalência que esta mais ou menos contida aí”. (G1)

O sujeito se deixa levar pelo *interdiscurso* (ORLANDI, 1996), apresentando ambiguidade na fala à medida que demonstra o *deslizamento dos sentidos* (ORLANDI, 2009) ao ter uma posição sem sustentação de dados epidemiológicos.

Identificam-se contradições em sua fala ao afirmar que reconhece a TB como doença endêmica, mas por outro lado ele não traz essa visão para o cotidiano do serviço:

(Gerente em treinamento com a equipe) “... nós temos um programa de educação continuada aqui que os alunos da medicina fazem com os agentes. E nesse programa de educação sempre tem lá tuberculose. Eles vão falar de tuberculose, hanseníase; são doenças endêmicas, e que eu acho que a equipe tem que ter um conhecimento razoável para poder detectar problemas”. (G1)

O gerente relata que é uma doença sempre abordada nos programas de educação, revelando uma relação unilateral em que somente os ACS precisam ter conhecimentos sobre a TB, mas em outro momento reforça a necessidade da equipe ter conhecimento para detectar a doença, se colocando sempre como membro externo da equipe, ressaltando sua pouca inferência com as ações de controle da TB e erros na avaliação da situação da doença.

Como iniciativa local, identifica-se a necessidade de criar novos dispositivos para educação permanente, na medida em que há um modelo de educação que enfatiza a educação continuada, que parece atender a uma necessidade específica de um estágio de um curso de graduação.

Ruffino-Netto (2002) indica que erros de avaliação da tuberculose resultaram em medidas tímidas no sentido de programar e por em funcionamento todos os recursos disponíveis, sejam os conhecimentos, sejam os serviços.

Identifica-se no relato a seguir o que o gerente pensa da TB:

“Eu acho que, a gente ainda esta no século vinte e ainda existe isso (...) Porque é aquela história de que é doença de pobre, o que fica mais rotulado ainda, fica mais triste ainda. (...) o problema maior é esse rótulo mesmo que a doença adquiriu, doença de pobre, e doença de aidético” (G6).

Segundo a fala do gerente, a TB tem sido vista como uma doença reemergente, atrasada, sempre associada à outra, como a aids e, negligenciada, estando sempre associada a populações desfavorecidas e de baixa renda, com menor visibilidade, não sendo pautada por parâmetros epidemiológicos. Identificam-se *formações imaginárias* (ORLANDI, 2009) que remetem a um forte estigma, como destacam Souza, Silva e Meirelles (2010), que a TB ainda é uma doença envolta em tabus e crenças de natureza simbólica.

Estima-se que mundialmente 9% dos doentes com diagnóstico de TB são co-infectados pelo HIV. O Brasil notifica em média 85.000 casos/ano de TB, sendo que aproximadamente 8% destes são também infectados pelo HIV. Em Ribeirão Preto, SP, 15% dos casos notificados de TB estavam associados à infecção pelo HIV (SILVA, GONÇALVES, 2009). Estudos pontuais têm mostrado que essa é também uma das principais causas associadas ao óbito nessa população, evidenciando que as ações direcionadas para o controle de TB são fundamentais na efetividade das ações programáticas de HIV/aids e a luta contra a sua negligência (JAMAL e MOHERDAUI, 2007).

A negligência da TB está relacionada à percepção da mesma como doença da pobreza, sendo comum nos países de baixa renda. As doenças relacionadas com a pobreza causam altos níveis de mortalidade nos países pobres do que nos países ricos, havendo um menor investimento no desenvolvimento de pesquisas e de novos fármacos nessas regiões. Ativistas alegam que apenas 10% da pesquisa de saúde mundial se concentram nas doenças que correspondem a 90% do ônus da doença mundial, o chamado “Desequilíbrio 10/90” (STEVENS, 2008).

Em analogia, podemos dizer que esse desequilíbrio pode ser percebido neste estudo, quando não há identificação da TB como doença prioritária pela AB, estando sua presença sempre associada a outras, consideradas prevalentes, colocando a TB em uma menor visibilidade, desvalorizada e relacionada à pobreza, fatores esses que indicam a sua negligência.

Corroborando com este estudo, Monroe et. al. (2007), constatou em seu estudo a existência de descaso por parte dos gerentes municipais frente às políticas e estratégias de controle da TB, pois ela está dentre as doenças que não suscitam visibilidade política e, conseqüentemente, não representam prioridade. Portanto, para que as ações de controle desse

agravo sejam resolutivas, é fundamental que o gerente o coloque como prioridade na agenda municipal.

5.3 A percepção dos gerentes da AB sobre a operacionalização das ações para o diagnóstico da TB.

O direcionamento frequente de usuários para serviços especializados pode refletir uma baixa resolutividade da AB e desresponsabilização da mesma quanto à construção da linha de cuidado ao doente de TB. Um sujeito do estudo quando questionado sobre o percurso do doente para o diagnóstico, diz:

“Ele chega, é atendido pelos profissionais daqui. Se houver suspeita, ele vai começar a investigação aqui. E se conseguiu diagnosticar, ele é encaminhado para o centro de referência, aqui no (...), que tem tratamento da TB. Por acaso, não conseguiu fazer diagnóstico, mais a suspeita é forte, a mesma coisa, vai ser encaminhado para o serviço secundário...” (G1)

Essas *condições de produção* (ORLANDI, 2009) do discurso sobre o referenciamento dos doentes, nos indicam o *silenciamento* (ORLANDI, 2007) do descaso em se realizar a suspeita e o diagnóstico da TB na AB. Isso nos remete a idéia da fragmentação do cuidado e a centralização das ações para o diagnóstico da doença, revelando ser de difícil suspeita ao diagnóstico pelos profissionais da AB e de sequencia ao cuidado com o doente. O referenciamento contínuo do doente; demonstra uma fragilidade da AB no controle da doença, à medida que essa se caracteriza como a porta de entrada do sistema de saúde, devendo dar seguimento ao doente conforme os princípios do SUS.

A linha de cuidado expressa os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde, incorpora a idéia da integralidade na assistência á saúde (FRANCO; FRANCO, 2010).

Oliveira et al., (2009) mostra em seu estudo realizado em Ribeirão Preto-São Paulo, que o diagnóstico dos doentes de TB foi realizado principalmente em unidades de nível secundário e terciário, somando (73%) do total dos diagnósticos realizados. A AB no diagnóstico dos casos de TB apresentou um total de apenas (16%) dos casos, demonstrando uma menor representatividade. Isso nos leva a refletir sobre a necessidade de uma postura

pró-ativa do gerente da AB, para que melhorias na organização dos serviços possam ser implementadas, de forma a privilegiar o diagnóstico precoce da TB.

Segundo Franco; Magalhães Junior (2004) uma maior resolutividade da assistência prestada no nível das UBS poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, preservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na UBS, revelando a falta de informações necessárias sobre a doença, solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário.

No relato seguinte percebe-se a desresponsabilização do cuidado ao doente de TB, quando se questiona o gerente se havia algum caso de TB na unidade.

“Tem, mas quem faz isso não somos nós, é o centro de referência, inclusive eles vão, levam medicação na casa, daqui faz a busca ativa, o médico dá os primeiros atendimentos e é encaminhado, é seguido lá, não segue aqui com a gente”. (G12)

Identifica-se através de seu *interdiscurso* (ORLANDI, 1996) as *formações imaginárias* (ORLANDI, 2009) do estigma da doença, sendo o doente encaminhado o mais rápido possível para o centro de referência, de forma a não permitir aos profissionais da unidade nenhum vínculo com o doente, evidenciando ser favorável para este o seguimento no centro de referência, o que indica a exaltação do referido serviço de saúde por possuidor total responsabilidade pelo doente.

Para Pôrto (2007), as representações sociais da TB provocam a estigmatização do doente e seu consequente isolamento. Concordamos com o autor ao ressaltar que a persistência da estigmatização da TB e do tuberculoso constitui um sério entrave no controle da doença atualmente; sendo identificado nos relatos dos gerentes, que a forma que os serviços estão organizados constitui-se como um forte entrave para o controle da doença, propiciando esses fatores, o atraso no diagnóstico da TB.

(Percurso do doente para o diagnóstico) “... depende do paciente vir à Unidade, e os casos que as agentes desconfiam, elas passam para a gente e a gente solicita para vir ou fala para a Vigilância, faz uma visitinha. Mas não, mais é o paciente fazer a parte dele mesmo também”. (G10)

O relato acima nos indica que o serviço se organiza com base na demanda espontânea, não apresenta uma postura pró-ativa relacionada à busca de Sintomáticos Respiratórios (SR) na comunidade. Há em seu *interdiscurso* (ORLANDI, 1996) a responsabilização do doente

perante seu estado de saúde e a necessidade do mesmo procurar os serviços de saúde para ter suas necessidades atendidas.

Não são identificadas ações de vigilância em saúde realizadas pelos gerentes da AB, com a não utilização de dados epidemiológicos para processos decisórios como ações de busca de SR para o controle da TB e sim a dependência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) passar os casos para que alguma ação seja realizada em benefício da população.

A nova denominação vigilância em saúde e o fato de a SVS localizar-se formalmente no mesmo nível organizacional da estrutura responsável pela área de assistência à saúde, são indícios do desejo de superação das dicotomias entre preventivo e curativo e, entre individual e coletivo, e das fragmentações entre práticas que dificultam a construção da integralidade do modelo assistencial vigente (BRASIL, 2006).

(Busca de SR) “...se você for ver o índice de colher material, o meu é baixo, porque sai a gente no sistema, quanto que colheu de escarro e tudo. Agora eu tenho conversado com as enfermeiras sobre isso e elas falam que assim, não estão vindo, por isso que é baixo ... só que é assim, a gente tem muita coisa da unidade para fazer. Às vezes, acaba descuidando um pouco de algumas coisas, e talvez isso, a gente acaba não tendo muita perna ... e a gente esta com diminuição do quadro de funcionários, saiu uma enfermeira e não tivemos outra para repor, então são algumas dificuldades que a gente encontra também”. (G3)

Nas primeiras sequências discursivas o gerente tenta argumentar que o baixo número de coleta de baciloscopia como sendo um trabalho que não é da sua competência, estando o doente mais uma vez sendo responsabilizado pelo não cumprimento das ações de controle da TB. O relato acima corrobora com o estudo de Gaviria et al. (2010), realizado em Medellín, Colômbia, com os profissionais dos serviços de saúde, onde se destaca que a baixa prescrição de baciloscopia reduz as oportunidades diagnósticas da TB e, por se tratar de uma doença endêmica e de alta prevalência, se faz necessário que os profissionais de saúde possuam conhecimentos básicos, adotando uma postura ativa na detecção precoce da doença.

Nas sequências discursivas que se seguem, o gerente reconhece o descuido do serviço perante a busca de SR em relação às outras ações que se fazem necessárias na AB, justificada pela sobrecarga do trabalho das enfermeiras, e a falta de recursos humanos, tornando-se estes empecilhos para o cumprimento das ações de controle da TB.

Na AB, a falta de recursos humanos pode resultar na sobrecarga de funções entre os profissionais e comprometer a capacidade resolutiva dos serviços. Esta sobrecarga de funções também pode ocorrer pela designação de múltiplas atividades, programas e tecnologias para a AB sem o adequado preparo e perfil profissional, dificultando a sensibilização e organização

do processo de trabalho nesses serviços para incorporarem as ações de controle da TB (MONROE et al., 2008).

A AB no relato seguinte é mais uma vez exposta à necessidade de reorganização das ações de controle da TB, quando questionado o gerente sobre o que poderia estar atrasando o diagnóstico.

“...às vezes quando vai no PA, onde os profissionais também não tão, sabe assim, tão alertas para o diagnóstico da Tuberculose, então ele vai lá com várias queixas, uma das queixas pode ser tosse, mas não é feito essa busca ativa, entendeu? Então o diagnóstico, a dificuldade do diagnóstico é você sabe, colher essas amostras, de você suspeitar e colher, tem essa dificuldade”. (G13)

Há o reconhecimento na fala do gerente pela desatenção dos profissionais em relação a TB, estando seu *interdiscurso* (ORLANDI, 1996) permeado pelo não reconhecimento da doença nos serviços, o descaso da mesma e, a não realização do diagnóstico na AB, indicando que nem os profissionais do PA estão atentos para a TB. Evidencia-se que o gerente relaciona a dificuldade dos profissionais a suspeitarem da doença, realizar a coleta de material para baciloscopia e o atraso no diagnóstico da doença.

A baixa coleta de material para baciloskopias é abordada no relato seguinte, estando associada ao doente, quando o gerente foi questionado sobre o diagnóstico da TB.

“... a gente orienta as pessoas, muitos negam (Baciloscopia), muitos; você fala: mas o senhor podia colher aqui só para a gente saber se não tem nada sério; eles não querem colher, eu já presenciei vários que negam a coleta”. (G9)

No relato o gerente se isenta da responsabilidade pelo baixo índice de coleta de material e, indica o doente como o responsável, estando *silenciados* (ORLANDI, 2007) na fala, atributos com o medo, que os doentes têm em relação à doença. Para Pôrto (2007), metaforizações ou silêncio em torno da tuberculose justificam-se não só pelo pavor da morte por ela projetada, mas, em particular, por se tratar de algo tido como “de mau presságio, abominável, repugnante aos sentidos”.

De acordo com o relatório de gestão de Ribeirão Preto/SP, ano de 2009, havia a meta de atingir 5.500 baciloskopias e manter a implementação da busca ativa de SR; foram realizadas 2.252 baciloskopias durante o ano, e capacitação das UBS e dos ACS (RIBEIRÃO PRETO, 2010b); dados que demonstram uma provável redução do diagnóstico de doentes da forma bacilífera, destacando a necessidade de investimentos na organização dos serviços de saúde da AB e qualificação profissional.

O diagnóstico da TB é reconhecido pelo gerente como difícil, quando questionado sobre como percebe a doença.

“É uma coisa assim de difícil diagnóstico, eu falo difícil porque as pessoas não pensam que é tuberculose, pensam em várias e acabam deixando passar a tuberculose que poderia ter sido feito diagnóstico numa área primária e aí vai se fazer o diagnóstico quando o cara já está internado, já mal, em UTI... Agora, atualmente, o povo está preocupado com gripe suína, Gripe A, então tossiu muito aqui todo mundo diz é gripe A, põe uma máscara e esquece da tuberculose porque atualmente acho que está esquecida mesmo”.(G9)

Uma das sequências discursivas nos indica o atraso no diagnóstico da TB, associado a não identificação da doença pelos profissionais dos serviços de saúde da AB e revela o reconhecimento do gerente pela necessidade de se realizar o diagnóstico da doença na AB. Para Oliveira et al., (2009), a demora na realização do diagnóstico da TB pode ser verificada por meio das formas avançadas da doença com que estes doentes são encontrados, na maioria das vezes hospitalizados devido à caquexia e mal estado geral, o que demonstra a necessidade de se fazer com que os serviços da AB se responsabilizem pela identificação precoce dos SR.

Outra sequência discursiva nos indica a atenção dos profissionais voltada para as doenças sazonais, os fazendo esquecer-se de associar os sintomas das demais doenças com a TB, resultando no não reconhecimento da TB como doença priorizada na AB.

A não identificação da TB na AB pode ser observado também no relato seguinte, quando um gerente destaca o que pode atrasar o diagnóstico da TB.

“... banalizou também essa história de exame, porque ficou tudo no exame, e aí perdeu o olhar clínico no paciente... porque pedir tanto exame, porque pedir exame desnecessário, e às vezes nesse aporte de querer economizar, deixa de pedir o exame que é importante, que é barato. Um diagnóstico fácil e barato”. (G6)

Destaca-se que os usos de tecnologias de maior densidade tecnológica estão sendo cada vez mais valorizadas na AB, contradizendo a PNAB que prioriza o uso de tecnologias leves, de elevada complexidade e baixa densidade (BRASIL, 2006).

Identifica-se nos seguintes relatos que o uso de tecnologias duras continuam sendo valorizadas e, em consequência desta ação a negligência da clínica.

(Insumos para o diagnóstico) *“Normal você consegue bem (raio-x e potinhos de escarro). Só o PCR que você não consegue fazer aqui, aí você teria que passar por um centro especializado que vai solicitar... o que fecha, o que tem maior sensibilidade, é o PCR; é um exame caro”.* (G1).

Revela-se no discurso dos gerentes a valorização do uso de recursos de elevada densidade tecnológica e de alto custo para o diagnóstico da TB, como a reação em cadeia de polimerase (PCR), mesmo havendo disponíveis insumos economicamente mais viáveis.

O PCR é considerado um método alternativo, apresenta rápido diagnóstico, considerado de boa especificidade e sensibilidade e é também usado para uma variedade de investigações epidemiológicas com a finalidade de identificar uma infecção exógena recente ou a reativação endógena da doença. Esse método encontra restrições devido a seu alto custo, o que dificulta a sua utilização nos países em desenvolvimento (FERREIRA et al., 2005).

(Diagnóstico da TB) “... o diagnóstico sempre começa pela suspeita, pelos sinais e sintomas. O doente que refere emagrecimento, sudorese noturna, contato com alguém que já tinha tuberculose bacilífero. Ai a gente começa a investigar... na investigação a gente passa o raio-x de tórax...” (G1).

Evidencia-se a não identificação da tosse como sintoma clássico da doença, sendo o raio-x de tórax, método mais utilizado para o diagnóstico, o que ressalta a baixa solicitação de baciloscopia, método rápido, de baixo custo e priorizado a todos os casos suspeitos de TB pulmonar (BRASIL, 2002).

Os relatos acima identificados corroboram com o estudo de Gaviria et al. (2010), onde se identificou entre os profissionais de saúde uma baixa resposta correta dos fatores de risco para TB, 88,8% ignoraram que a perda de peso não é comum nas fases iniciais da doença; 50,6% disseram que nem todos os doentes com TB pulmonar têm tosse, apenas 70,8% sabiam que uma radiografia de tórax normal não exclui diagnóstico de TB e apenas 57,3% sabiam que um doente sintomático respiratório com três culturas de escarro em série sem ser detectados bacilos positivos a suspeita clínica persiste.

Ainda segundo o estudo de Gaviria et al. (2010), para apenas sete dos dezenove doentes foi indicado a baciloscopia em primeiro lugar, uma vez que uma consulta com sintomas respiratórios, para nove doentes foram prescritos outros, como radiografia de tórax, hemograma e endoscopia, e os três restantes não foram solicitados qualquer medida de diagnóstico.

O Conhecimento insuficiente para o diagnóstico da TB é um dos fatores relacionados com os profissionais dos serviços de saúde que pode influenciar o atraso no diagnóstico e atendimento ao doente. Identifica-se a necessidade dos serviços se organizarem visando o diagnóstico clínico, valorizando a busca de sintomáticos e aperfeiçoamento dos membros da equipe para uma melhor utilização dos métodos disponíveis, identificando assim a necessidade de se solicitar métodos que propiciem um diagnóstico rápido e precoce da TB.

5.4 A percepção dos gerentes da AB sobre o atraso no diagnóstico da TB

O atraso no diagnóstico da TB contribui para a persistência da cadeia de transmissão e perpetuação da doença. O desempenho em termos de diagnóstico de casos na comunidade e nas diferentes unidades de saúde pode ser resultante de aspectos relacionados ao doente, aos profissionais dos serviços e/ou ao sistema de serviços de saúde.

Um sujeito do estudo quando questionado se havia dificuldade para o diagnóstico da TB, diz:

“O diagnóstico de tuberculose é sempre difícil, mas isso aí não tem nada a ver com o serviço. É próprio da doença, O bacilo como ele é difícil de ser encontrado, mesmo estando em fase bacilífera, tanto na bacterioscopia quanto na cultura, talvez demore fazer o diagnóstico por causa disso”. (G1)

Para o gerente, o atraso no diagnóstico é atribuído as características do agente etiológico da TB. Ressalta-se que na pesquisa do bacilo para o diagnóstico da doença, a baixa qualidade da amostra biológica coletada pode dificultar o diagnóstico da TB. Uma boa amostra de escarro é a que provém da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse, e não a que se obtém da faringe ou por aspiração de secreções nasais, nem tampouco a que contém somente saliva. O volume ideal é de 5ml a 10ml (BRASIL, 2010).

Dificuldades de se coletar material para baciloscopia podem ser identificadas quando se questionou o gerente como ocorria à coleta.

“... às vezes se ele não tiver tosse também na hora, não conseguir escarro não adianta, você manda colher em jejum, duas em jejum.. Tem que ter a secreção, não pode colher saliva, mas a gente, às vezes que nós colhemos nós tivemos sucesso, ou era tuberculose ou não era, ... às vezes pede pro paciente colher, ele não traz a amostra, isso acontece também. Muitos pacientes você pede pra colher, aí ele fala que ele não consegue, não conseguiu, sabe? Não volta mais também”. (G13)

No relato, há a isenção da responsabilidade por parte dos gerentes de que o serviço de saúde realize mal a coleta de material para baciloscopia, sendo atribuída ao doente a responsabilidade por não se conseguir uma boa amostra, demonstrando que este não se responsabiliza pela própria saúde à medida que deixa de retornar ao serviço para entregar a segunda amostra. Pressupõe-se que melhorias nos métodos de coleta devam ser estabelecidas, como orientações adequadas ao doente e qualificação profissional para a realização dos procedimentos.

O estudo revela no discurso do gerente, questionado se havia atraso no diagnóstico, a atribuição deste ao doente.

“Eu acredito que deve ter, porque não é assim, se a gente às vezes espera essas pessoas virem, mas aí elas não vem por N motivos. Pensa que é um resfriado, qualquer coisa que vai melhorar, tomam um xarope, então a gente não sabe. Então esse retardo naturalmente ele vai acontecer mesmo”. (G3)

Identifica-se na fala, a falta de conhecimento da população sobre a doença e o receio de procurar a AB para o diagnóstico, podendo este estar relacionado ao estigma da doença, a automedicação e a fatores desfavoráveis de acesso da população aos serviços, como apontam Scatena et al. (2009) que há na população o hábito cultural pela procura por serviços de emergência para o primeiro atendimento médico, independentemente da gravidade do caso; a visão hospitalocêntrica, curativista que, com frequência, promove a procura espontânea pelo serviço de referência quaternária, propiciando diagnósticos tardios.

Evidencia-se a necessidade de uma reorganização dos serviços básicos de saúde para que o diagnóstico precoce da TB seja priorizado, diminuindo assim a morbimortalidade e as internações decorrentes da doença.

O atraso no diagnóstico da TB é atribuído nos relatos seguintes aos profissionais de saúde.

(Percurso do doente para o diagnóstico) “Tem esse rem dele passar uma, duas, tem sim, volta na unidade, aí a unidade já lembrou que ele passou aqui e a coisa continua, a gente acaba trabalhando, aí a gente esta mais sensível a pedir o escarro, mais do que no Pronto Atendimento, bem mais”. (G11)

Evidencia-se a baixa suspeição diagnóstica dos profissionais de saúde frente ao diagnóstico da TB, sendo identificadas *formações imaginárias* (ORLANDI, 2009) do modelo de pronto atendimento, em que o doente procura o serviço de saúde, tem sua necessidade imediata atendida, não havendo responsabilização do serviço pela integralidade do cuidado. O processo de trabalho na saúde contempla atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, havendo dificuldades para incorporar a integralidade da atenção, por meio de práticas que assegurem também a inclusão de ações educativas e promotoras de saúde (BRASIL, 2003).

As práticas educativas na saúde, neste estudo, parecem ser incipientes e distantes da realidade dos serviços. O gerente comenta ao ser questionado sobre o que poderia atrasar o diagnóstico.

“Acho que até porque, a gente coloca cartaz na unidade, mas muitas vezes as pessoas acabam não indo muito atrás para ver, pelo menos não na unidade básica, não sei particular. Eu não tenho conhecimento também”. (G3)

Identifica-se a falta de práticas educativas junto à comunidade, com grupos de discussões de doenças e vínculo dos profissionais com a população, para que seja garantida a busca pelos serviços de saúde e, evitando-se assim a reprodução do estigma da TB, presente no *interdiscurso* (ORLANDI, 1996) do gerente, podendo esse estar presente na comunidade, como um dos problemas enfrentados pelos doentes, estimulando a exclusão social dos mesmos. Eastwood e Hill (2004) apontam que a educação sanitária é obrigada a fornecer conhecimentos básicos sobre a doença para que haja a redução do estigma.

As diferentes formas de educação em saúde realizadas na AB não parecem ter sido apropriadas tanto pela população quanto pelos serviços de saúde, o que pode ser observado no relato seguinte, ao se questionar o gerente sobre como ele percebe a TB no município.

“... eu acho que em todo lugar o diagnóstico está atrasado, não só em Ribeirão, mas acho que está precisando implementar outras ações para fazer o diagnóstico na área primária, na atenção básica que somos nós... você faz a campanha de tuberculose uma vez no ano, só aquele. Naquele mês você tem que colher escarro, todo mundo está ativo para aquilo, para a campanha de TB, aí passa um mês e acabou a coleta? Não, tem que continuar isso, mas aí dá uma esfriada”. (G9)

O gerente demonstra não incorporar as ações destinadas ao controle da TB na AB, revelando em suas *formações imaginárias* (ORLANDI, 2009) que as ações já estabelecidas não conseguem um bom resultado na AB, mas ele se contradiz na segunda sequência discursiva ao identificar que os serviços de saúde devem dar seguimento a estas ações, e reconhece que esses não dão continuidade às ações de controle da TB.

As ações de controle da TB na AB parecem estar sendo negadas pelos profissionais dos serviços de saúde, remetendo assim a um atraso no diagnóstico; como se pode identificar quando o gerente foi questionado sobre o que poderia atrasar o diagnóstico.

“Eu acho que existe, talvez seja tentar haver assim uma maior conscientização dos profissionais em estar sempre alerta em relação a essa doença... são tantos problemas que aparecem para os profissionais que isso às vezes fica assim, fica meio, como se diz, uma informação fica meio escondida... existe uma demanda muito grande de pacientes com vários problemas de saúde e que muitas vezes alguns casos podem estar passando despercebidos pela gente”. (G4)

Depreende-se na fala do sujeito que a questão formulada provoca no mesmo uma reflexão sobre as ações de controle de TB e as ações realizadas pelos profissionais na unidade de saúde que gerencia. Essa compreensão é possível ser percebida na medida em que o

gerente tenta justificar a não realização dessas ações pela grande demanda de problemas de saúde na unidade, o que provoca a não atenção aos doentes de TB, ocorrendo o atraso no diagnóstico da doença.

Este atraso pode também estar relacionado ao descaso que os profissionais de saúde apresentam frente ao diagnóstico da TB, quando se questiona o gerente se a equipe foi treinada para fazer este diagnóstico.

“Não, a nossa equipe é de certa forma um pouco é, não digo desligada, mas o pessoal não tem essa vivência ou essa preocupação. No dia a dia, sabe? Estar atento a qualquer sinal, ou queixa do paciente. A gente tem os funcionários, eles sabem os sinais. Olha, eu acredito que há uma certa, não digo distância, mas os próprios funcionários não estão muito ligados”.(G8)

Há o reconhecimento pelo gerente da desresponsabilização dos profissionais quanto ao diagnóstico da TB, estando *silenciado* (ORLANDI, 2007) na fala, o negligenciamento da TB no cotidiano dos serviços. Para Ruffino-Netto (2000), por muito tempo as ações de combate à TB foram relegadas em segundo plano, por ser considerada como um problema sob controle, estando desta forma o controle da TB fortemente negligenciado pelos serviços de saúde.

A negligência da TB também pode ser identificada no relato seguinte, ao gerente associar os fatores que contribuem ao atraso no diagnóstico.

“... você tem um paciente que ta, sabe que ta com HIV, então ele vem tossindo, então é uma possibilidade grande dele ter Tuberculose. Você pode pegar um determinado tipo de paciente, paciente hígido, tem uma história, às vezes o profissional na hora pode não associar, mas isso vai da formação, isso é momentâneo, eu acho que pode causar um retardo”.(G14)

Há na fala, *formações imaginárias* (ORLANDI, 2009) que remetem ser a TB, doença relacionada a pessoas imunodeprimidas, menos favorecidas socialmente, fisicamente comprometidas, fatores estes que possibilitam os profissionais não desconfiarem de TB em um paciente hígido, propiciando o atraso no diagnóstico da doença.

A compreensão e produção dos sentidos dos discursos dos gerentes da AB nos levaram ao reconhecimento dos fatores relacionados ao atraso no diagnóstico da TB, estes podem ser visualizados na figura 2.

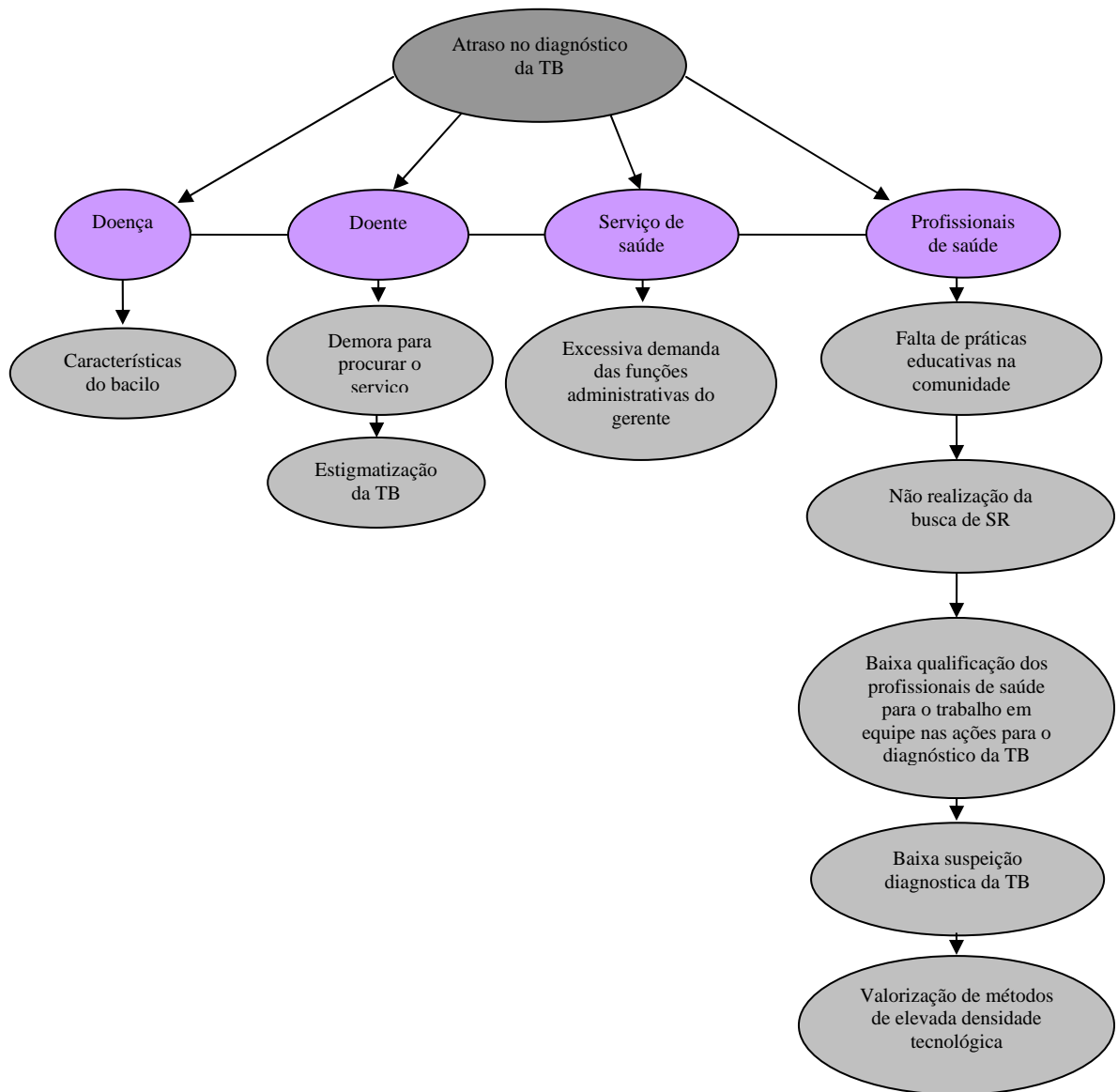


Figura 2. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico da TB na AB

A identificação destes fatores pode ajudar os gerentes da AB a reorganizarem os serviços de saúde de forma a pensarem alternativas para realizar o diagnóstico precoce da TB, a fim de que haja o controle da doença e melhoria da atenção prestada aos usuários do SUS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao contextualizar as condições de produção dos relatos dos gerentes da AB, no que se refere a TB, em formações discursivas, empreende-se a produção dos sentidos dos discursos dos gerentes.

O estudo apontou contradições da prática gerencial na AB no que se refere à PNAB para o controle da TB. Os desafios para a incorporação da TB como doença priorizada na AB incluem, além da reorganização dos serviços de saúde com uma postura pró-ativa do gerente, a maior dedicação do gerente a sua função gerencial, como medida para garantir a formação e capacitação permanente dos profissionais na temática da TB. Destaca-se o papel do gerente na articulação das ações de controle da TB na AB com os profissionais de saúde, a fim de promover uma maior visibilidade desta no contexto da Saúde Pública, criando mecanismos para a diminuição de seu estigma e negligência.

Nas formações imaginárias dos gerentes da AB, acerca do diagnóstico da TB, encontram-se sinais de negligência da doença nos microprocessos de trabalho, bem como a não identificação da mesma como prioritária nas ações de enfrentamento da AB. Essa questão associada à baixa qualificação dos profissionais de saúde para o diagnóstico da doença e o estigma apresentado pelos doentes, dificultam o diagnóstico da TB, o que pode contribuir para o atraso do mesmo.

O estudo sugere um compromisso sanitário do gerente da AB que supere as ações técnicas-burocráticas tradicionais, melhorias nas ações de busca de SR, abordando a vigilância em saúde, com apropriação da integralidade do cuidado. Há necessidade de compor um perfil pró-ativo com capacidade técnica-política capaz de oferecer a esses atores, elementos constitutivos para desenvolvimento de uma prática gerencial em consonância com a PNAB.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. N. **O envolvimento dos gestores de saúde na implantação da estratégia DOTS nos municípios prioritários para o controle da tuberculose na Paraíba.** 2006. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br>. Acesso em: 3 nov. 2010.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 835-40, 2007. Especial.

ARCÊNCIO, R. A. et al. Strategies for TB patient compliance to DOT in priority cities in São Paulo State Brazil (2005). **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 12, n. 5, p. 527-31, 2008.

BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1349-56, set.-out. 2005.

BARREIRA, D.; GRANGEIROS, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 4-8, 2007. Suplemento 1.

BATAIERO, M. O. **Acesso, vínculo de adesão ao tratamento para a tuberculose:** dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde. 2009. 249 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BERTUSSI, D. C.; ALMEIDA, M. J. **A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde:** Projeto Gerus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-12, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica Secretaria de políticas de saúde. Programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose:** cadernos de atenção básica. 6. ed. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. 2. ed. Brasília, DF, 2006a. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**. Brasília, DF, 2006b. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2007a. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. 2007b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 7 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em saúde. **População residente no estado de São Paulo**. 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em: 4 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Co-gestão**. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc>. Acesso em: 4 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educação permanente em saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf>. Acesso em: 22 set. 2010.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

COSTA e SILVA, L. I. M.; PEDUZZI, M. Análise da produção científica sobre recursos humanos de enfermagem no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, p. 36-42, 2006.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 7-18, jul./set. 2006.

II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE: Diretrizes brasileiras para tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 30, 56 p, 2004. Suplemento.

DUSSALT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

DYE, C. et al. **What is the limit to case detection under the DOTS strategy for tuberculosis control**. Communicable Diseases. Geneva: World Health Organization, 2003. p. 35-43.

EASTWOOD, S. V.; HILL, P. C. A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 8, n. 1, p. 70-5, 2004.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2 p. 89-96, 2003.

FAÇANHA, M. C. et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 35, n. 5, p. 449-54, 2009.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1541-52, 2009. Suplemento 1.

FERREIRA, A. A. A. et al. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 142-9, 2005.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: Uma proposta de reorganização da rede de saúde. 2010. Disponível em: < <http://www.professores.uff.br>> Acesso em: 24 ago. 2010.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: A organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 296.

GAVIRIA, M. B. et al. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de La tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia. **Revista Panamericana Del Salud Publica**, Washington, DC, v. 27, n. 2, p. 83-92, 2010.

GANDY, M.; ZUMLA, A. The resurgence of disease: social and historical perspectives on the new tuberculosis. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 55, p. 385-96, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 46.

HABIBULLAH, S. et al. Diagnosis delay in tuberculosis and its consequences. **Pakistan Journal of Medical Sciences Quarterly**, Karachi, v. 20, n. 3, p. 266-9, 2004.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, S331-S336, 2004. Suplemento 2.

HUONG, N. T. et al. Delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis patients in Vietnam: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v. 7, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa populacional 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 104-10, 2007.

JORGE, M. S. B. et al. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 1, p. 81-6, jan.-fev. 2007.

LAVOR, A.; MENEZES, K. T. “Não existe mau doente, só serviço ineficiente”. Entrevista com Margareth Dalcolmo. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 69, p. 21-23, maio 2008.

LEUNG, E. C. C.; LEUNG, C. C.; TAM, C. M. Delayed presentation and treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Hong Kong. **Hong Kong Medical Journal**, Hong Kong, v. 13, n. 3, p. 221-7, 2007.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 144-57, 2009.

MARINS, J. J. N. Formação e Atenção Básica de Saúde – pacto de gestão para territórios de aprendizagem. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 11-21, out. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MIRANDA, S. C. **Ações de controle da tuberculose**. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/tuberculose/relatorio.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2010.

MONROE, A. A. et al. Political Commitment to DOTS implementation and sustainability in São Paulo State (2005). In: RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Eds.). **Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features**. Brasília, DF: OPAS, 2007. p. 77-83.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-7, 2008.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. 144 p.

MUNIZ, J. N. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção da equipe de saúde**. 1999. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MUNIZ, J. N. **O programa de agentes comunitários de Saúde na identificação de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde**. 2004. 148 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

OLIVEIRA, M. F. et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo (2007). In: RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Eds.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. São Paulo: Funpec, 2009. p. 36-42.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. São Paulo: Ed. Pontes, 2009. 100 p.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. Campinas: Ed. Unicamp, 2007. 181 p.

ORLANDI, E. P. **Interpretação: Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. Petrópolis: Ed. Vozes; 1996. 150 p.

PALHA, P. F. **A sustentabilidade da estratégia do tratamento supervisionado no controle da tuberculose, segundo o contexto geopolítico histórico**. 2007. 140 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-8, 2006.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Campinas: Ed. Pontes; 1995. 276 p.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 43-49, 2007. Suplemento 1.

PROTTI, S. T. et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 665-670, set. 2010. ISSN 0080-6234. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 24 set. 2010.

RAMIRES, E. P.; LOURENÇÃO, L.; SANTOS, M. R. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. **Arquivo Ciência e Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 4, p. 205-9, out.-dez. 2004.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**: período 2010/2013. Ribeirão Preto, 2010a. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Controle da Tuberculose**. Ribeirão Preto, 2010b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>>. Acesso em: 09 nov. 2010.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. cap. 1.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Natal: UFRN, 2010. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2010.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 26, n. 4, p. 159-62, jul.-ago. 2000.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 51-8, 2002.

SALA, A. et al. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1556-64, nov.-dez. 2004.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. CVE “Prof. Alexandre Vranjac”. **Manual de orientação para coleta de amostras de escarro, e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose**. São Paulo, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. CVE “Prof. Alexandre Vranjac”. **TBWEB Sistema de Controle de Doentes com Tuberculose**. 2010. Disponível em: <<http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. CVE “Prof. Alexandre Vranjac”. **TBWEB Sistema de Controle de Doentes com Tuberculose**. 2009. Disponível em: <<http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp>>. Acesso em 19 fev. 2010.

SANTOS, M. A. P. S. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, London, v. 5, n. 25, 2005.

SANTOS FILHO, E. T. **Política de TB no Brasil: uma perspectiva da sociedade civil**. Rio de Janeiro: Public Health Watch, 2006. 85 p.

SAVICEVIC, A. J. Gaps in tuberculosis knowledge among primary health care physicians in Croatia: epidemiological study. **Collegium Antropologicum**, Zagreb, v. 33, n. 2, p. 481-6, 2009.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2009.

SILVA, C. A. **Ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Santa Rita, PB**: análise da dimensão formação profissional. 2009. 127 f. Monografia (2009) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

SILVA, H. O.; GONÇALVES, M. L. C. Co-infecção tuberculose e HIV nas capitais brasileiras: observações a partir dos dados do sistema de informação de agravos de notificação. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 172-8, 2009.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 153-8, 2007.

SOUZA, A. M. A. et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília, DF: OPAS. 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pe_completo.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2010.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, p. 23-8, 2010.

SREERAMAREDDY, C. T. et al. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 9, p. 91, Jun. 2009.

STEVENS, P. **As doenças da pobreza e o desequilíbrio10/90**. 2008. Disponível em: <http://www.fightingdiseases.org/pdf/Ch4_1090_stevens.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2010.

TERUEL, F.; CASTILLA, J.; HUETO, J. Abordaje de la tuberculosis en Atención Primaria. Estudio de contactos. **Anales des Sistema Sanitário de Navarra**, Pamplona, v. 30, p. 87-98, 2007. Suplemento 2.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação na área da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2008.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão**. 2005. 245 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VILLA, T. C. S. et al. Desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, estado de São Paulo-Brasil (2007). In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A (Org.). **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009. p. 75-83.

VILLA, T. C. S. et al. As políticas de controle de tuberculose no sistema de saúde no Brasil e implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Orgs.). **Tuberculose - Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/REDE TB-USP, 2006. cap. 2, p. 29-48.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 5-12, 2005.

WANG, W. et al. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. **European Journal of Public Health**, Stockholm, v. 17, n. 5, p. 419-23, 2007.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-57, abr.-jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. Geneva, 2009. (WHO report).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is DOTS?: a guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS**. Geneva, 1999. (WHO report).

XIMENES-NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 1. p. 36-45, jan./fev. 2008.

YIMER, S.; BJUNE, G.; ALENE, G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 5, n. 112, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

Informações gerais:

Data:

Horário:

Iniciais:

Formação:

Especialista:

Função:

Número de anos que exerce essa função:

Exerce outra função:

Tipo de unidade em que trabalha:

- 1- Quais os principais problemas de saúde encontrados em sua unidade de saúde?

- 2- Poderia comentar a respeito da TB no município de Ribeirão Preto?
- 2.1- O que você pensa sobre essa doença? Você tem conhecimento de como ela se manifesta?
- 3- Como se operacionalizam as ações para diagnóstico da TB? Os métodos diagnósticos estão disponíveis para todos os casos suspeitos?
- 4- Quando os doentes da área de sua unidade de saúde adoecem de TB, qual o percurso que ele realiza até o diagnóstico?
- 5- Na unidade que o(a) Sr(a) gerencia, possui quantos casos de TB em tratamento? Esses casos demoraram quanto tempo para serem diagnosticados?
- 6- Em sua unidade de saúde, como tem sido a participação dos profissionais na atenção a TB? Com que frequência é realizado o treinamento para TB?
- 6.1- Como tem sido a sua participação enquanto gerente na discussão dessa temática?
- 7- Comente como são planejadas as ações de busca de sintomáticos respiratórios aqui na unidade?
- 8- O que você pensa a respeito do tratamento supervisionado?
- 9- Em sua opinião, quais os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB?
- 10- O que você pensa em relação as suas funções de gerente com as ações de controle da tuberculose?

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição:_____ . Ela tem como objetivo avaliar a causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista, e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas; A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2009

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente Monalise Lemos (pesquisadora/entrevistadora).

CONTATO: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP Telefone (0XX16) 3602 3949 e.mail:palha@eerp.usp.br

ANEXO



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 012/2009

Ribeirão Preto, 05 de fevereiro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de fevereiro de 2009.

Protocolo: nº 0984/2008

Projeto: RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Tereza Cristina Scatena Villa

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP