

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO

**RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE E A INFLUÊNCIA
DOS ASPECTOS RELACIONADOS À GESTÃO**

**JOÃO PESSOA/PB
2010**

ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO

**RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE E A INFLUÊNCIA
DOS ASPECTOS RELACIONADOS À GESTÃO**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Linha de pesquisa: Epidemiologia e Saúde

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Lenilde Duarte de Sá

JOÃO PESSOA/PB
2010

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa desde que citada a fonte.

B273r Barrêto, Anne Jaquelyne Roque.

*Retardo no diagnóstico da tuberculose e a infância dos aspectos / Anne Jaquelyne Roque. -- João Pessoa: [s.n.], 2010.
124f.*

Orientador: Lenilde Duarte de Sá..

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Tuberculose. 3. Gestão em saúde. 4. Gerência.

ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO

**RETARDO NO DIAGNÓSTICO DE TB E A INFLUÊNCIA DOS
ASPECTOS RELACIONADOS À GESTÃO**

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Lenilde Duarte de Sá - Presidente

(Universidade Federal da Paraíba-UEPB)

Profª. Drª. Fátima Teresinha Scarparo Cunha – Membro

(Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro-UNIRIO)

Profª. Drª. Jordana de Almeida Nogueira – Membro

(Universidade Federal da Paraíba-UEPB)

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha – Membro

(Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade São Paulo-EERP/USP)

A minha tia **Alcina (tia Noca)** pelos seus ensinamentos que me fizeram ser uma pessoa melhor, pela simplicidade de como compreendia e levava a vida, pelo seu amor e dedicação à família, pelo exemplo a ser seguido por todos nós e, simplesmente, pelo prazer de ter vivido ao seu lado.
(in memória)

DEDICO

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha mãe **Fátima**, por todos os ensinamentos na vida e a minha sobrinha **Victória**, pela alegria em tê-la comigo, assim como pelo amor e paciência que ambas sempre depositam em mim e que me conduzem às grandes conquistas. Amo vocês!

Agradecimentos

Inicialmente, agradeço a **Deus**, meu pai, por todos os dias de minha vida, pela saúde, pela família, pelo trabalho e pelos amigos que tenho e principalmente por estar perto de mim diante das minhas angústias, tristezas, alegrias, desafios e também das conquistas;

À minha amada irmã **Anne Karine**, que embora não esteja mais entre nós, mas que sempre torceu e acreditou que eu chegaria ao lugar em que almejasse. Eu sei que onde você estiver está feliz por mais esta conquista!

Aos meus amados sobrinhos, **João Eduardo** e **Pedro Henrique** pela alegria de compartilhar momentos felizes em família e pela torcida por mais essa conquista;

À minha amiga, professora e eternamente orientadora **Dr^a Lenilde Duarte de Sá**, pelos seus ensinamentos que transpõem o saber da ciência, por sempre acreditar nas minhas potencialidades e, principalmente, por nunca ter desistido de mim. Agradeço a Deus por ter colocado você, que considero um anjo, na minha vida;

À minha tia **Severina**, meu agradecimento por ter me guiado e aconselhado diante das dificuldades da vida, o meu muito obrigado;

À minha **família**: minha tia **Montinha**, aos meus primos, meus sobrinhos por compartilharem comigo este momento de alegria na certeza que muitas outras conquistas estão por vir!

Ao meu amigo **Emanuel Nildivan**, pela sincera amizade, pelo compartilhamento das alegrias e tristezas no percurso da vida. Agradeço a Deus por tê-lo em minha convivência. Você mora no meu coração!

Aos meus amados **Pretinho**, **Marronzinho**, **Xanna** e **Lili**, pelos momentos felizes proporcionados e pela lealdade. Vocês estão e sempre estarão em minha memória. Amo vocês!

À minha amiga e por que não dizer irmã (de coração) **Nilma Farias**, com que dividi as maiores experiências, dificuldades e realizações no curso da vida. Obrigada por tê-la, novamente, no meu convívio;

Aos **meus amigos** de trabalho, especialmente a: Sandra, Sueli, Janaina, Giselle, Matheus, Paulo Manuel e Ana Cristina pelos momentos prazerosos;

Ao professor **Dr. Pedro Palha** pela valiosa contribuição no decurso desse trabalho e, sobretudo pela maneira simples com que fazia as considerações desta pesquisa, com palavras enriquecedoras e acolhedoras;

À professora **Dra. Fátima Scarparo** por toda colaboração e sugestões dispensadas para o enriquecimento do conteúdo desta obra;

À professora **Dr^a Jordana de Almeida Nogueira** por todas as considerações dadas no decurso da pesquisa tornando-se fundamentais para o aprimoramento e conclusão deste estudo;

Aos **professores do mestrado** pelo acolhimento, amizade e pelas enriquecedoras discussões que proporcionaram a construção de preciosos conhecimentos;

À minha querida coordenadora **Nereide Virgínio** por sempre confiar no meu potencial e me motivar na busca dessa conquista;

Aos meus **amigos do mestrado** que fazem parte das melhores lembranças dessa caminhada, em especial a **Patrícia Geórgia**, que juntas entramos no mundo do “discurso e seus sentidos”. Que a chama da amizade esteja sempre acessa em nossos corações e nos mantenha unidos no tempo;

À **Débora (Debinha)** pela grande colaboração na transcrição das falas dos gestores. Sei que não foi tarefa fácil! Mas, para finalizá-la com êxito, tinha que ser uma pessoa especial como você.

Aos **gestores** (apoiadores matriciais), sujeitos deste estudo, que sem a participação deles este não existiria;

À **todos da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa** que nas vezes que busquei informações complementares para aprofundamento deste estudo sempre se colocaram à disposição, em especial a **Evellin, Eveline e Júlia Vaz**;

À **todos integrantes da REDE-TB** pela parceria nesse período e por todo aprendizado compartilhado;

Enfim, a **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para finalização deste estudo...

O meu muito obrigada!

Há a política recessiva dos governos da República, há o clientelismo e suas conseqüências; mas, inegavelmente, os atores vinculados ao projeto neoliberal buscam justificar e utilizar estes traços dominantes da política de saúde brasileira como elementos de sustentação do 'status quo'. É também inegável, entre parcelas significativas dos profissionais de saúde, a existência de um padrão generalizado de resistência à mudança dos modos de funcionamento dos serviços de saúde, expresso tanto por posturas profissionais inadequadas como por movimentos políticos de contra-reforma. E não há como construir um projeto de reforma sanitária sem a compreensão teórica deste tipo de fenômeno e sem a construção de propostas capazes de alterar o principal sentido da resultante deste movimento: uma seta que ainda aponta para a direita.

Gastão Wagner de Sousa Campos

BARRÊTO, A.J.R. Retardo no diagnóstico de TB e a influência dos aspectos relacionados à gestão. 2010. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

RESUMO

A detecção precoce dos casos de Tuberculose (TB) e um tratamento eficaz são duas ferramentas poderosas para se obter êxitos no controle da tuberculose. Considerando que não havendo o envolvimento dos gestores na organização dos serviços de saúde o controle da TB pode ser fragilizado, principalmente pela deficiência no planejamento das ações de controle, o que irá contribuir para o retardo no diagnóstico da doença. Este estudo objetivou analisar a discursividade de gestores sobre a relação entre a organização dos serviços de saúde e os fatores que influenciam no retardo do diagnóstico da tuberculose no município de João Pessoa-PB. Teoricamente respalda-se a luz da interface dos conceitos de co-gestão, planejamento em saúde e humanização, na perspectiva da integralidade e centrado na organização dos serviços de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que teve seu material empírico construído através de entrevistas gravadas no período de agosto e setembro de 2009, realizadas com 16 apoiadores matriciais. A análise foi realizada conforme a técnica de Análise de Discurso de linha francesa. Sendo produzidas duas formações discursivas: 1) Organização dos serviços de Saúde e a relação com o retardo do diagnóstico de TB e 2) Fatores relacionados à organização dos serviços que retardam no diagnóstico de TB. O estudo revelou em relação à primeira formação discursiva que há um distanciamento da compreensão dos gestores em relação a política estabelecida pelo município, que embora exista um processo de descentralização do controle da TB para a Estratégia Saúde da Família, denota uma organização dos serviços voltados para o cumprimento de protocolos, monitoramento de indicadores e garantia de acesso as tecnologias duras para o diagnóstico, que os gestores não conhecem o verdadeiro significado da estratégia DOTS, o que contribui para fragilizar a construção de um cuidado integral a pessoa doente de TB, e ainda que não há planejamento de ações voltadas para o controle da doença. Sobre à segunda formação discursiva pode-se perceber que dentro do plano estratégico de atenção à saúde do município de João Pessoa, os apoiadores matriciais gerenciam unidades integradas de saúde, entretanto mesmo assumindo uma posição de gestor de saúde, os mesmos não se apresentam qualificados ou empenhados para tal função, revelando desconhecimento sobre ações de controle da TB em seus vários aspectos. Os fatores apresentados pelos apoiadores como dificultadores na detecção precoce de casos de TB relaciona-se aos usuários; quanto à estigmatização da doença, resistência na procura de atendimento e falta de conhecimento acerca da TB; e, sobre os serviços de saúde volta-se para falta de qualificação dos profissionais de saúde e questões estruturais relacionada, principalmente a realização de exames. Percebe-se nos discursos dos gestores que processo de (re)organização de ações e serviços para a garantia de acesso e do cuidado ao doente de TB, mostra-se relegada a um segundo plano, seja pela incipiente reflexão entre a teoria e a prática ou pela opacidade do discurso na incompreensão do conceito teórico da Determinação Social da Doença. Nesse sentido, sugere-se que a gestão maior, representada pela Secretaria de Saúde e Distritos Sanitários, disparem processos de discussão e reflexão, junto aos gestores, na função de apoiadores matriciais. Primeiramente, sobre os processos instituintes ao qual estão envolvidos, que perpassa pela ruptura de práticas hegemônicas instituídas historicamente e de saberes reducionistas do processo saúde-doença-cuidado para práticas democráticas, de inclusão e de solidariedade.

Palavras-Chave: Enfermagem. Tuberculose. Gestão em Saúde. Gerência.

BARRÊTO, A.J.R. Delay in the diagnose of TB and the influence of the aspects related to management. 2010. 123f. Dissertation (Masters in Nursing) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

ABSTRACT

The early detection of the cases of Tuberculosis (TB) and an effective treatment are two powerful tools for obtaining success in the control of tuberculosis. Considering that there is no involvement of the managers in the organization of the services of health the control of the TB can be weakened, principally by the deficiency in the planning of the actions of control, which will contribute for the delay in the diagnostic of the disease. This study aimed to analyze the discourse of the managers about the relation between the organization of the services of health and the factors that influence in the delay of the diagnostic of the tuberculosis in the city of João Pessoa – PB. Theoretically it is supported to the light of the interface of the concepts of co-management, planning in health and humanization, in the perspective of the integrality and centered in the organization of the health services. It is a qualitative research, which had its empiric material built through interviews recorded from August to September 2009, done with 16 matrix supporters. The analysis was done according to the technique of Analysis of the Speech of the French line. Being produced two discursive formations: 1) Organization of the health services and the relation with the delay of the diagnostic of TB and 2) Factors related to the organization of the services that delay the diagnostic of TB. The study revealed towards the first discursive formation that there is a spacing out of the comprehension of the managers related to the policy established by the city, that although there is a process of decentralization of the control of the TB for the Family Health Strategy, highlights an organization of the services towards compliance of protocols, monitoring of indexes and guarantee of access to the hard technologies for the diagnostic, that the managers do not know the real meaning of the strategy DOTS, which contributes for weakening the construction of an integral care to the patient of TB, and yet there is no planning of actions for the control of the disease. It is realized in the speech of the managers that the process of (re) organization of actions and services for the guarantee of access and of the care to the patient of TB, seems relegated to a second plan, either by the incipient reflection between the theory and the practice or by the opacity of the speech in the incomprehension of the theoretical concept of the Social Determination of the Disease. In this sense, it is suggested that the bigger management, represented by the Health Secretary and Sanitary Districts, trig processes of discussion and reflection, with the managers, in the function of matricial supporters. Firstly, about the instituting processes which are involved, that pervade by the rupture of hegemonic practices instituted historically and of reductionists of the health-disease-care process for democratic practices, of inclusion and of sympathy.

Key-words Nursing. Tuberculosis. Management in Health. Management.

BARRETO, A.J.R. Retraso en el diagnóstico de la tuberculosis y la influencia de aspectos relacionados con la gestión. 2010. 123f. Tesis (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2010.

RESUMEN

La detección temprana de casos de tuberculosis (TB) y el tratamiento eficaz son dos poderosas herramientas para lograr el éxito en el control de la tuberculosis. Mientras que no hubo participación de los directivos en la organización de los servicios de salud para controlar la TB se puede debilitar, sobre todo por la mala planificación de las acciones de control que contribuyan al retraso en el diagnóstico. Este estudio examina el discurso de los gestores sobre la relación entre la organización de los servicios de salud y los factores que influyen en el retraso en el diagnóstico de la tuberculosis en la ciudad de Joao Pessoa. En teoría se basa en la luz de los conceptos de interfaz de co-gestión, la planificación de la salud y la humanización, buscando la integración y el enfoque de la organización de los servicios de salud. Se trata de una investigación cualitativa, que había construido su material empírico a través de entrevistas durante agosto y septiembre de 2009, realizado con 16 partidarios de la matriz. El análisis se realizó de acuerdo con la técnica de análisis de discurso vertiente francesa. Surgieron dos formaciones discursivas: 1) Organización de los Servicios de Salud y la relación con retraso en el diagnóstico de la TB y 2) factores relacionados con la organización de servicios que el retraso en el diagnóstico de la tuberculosis. El estudio revelado en la primer formación discursiva que existe una brecha de entendimiento de los directivos en relación con la política establecida por la gerencia de la ciudad, que mismo habiendo un proceso de descentralización del control de la tuberculosis para la Estrategia Salud de la Familia, denota una organización de servicios centrados en cumplimiento de los protocolos, indicadores de seguimiento y garantizar el acceso a las tecnologías de difícil diagnóstico, que los directivos no conocen el verdadero significado de la estrategia DOTS, lo que contribuye a debilitar la construcción de una atención integral a la persona enferma con tuberculosis, y todavía no hay una planificación de acciones dirigidas a controlar la enfermedad. En la segunda formación discursiva se puede ver que dentro del plan estratégico para el cuidado de la salud en la ciudad de Joao Pessoa, los partidarios de la matriz gerencia unidades integradas de salud, pero aún asumiendo una posición de gerente de la salud, no estaban calificados o comprometido con esta posición, demostrando la ignorancia acerca de las acciones de control de la tuberculosis en sus diversos aspectos. Los factores presentados por los partidarios como dificultades para la detección precoz de los casos de tuberculosis está relacionada con los usuarios, cuanto al estigma de la enfermedad, resistencia en la búsqueda de atención y la falta de conocimiento sobre la TB, y en los servicios de salud, por la falta de profesionales de la salud calificados y afines cuestiones estructurales, en especial los exámenes. Se puede observar en los discursos de los directivos que el proceso de (re) organización de actividades y servicios para asegurar el acceso y la atención de los pacientes con TB, parece relegado a un segundo plano, ya sea de un debate incipiente entre la teoría y la práctica o por la opacidad del discurso en la mala interpretación del concepto teórico de la determinación social de la enfermedad. En este sentido, se sugiere que la alta dirección, representada por la Secretaria de Salud y Distritos Sanitarios, active procesos de debate y reflexión, con los administradores, en el papel de partidarios la matriz. En primer lugar, sobre los procesos instituyentes al están involucrados, que impregna por la ruptura de las prácticas hegemónicas impuesto históricamente y de saberes reduccionistas del proceso de la salud-enfermedad de las prácticas democráticas de la inclusión y la solidaridad.

Palabras clave: Enfermería. Tuberculosis. Gestión en Salud. Gerencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Mapa do Estado da Paraíba com destaque para a localização dos principais municípios.....	45
FIGURA 02: Mapa da Paraíba e a localização dos seis municípios prioritários para o controle da TB.	46
FIGURA 3: Divisão administrativa-territorial da rede de serviços de saúde. Município de João Pessoa/PB.....	46
FIGURA 4: Relação da organização dos serviços de saúde que influenciam para o retardo no diagnóstico da TB. João Pessoa/PB.....	56
FIGURA 5: Fatores relacionados à organização dos serviços que retardam no diagnóstico de TB. João Pessoa/PB.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de casos de Tuberculose no município de João Pessoa, no período de 2001-2010. 47

Tabela 2: Distribuição de casos notificados de tuberculose segundo serviços de notificação no de João Pessoa, no período de 2001 -2010. 48

Tabela 3: Distribuição de casos de cura e abandono no município de João Pessoa, no período de 2001 -2010 48

Tabela 4: Taxa de cura e abandono no município de João Pessoa, no período de 2001 - 2010 48

.

.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Análise de Discurso

AM – Apoiador Matricial

APS – Atenção Primária em Saúde

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CNCT – Campanha Nacional Contra a Tuberculose

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DOT – *Directly Observed Treatment*

DOTS – *Directly Observed Treatment Short- Course*

DS – Distrito Sanitário

ESF – Estratégia Saúde da Família

HCF – Hospital Clementino Fraga

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDR – Multidroga resistência

NOB – Normas Operacionais Básicas

NRS – Núcleo Regional de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose

PSF – Programa Saúde da Família

REDE-TB – Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

SF – Saúde da Família

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Lista de Ilustrações

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPÍTULO 1: CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO.....	19
<i>1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</i>	<i>20</i>
<i>1.1.1 Organização dos Serviços para o Controle da Tuberculose: um breve histórico.....</i>	<i>20</i>
<i>1.1.2 Delimitação do objeto de investigação.....</i>	<i>24</i>
<i>1.2 OBJETIVOS.....</i>	<i>29</i>
<i>1.2.1 Geral.....</i>	<i>29</i>
<i>1.2.1 Específicos.....</i>	<i>29</i>
CAPÍTULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
<i>2.1 GESTÃO EM SAÚDE: ALGUNS CONCEITOS E MÉTODOS.....</i>	<i>31</i>
<i>2.2 GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO COMPROMETIDO COM A CO-GESTÃO.....</i>	<i>35</i>
<i>2.3 GESTÃO E O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE</i>	<i>40</i>
CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
<i>3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO.....</i>	<i>44</i>
<i>3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO.....</i>	<i>45</i>
<i>3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....</i>	<i>48</i>
<i>3.4 PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO.....</i>	<i>51</i>
<i>3.5 UNIVERSO EMPÍRICO DO ESTUDO.....</i>	<i>51</i>
<i>3.6 ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO A PARTIR DO ATLAS.TI.....</i>	<i>53</i>
<i>3.7 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....</i>	<i>54</i>
<i>3.7.1 Aplicação da técnica de análise – Análise de Discurso.....</i>	<i>54</i>
<i>3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....</i>	<i>58</i>

CAPÍTULO 4: ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	59
<i>1ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A RELAÇÃO COM O RETARDO DO DIAGNÓSTICO DE TB</i>	61
<i>2ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: FATORES RELACIONADOS À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE RETARDAM NO DIAGNÓSTICO DE TB</i>	82
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	118
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	119
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	120
ANEXOS	121
Documento de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa CCS/UFPB.....	122
Encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde.....	123

CAPÍTULO 1
CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1.1 Organização dos Serviços para o Controle da Tuberculose: um breve histórico

Sabe-se que a luta contra a tuberculose (TB) faz parte da história brasileira, um agravo que se somou ao conjunto de fatores de retardo do desenvolvimento social e econômico desde o início da colonização, a princípio, como força da solidariedade e, posteriormente, com o envolvimento do poder público (HIJJAR et al, 2007).

Ao percorrer sobre a história da organização dos serviços de saúde para o controle da tuberculose no Brasil percebe-se que a mesma caminhava paralelamente aos interesses políticos e econômicos, na medida em que se buscava elaborar ações que garantissem o diagnóstico precoce e tratamento eficaz para a cura da doença.

Observa-se que desde o século XIX, os serviços de saúde ainda eram muito precários e os problemas de higiene e urbanização nas grandes cidades ficavam sob a responsabilidade de autoridades locais. A higiene pública dava prioridade aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes. A população carente ficava sob os cuidados de entidades filantrópicas ligadas à Igreja Católica. As práticas sanitárias visavam ao controle de doenças que poderiam afetar somente a força de trabalho e a expansão econômica capitalista. No campo institucional, foram as Santas Casas de Misericórdia que assistiram as pessoas doentes com a tuberculose desde a colonização do Brasil até a fundação de sanatórios e dispensários. As medidas de controle da TB, nessa época, estavam voltadas à profilaxia da doença como aeração ambiente, dieta alimentar, isolamento do doente, vacinação aos recém-nascidos, dentre outros (CAMPOS e PIANTA, 2001 apud COSTA, 1983).

Essas medidas, a princípio, vieram com o objetivo de banir do convívio da família e da sociedade aqueles indivíduos que eram acometidos pela doença e marginalizados como *tuberculosos*. Posteriormente, com a descoberta da causalidade da doença e o desenvolvimento tecnológico no que tange aos exames para diagnóstico e tratamento, muitos dos preconceitos atribuídos à doença foram minimizados e outras estratégias de combate a doenças foram adotadas.

A atuação do Estado foi intensificada na década de 1940, com a criação do Serviço Nacional de Tuberculose, em 1941, e da Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNCT), em 1946. Esta última desempenhou, desde sua criação, um papel singular, dado,

principalmente, pela particularidade de sua constituição administrativa e financeira, que lhe permitia uma maior flexibilidade. A CNCT assumiu como proposta, naquele momento, a expansão da estrutura hospitalar e sanatorial em todo o país. A ampliação da estrutura de serviços trazia a ideia da interiorização e uniformização do atendimento, a normatização das ações de saúde e a formação de recursos humanos abarcando pessoal de nível médio e superior (FERNANDEZ, ALMEIDA e NASCIMENTO, 2009).

Também nesta década de 1940, com a descoberta da quimioterapia antibiótica específica, houve uma grande repercussão mundial na medida em que se visualizava a cura da doença. Essa descoberta alterou significativamente o perfil epidemiológico, a ação institucional e o conhecimento científico em relação à doença, além de repercutir nas representações sobre a TB.

Por essa época, quando o tratamento da TB ainda tinha no sanatório um dos seus sustentáculos, foi apresentado ao mundo a investigação de Madras¹ que mostrou não haver diferença nos resultados do tratamento da TB realizados em pacientes internados daqueles em ambulatorios. A partir desta constatação houve a necessidade de reorganizar os serviços de saúde de modo a expandir o tratamento a todos os pacientes com TB a nível ambulatorial, contribuindo dessa forma para redução dos custos (HIJJAR et al, 2007).

Além da investigação de Madras outros estudos, ao longo das décadas de 1950 e 1960, voltados à descoberta de novos fármacos e comprovação de sua eficácia na cura TB, possibilitaram ao Estado expandir o tratamento aos serviços ambulatoriais, tornando desnecessária, em sua maioria, a internação do paciente. Como consequência, nas décadas seguintes foram, paulatinamente, desativados os sanatórios e a grande maioria dos hospitais destinados à tuberculose, que passaram a atender a outras áreas da medicina ou mesmo alteraram seu perfil assistencial (FERNANDEZ, ALMEIDA e NASCIMENTO, 2009).

Com a recondução do tratamento do âmbito hospitalar para os serviços ambulatoriais, o acesso dos usuários ao tratamento da TB foi garantido. A reorganização dos serviços de saúde para assistência à TB possibilitou a ramificação das ações de controle da doença. No entanto, algumas dificuldades foram encontradas, dentre as quais: o longo período de

¹ Informação extraída do texto: Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil, o qual se refere ao estudo de Madras realizado no *Tuberculosis Chemotherapy Centre* e publicado no *Bull World Health Organ* em 1959.

tratamento, as graves reações adversas e a resistência ao tratamento apresentada por alguns pacientes.

A partir deste contexto, na década de 1970, houve a necessidade de uma nova reformulação das ações de controle da TB no Brasil pautada na escolha de fármacos que mostraram alta eficácia, tolerância e viabilidade; padronização dos esquemas quimioterápicos de acordo com a especificidade dos casos e redução no tempo de tratamento. (HIJJAR et al, 2007).

Hijjar et al (2007) afirmam que as políticas adotadas pelo Ministério da Saúde na área de controle da TB – unificação do nível central nacional, descentralização das ações, redução dos leitos hospitalares, padronização de regimes terapêuticos, entre outras – produziram impacto epidemiológico verificado na incidência e, principalmente, na mortalidade. Os passos seguintes, no período de 1990 a 2000, com a implantação do SUS e, conseqüentemente, com a municipalização da gestão em saúde possibilitaram um incremento na organização dos serviços objetivando o controle do problema da TB em qualquer esfera de governo. Incentivos financeiros foram criados e planos de combate a TB foram elaborados com o intuito de controlar a doença no país, principalmente nos municípios que apresentavam maior concentração dos casos da doença, segundo critérios epidemiológicos (incidência, mortalidade e associação com HIV). Todo esse movimento tinha como “meta diagnosticar 90% dos casos e curar, pelo menos 85% dos casos diagnosticados” (HIJJAR et al, 2007).

O Ministério da Saúde, em 1996, elaborou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose no país (PNCT, 2004). Nele recomenda a implantação do tratamento diretamente supervisionado (DOT) que consiste na “administração direta do medicamento por uma segunda pessoa” (GONZALES, 2008, p. 629). A estratégia DOTS visa garantir a conclusão do tratamento e evitar a multidrogaresistência (MDR) pelos doentes de TB possibilitando um efetivo controle da TB no país (PNCT, 2004).

Além do DOT, o PNCT reconhece a importância de horizontalizar o controle a TB, estendendo-o para todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, visa à integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Sá et al (2007) acrescenta que a descentralização para o nível municipal de algumas ações da atenção básica bem como a

responsabilidade na implementação destas em relação ao controle da tuberculose, contribui para a expansão das ações de promoção à saúde, diagnóstico e prevenção da tuberculose e consequentemente no controle da doença. Acrescenta que este plano reafirma a importância dessas equipes como instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono do tratamento. O que chama a atenção no tocante à organização dos serviços de saúde no combate a tuberculose é a preocupação com a garantia do acesso ao tratamento gratuito de modo a atingir a meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 85% de cura dos casos diagnosticados. No entanto, existem alguns fatores, no processo de organização dos serviços de saúde, que precisam ser repensados, dos quais o retardo no diagnóstico se faz presente no cotidiano da luta contra a doença.

Sherman et al (1999), em seu estudo sobre o retardo no diagnóstico e tratamento da tuberculose, mostraram que tanto o doente quanto os serviços de saúde podem contribuir para que ocorra o retardo do diagnóstico. Em relação ao doente foi definido como o período do início de algum sintoma à primeira visita ao médico, em relação ao serviço de saúde foi definido como o intervalo da data que o profissional médico foi consultado à data do início do tratamento.

Esse aspecto é importante visto que quanto mais demorado for o contato do doente com suspeita de tuberculose com o serviço de saúde, mais tarde esse serviço iniciará o tratamento e mais difícil será o controle da tuberculose. Além do abandono do tratamento, o retardo do diagnóstico configura um dos grandes desafios para os gestores do SUS.

1.1.2 Delimitação do objeto de investigação

A detecção precoce dos casos de tuberculose e um tratamento eficaz são duas ferramentas poderosas para se obter êxitos no controle da TB. No entanto, observa-se que além do abandono do tratamento, o retardo no diagnóstico de TB configura-se como um dos grandes desafios a ser enfrentado pela gestão e pelos trabalhadores de saúde na redução da incidência de TB no país.

Um importante componente nesse processo é a detecção precoce da tuberculose, sendo o principal papel deste a redução da transmissão da infecção à sociedade, pois estima-se que uma única pessoa contaminada com TB sem ser diagnosticada e, portanto, não tratada, pode infectar entre dez a quinze pessoas em cada ano. É importante a existência de métodos eficazes de identificação precoce dos casos e tratamento imediato (MIFNANGA et al, 2008).

Para que esses métodos sejam eficazes se faz necessário compreender os fatores que concorrem para o diagnóstico tardio do doente de TB. Alguns estudos já realizados mencionam que existem dois fatores fundamentais que retardam o diagnóstico de TB, o primeiro relaciona-se ao usuário suspeito de TB e o segundo ao sistema de saúde (LONG; et al, 1999; MIFNANGA; et al, 2008; BASNET; et al, 2009).

Em relação ao usuário suspeito de TB tem-se a demora da procura ao serviço de saúde que é definido como o tempo a partir do aparecimento dos primeiros sintomas da tuberculose até a primeira visita formal a qualquer estabelecimento de saúde. Outro fator importante relaciona-se a demora do sistema de saúde, esta é entendida como o intervalo de tempo entre a primeira consulta em qualquer unidade de saúde até a data do diagnóstico. Nesse processo pode, ainda, existir tanto o atraso do paciente, quanto o atraso no diagnóstico do sistema de saúde denominado como atraso total (LONG; et al, 1999; MIFNANGA; et al, 2008; BASNET; et al, 2009).

No entanto, ainda não existe um consenso acerca do tempo que pode ser considerado como atraso no diagnóstico de TB. Alguns estudos foram realizados, os quais apontam diferentes números sobre essa definição. Em relação ao atraso do doente de TB, o tempo variou entre 30 a 162 dias e, quanto ao sistema de saúde, entre 02 a 18 dias (MIFNANGA et al, 2008; WANDEWAL, 2000; BASNET et al, 2009).

Em uma pesquisa realizada para avaliar os fatores de risco em decorrência do atraso no início do tratamento da TB pulmonar em Recife, os autores Santos et al (2005) indicam que algumas literaturas determinam retardo em um período de 30, 60 dias e até 4 meses antes do início do tratamento. Neste estudo, constatou-se que 62% dos pacientes tiveram um atraso de mais de 60 dias até o início do tratamento.

Long et al (1999) alertam que longos atrasos podem trazer danos aos usuários, suas famílias, à sociedade e ao controle da TB. Esta pesquisa aponta que o programa de TB no Vietnã recomenda que uma pessoa com tosse de duração superior a três semanas deve ter um exame de escarro para o diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose. Entretanto, a pesquisa revelou que o atraso médio total para homens e mulheres foi em torno de 12 semanas, o que segundo os autores, é inaceitável. Os autores ainda apontam que em países como Malásia, África do Sul, Coreia e Austrália o atraso total desde o primeiro sintoma até o diagnóstico foi de 8 a 12 semanas.

A literatura nacional e internacional é escassa em relação ao tempo aceitável de diagnóstico da TB. Entretanto, importante estudo de revisão sobre o tema sugere que, apesar dos manuais técnicos da TB e as pesquisas nada trazerem sobre o tempo ideal para se realizar o diagnóstico, tem-se observado que para um efetivo controle da TB, o tempo relacionado ao doente não deve ser superior a 2 ou 3 semanas (LAMBERT; VAN DER STUYFT, 2005) e ao sistema de saúde deveria ser de apenas alguns dias, sendo o exame de escarro solicitado e realizado imediatamente se houver suspeita de TB. Portanto, o prazo total e ideal para o diagnóstico não deveria ser mais do que 3-4 semanas para a maioria dos casos de TB com baciloscopia positiva (SREERAMAREDDY et al, 2009).

Para Jamal e Moherdai (2007) um dos problemas que afetam diretamente na eficácia do acesso às ações em saúde é a forma de organização dos serviços. É importante entender como os doentes utilizam o sistema de saúde e como este influencia o desenvolvimento de programas de controle à TB (ASBROEK et al, 2008).

O fato de os indivíduos infectados terem dificuldade de acesso aos serviços de saúde contribui para que muitos casos não sejam diagnosticados, constituindo uma desigualdade em saúde. A deterioração do serviço público de saúde vem resultando em dificuldades de acesso a esses serviços, falha na distribuição de fármacos antituberculose e recursos humanos treinados

para o diagnóstico, notificação e acompanhamento do paciente com TB, configurando obstáculos para o controle da doença (SCATENA et al, 2009).

Em pesquisa realizada por Scatena et al (2009), para analisar as dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico da tuberculose em municípios do Brasil, constatou-se 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 os dois municípios estudados da região Nordeste (Campina Grande e Feira de Santana) apresentaram alta cobertura de PSF e não apresentaram desempenho satisfatório para o acesso. Da mesma forma, Ribeirão Preto (Sudeste), cuja organização da atenção à TB é em ambulatórios regionalizados, apresentou melhor desempenho que todos os demais municípios estudados. Na conclusão da pesquisa Scatena et al (2009) afirmam que a descentralização das ações de TB para o PSF não apresenta desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico. A forma de organização da atenção à TB não foi fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da TB.

Outro estudo avaliou o acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família em relação à ampliação da realização de baciloscopia para a rede de serviços de saúde. Neste caso, foi observado que há uma insuficiência na oferta do procedimento de coleta de escarro pelas equipes SF no município estudado, além de exigir o descolamento dos casos suspeitos – ou em tratamento – de tuberculose para outros serviços, transferindo a responsabilidade para o doente de proceder à coleta e encarregá-los de levar o material ao local estabelecido. Dessa forma, coloca-se em risco a ação planejada, sendo este, indicativo de deficiências organizacionais (previsão de insumos, capacitação insuficiente dos profissionais para realização do procedimento) que repercutem no desempenho das equipes SF. Logo, evidencia-se que apesar da agilidade em se conseguir uma consulta médica, o diagnóstico e controle dos casos de TB podem estar sendo prejudicados frente às dificuldades de acesso ao exame (MARCOLINO et al, 2009).

O retardo do diagnóstico e do início do tratamento são reflexos claros das deficiências no sistema de saúde e isto pode ser evitado com intervenções de forma significativa para aumentar a detecção precoce de casos nas comunidades e nos serviços de saúde. Nas comunidades, as intervenções podem estar ligadas a mudanças de práticas de comportamentos em relação à saúde e conhecimento dos sintomas e da transmissão da tuberculose. Dentro dos serviços de saúde podem-se melhorar as formas de controlar os sintomáticos respiratórios

reduzindo o número de pacientes que estão fadados a desaparecer ou a não aderir à realização dos exames necessários para o diagnóstico (MIFNANGA et al, 2008). Além disso, há uma necessidade de qualificar os profissionais das ESF para a identificação de sintomáticos respiratórios e melhoria da organização dos serviços de saúde (SANTOS et al, 2005).

Apesar do diagnóstico de casos de TB pulmonar ser relativamente simples e necessitar de exames pouco sofisticados (radiografia de tórax e exame de escarro), além dos esforços do PNCT em capacitar os profissionais da atenção básica dos municípios para o correto diagnóstico e tratamento da doença, verifica-se, ainda, que grande parte dos casos de TB é diagnosticada em hospitais. A exemplo, em 2001, no estado de São Paulo, aproximadamente um terço dos casos foram diagnosticados durante a internação hospitalar, e, no município de São Paulo, 58% dos casos foram diagnosticados em hospitais ou em prontos-socorros. Soma-se a esse fato que parte dos casos de TB se apresentava com formas clínicas graves (PERRECHI e RIBEIRO, 2009).

De acordo com Perrechi e Ribeiro (2009) muitos sujeitos de sua pesquisa (41%) relataram ter procurado atendimento prévio em serviços ambulatoriais e que 48% foram internados para elucidação diagnóstica. Os autores concluem que como a maioria desses pacientes tem acometimento pulmonar, parece que a rede de atendimento ambulatorial é falha, mesmo para solicitação de exames simples, como a radiografia de tórax e a pesquisa de BAAR no escarro. Previamente à internação, somente 58% dos pacientes relataram ter realizado exame de escarro.

Na opinião de Mendes (2002), um dos indicadores mais potentes para medir a qualidade da Atenção Primária em Saúde (APS) é o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, o indicador de morbidade hospitalar. De acordo com Arcêncio, Oliveira e Villa (2007), a hospitalização pode ser usada para documentar barreiras potenciais à atenção ambulatorial, para avaliar o desempenho da APS e identificar possíveis deficiências na qualidade da assistência em pontos de atenção primária. O referido autor revela que no ano de 2004 observaram-se 4.859 internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo e que o diagnóstico precoce é um ponto fundamental na identificação do quadro de TB, a fim de reduzir o número de internações pela doença; entretanto, faz-se necessário uma Atenção Primária à Saúde que seja capaz de contemplar tais ações.

Observa-se, portanto, a partir desses dados, que estão ocorrendo falhas nos serviços de saúde da AB em oferecer um diagnóstico precoce para a TB, uma vez que as internações por TB pulmonar podem estar relacionadas tanto à debilidade do doente devido ao agravamento da doença quanto em função da demora do diagnóstico, esta relacionada, muitas vezes, ao despreparo das equipes de saúde para o diagnóstico precoce da doença. Mediante tais problemas, o retardo no diagnóstico de TB tem consequências negativas pelo elevado custo de assistência, devido à internação hospitalar, mas também pelo prolongamento do tempo de transmissão da doença com aumento de pessoas infectadas pelo contato com o indivíduo doente.

A opção em analisar as causas que contribuem para o retardo no diagnóstico de TB surgiu devido às discussões realizadas na Área de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose – REDE TB, articulada ao Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose na Paraíba - Grupo TB/PB. A principal intenção deste grupo consiste em gerar conhecimentos acerca da tuberculose, tendo como preocupação constante vincular as produções elaboradas às práticas de saúde, na tentativa de estreitar a relação entre formação, gestão, serviço e controle social.

Assim, o atual projeto faz parte de uma pesquisa aprovada pelo CNPq, intitulada *Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil* e que resulta da colaboração de pesquisadores da Área Epidemiológica, Diagnóstica e Operacional da REDE-TB, cujas atividades da pesquisa foram desenvolvidas nas diferentes regiões do Brasil onde os mesmos vêm atuando. No caso deste subprojeto, as atividades foram desenvolvidas no município de João Pessoa, estado da Paraíba, com o intuito de compreender, seguindo a percepção do gestor, a influência da organização dos serviços de saúde e a relação com o retardo do diagnóstico da tuberculose (TB).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Analisar a discursividade de gestores sobre a relação entre a organização dos serviços de saúde e os fatores que influenciam no retardo do diagnóstico da tuberculose no município de João Pessoa-PB.

1.2.2 Específicos

- Identificar os fatores relacionados ao acesso, associados à forma de organização dos serviços de saúde envolvidos no controle da TB e que interferem no atraso do diagnóstico da TB.
- Relacionar as ações de controle da TB com a organização dos serviços, segundo o modelo de gestão e as especificações do plano de saúde do município de João Pessoa.

CAPÍTULO 2
REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 GESTÃO EM SAÚDE: ALGUNS CONCEITOS E MÉTODOS

A palavra gestão vem do latim *gestione* que significa ato de gerir, administração e gerência (FERREIRA, 2009). Nesse sentido, fazer gestão significa, em essência, ter foco em resultados, considerando objetivos e metas preestabelecidas. Além de identificar problemas, desafios e necessidades.

Paim (2003) menciona que gestão em saúde é um termo utilizado para designar os processos políticos, administrativos, organizacionais e econômicos desencadeados no campo da saúde.

A Norma Operacional Básica do SUS 01/1996 (NOB 01/96) define gestão em saúde como uma atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, seja municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996). Este conceito remete à valorização da normatização do processo de condução do sistema de saúde. Nesse sentido, é preciso ampliar a noção de que gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde e compreender que se está frente a um cenário bastante complexo, ou seja, gestão não é apenas organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os “vetores-dobras” que o constituem; sendo “vetores-dobras” os interesses, desejos, necessidades, saberes e poderes que podem influenciar o trabalho de gestão, além das próprias políticas públicas” (BARROS; BARROS, 2007, p. 62).

Outra face da gestão está ligada à capacidade de mobilizar tecnologias, as mais ajustadas social e economicamente, obedecendo-se padrões técnicos baseados em evidências científicas. Enfim, fazer gestão é casar necessidades e demandas com tecnologias, como formulação e implementação de políticas, mas também com a organização do trabalho, mobilizando recursos que precisam ser adequadamente combinados entre si, sejam profissionais ou equipamentos, além da importância de avaliar os resultados das intervenções sobre os problemas de saúde (BARBOSA, 2009).

No entanto, também deve ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional e que deve

desenvolver ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde (PAIM, 2003).

O mesmo autor acrescenta que essa noção se aproxima da proposta de administração estratégica da OMS, na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas. Sendo assim, é necessário que haja reflexão e análise sobre as práticas de gestão que não devem se limitar a pensar objetos-meios (recursos financeiros, materiais, de poder, etc.) isoladamente, mas suas articulações com objetos-fim (intervenções, assistência, acolhimento, cuidado, etc.) em uma totalidade social (PAIM, 2003).

Pode, também, ser considerada analiticamente em uma dupla dimensão de ação social: *ação estratégica*, dirigida a fins, com a criação de consenso ativo entre dirigentes e dirigidos, e *ação comunicativa*, voltada para o entendimento e para as trocas intersubjetivas na constituição de novos sujeitos das práticas institucionais de saúde. Nesse caso, cabe ressaltar a natureza ético-política da gestão em saúde, como resposta às necessidades humanas e, simultaneamente, formas de sociabilidade (PAIM, 1999).

Enfim, a gestão em saúde, na maneira pela qual os gestores a conduzem, pode reproduzir ou romper com modelos de gestão historicamente construídos, estes com base nas Teorias Gerais da Administração (TGA) que não possibilita a construção de processos democráticos, autônomos e flexíveis.

No primeiro caso acima, a gestão denominada nesse estudo como clássica, contempla aspectos como a divisão do trabalho, com separação entre as funções de preparação e execução; especialização da força de trabalho; unificação de ferramentas, utensílios e rotinas de trabalho; controle da execução do trabalho; verticalização do sistema de produção; autoridade; responsabilidade; disciplina; unidade de mando; estabilidade de pessoal; subordinação do interesse particular ao interesse geral; e hierarquia, os quais estão presentes na teoria geral da administração, especialmente vinculados às obras de Taylor e Fayol (FIGUEIREDO; et al, 2010).

Campos (2010) reafirma essa concepção de gestão ao dizer que ela tenta reduzir o espaço para reflexão e decisão autônoma durante a execução das tarefas, ou seja, há uma tendência a esvaziar a capacidade de imaginação, de criação e de decisão dos trabalhadores

durante o trabalho, baseiam-se em discursos racionais sobre a natureza do trabalho humano. A realização desta dependeu de uma aproximação entre o discurso da gestão com o discurso dito científico. “É evidente que, com base em justificativas científicas, há todo um esforço histórico para reduzir o sujeito do trabalho a um instrumento funcional, a procedimentos definidos com antecedência” (CAMPOS, 2010, p. 2338).

Por outro lado, a gestão aqui denominada de participativa ou de cogestão, agrega características como a autonomia; o protagonismo; a corresponsabilização de usuários, trabalhadores e gestores; a criação de vínculos solidários; e a participação coletiva na gestão e nos processos decisórios, além da “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2007c, p. 03).

Não obstante, soma-se a essa concepção de gestão a prevenção ao excesso de corporativismo; a compreensão do funcionamento da organização do serviço e a sua relação com as necessidades da comunidade; a conformação das decisões e ações a um contexto local; a distribuição de responsabilidade e, conseqüentemente, o compartilhamento de poder e de tomada de decisão com a equipe; o fortalecimento da equipe, concomitante a redução do peso da hierarquia e dos procedimentos burocráticos, proporcionando a organização mais flexível; incentivo à inovação e resolução de problemas no âmbito do próprio serviço; intenso sistema de comunicação; relações pessoais mais valorizadas e humanizadas, com a aproximação entre as chefias e os seus colaboradores localizados na base do processo produtivo; maior diálogo e troca de informações, com o objetivo de dinamizar o processo de trabalho (BRASIL, 2006b; SPAGNOL, 2002; COSTA; SALAZAR, 2008).

Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003, p.63) mencionam que para que a gestão em saúde alcance seus objetivos é imprescindível que conduza propostas e fomenta “arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e que permita, de fato, à participação da população nos processos decisórios, desde o sistema local de saúde”. Continuam dizendo que tal assertiva, embora importante, torna-se secundária, uma vez que entende-se que o principal núcleo dos desafios colocados à gestão, nesse contexto, é relativo à capacidade de implementar “práticas cotidianas suficientemente densas para produzir, no limite da radicalidade possível em cada situação, tensões e rupturas com a cultura instituída e com as tecnologias de gestão existentes” (FERLA, CECCIM e PELEGRINI, 2003, p. 65).

E isto porque, para a efetivação do SUS é essencial que haja uma ruptura com modelos gerenciais hegemônicos presentes no setor saúde e que os modelos de gestão ora instituídos possam construir um caminho onde trabalhadores de saúde, usuários, instituições formadoras e os próprios integrantes da gestão sejam sujeitos ativos tanto na luta pelo SUS quanto por um outro mundo onde o respeito e a cidadania transcendam os interesses do mundo capitalista.

Nesse sentido, afirmam Guizard e Cavalcanti (2010, p. 634)

o aprofundamento do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) passa fundamentalmente por uma radicalização democrática do cotidiano institucional do sistema de saúde. Esta nos parece ser a arena onde é possível, ao mesmo tempo, avançar na construção da institucionalidade do SUS e produzir novas formas de subjetivação que permitam alcançar a almejada revolução nos modos de vida. Desse modo, essa reflexão parte do movimento de remeter a gestão em saúde ao projeto da RSB, o que nos parece constituir a participação política no cotidiano institucional do SUS como problema teórico e político fundamental. Quanto a este ponto, cabe, portanto, interrogar como a gestão dos serviços e sistemas de saúde tem respondido ao desafio de radicalização do projeto democrático do SUS.

Assim, se por um lado torna-se necessário adequar os procedimentos à incorporação de novos conhecimentos e novas tecnologias, por outro, precisa-se adquirir modernas ferramentas gerenciais, administrativas e estruturais, principalmente no campo da tecnologia da informação e comunicação, fazendo-se necessário avançar na obtenção de novos conhecimentos estratégicos na gestão pública em saúde (BRASIL, 2007a).

2.2 GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO COMPROMETIDO COM A COGESTÃO

A normatização presente na gestão pública, constituída de forma centralizada, aponta a tendência hegemônica das políticas de saúde no Brasil. Embora se reconheça os avanços alcançados em sua implementação, questiona-se se a maneira pela qual o SUS se encontra instituído consegue responder aos desafios de democratização das políticas do setor saúde (GUIZARD e CAVALCANTI, 2010).

Nos cenários onde o sistema de saúde se realiza é evidente o fato de que estes artifícios dificultam a possibilidade de que as práticas de gestão possam acontecer de forma democrática, pactuada, inserindo em seus processos decisórios os distintos atores comprometidos nos contextos locais. Essa alusão é importante, porque traduz modelos de gestão com forte viés técnico e centralizador, o que implica na condução de processos calcados na centralização normativa das políticas públicas e no controle do processo de trabalho nas instituições de saúde, embora se defenda a necessidade da participação popular e da construção de planejamento ascendente (GUIZARD, CAVALCANTI, 2010).

Essa é uma das principais causas do desempenho insatisfatório dos serviços de saúde. O modelo centralizado torna os processos de tomada de decisão mais burocráticos e morosos. Maior autonomia de gestão significa dotar os dirigentes de saúde de maior poder de decisão, como igualmente responsabilizá-los diretamente pelo desempenho dessas organizações. Ela confere maior agilidade e flexibilidade à condução dos serviços de saúde, estabelecendo condições mais efetivas para que essas organizações respondam a políticas, diretrizes, incentivos governamentais e, em especial, dos gestores do sistema. Modelos fundados na maior autonomia de gestão devem resultar na conquista de maior estabilidade política para os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade de atenção (BARBOSA, 2009).

Ao retomar a discussão sobre a centralização normativa nas instituições de saúde, pretende-se enfatizar, sobretudo, a impossibilidade de total centralização do processo decisório dos modos de gestão em saúde (GUIZARD; CAVALCANTI, 2010). Nessa perspectiva, o ato de gerenciar não é jamais estritamente uma tarefa técnica, tampouco é uma tarefa exclusivamente determinada pelo gestor. Ainda que sob a proteção de normas e instrumentos operacionais de controle, os trabalhadores configurem a produção do cuidado

nas escolhas que determinam as implicações de suas ações, nos momentos relacionais com os demais profissionais e com a comunidade (MERHY, 2005).

Sobre isto, Campos (2007, p.244) esclarece que os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. “Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo”. No entanto, os profissionais de saúde participam da construção dos saberes e disciplinas do seu campo, influenciam políticas e também participam da estruturação do mercado da doença e são os principais tradutores dos princípios gerais de cada política para modelos de atenção mais operativos.

É necessário enfatizar que o processo de trabalho de saúde em sua micropolítica deve ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes. E que em todo processo de mudança necessariamente ocorrem momentos em que se abrem fissuras e, em que a lógica estruturada da produção, bem como o seu sentido, são postos em xeque (MERHY, 2007a).

Tal forma de colocar o problema da gestão das práticas institucionais tem por base a compreensão de que a intercessão entre política, ética e atividade humana resulta da relação dialógica com o outro, do fato de que o agir se reporta ao outro, condição de sua existência, já que não pode limitar-se a sua própria esfera de atuação. É da possibilidade dessa relação com o outro que decorre toda diferenciação e individuação. Os sentidos que adquirem as práticas institucionais são assim forjados como efeito de nossa condição humana de seres de relação (GUIZARD, CAVALCANTI, 2010, p.637).

Observa-se, com as transformações atuais do trabalho, que a constituição de redes escapa aos regimes institucionais tradicionais da modernidade. Desloca-se este que fez insurgir a potência produtiva das relações de cooperação, que não encontram abertura nos espaços institucionais, frente aos dispositivos de captura que os organizam. Desta forma, ao trazer as contribuições dessas análises para o campo da saúde, percebe-se que afirmar a natureza intrinsecamente social da produção de saúde implica o questionamento dos arranjos institucionais que materializam a política de saúde atualizando práticas de centralização normativa de sua gestão (CAMPOS, 2010; MERHY, 2007b e CAMPOS, 2000).

Na intenção de romper com esse modo de gerir a saúde, Campos (2000) defende a incorporação de espaços de cogestão junto ao sistema e serviços de saúde. O mesmo autor afirma que toda relação dialógica, democrática ou comunicativa, depende da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos produtores, mas depende também da capacidade de ação

e de pressão de grupos externos ao coletivo: a organização de fluxos de poder. Por isso sugere-se a cogestão e não a autogestão como alternativa de governo. A autogestão produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos sujeitos.

Nesse contexto, a concepção de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Configura-se como um modelo que inclui os diferentes sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Uma das marcas da cogestão é a perspectiva de construção compartilhada de conhecimentos e intervenções, considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (CAMPOS, 2006, 2000).

Guizard e Cavalcanti (2010, p.616) referem que discutir a cogestão no âmbito das instituições de saúde representa a compreensão da forma de operacionalização da gestão a partir das atividades e ações bem como suas distribuições no trabalho da equipe, para o “plano da articulação em rede das atividades de produção de saúde. Isso significa, necessariamente, extrapolar os limites das equipes e unidades em direção às conexões possíveis com o território produtivo em que se situam”.

A cogestão colocar-se-ia, assim, como dispositivo de redistribuição do poder nas relações sociais, afirmando definitivamente a participação política como relativa às implicações decisórias da atividade, ao poder de intervir na capacidade institucional de regular a temporalidade e a intensidade constituinte da dinâmica de um grupo. Nesse sentido, dispositivo democrático que transformaria os espaços institucionais não mais em lócus de aprisionamento do virtual, mas em rede cooperativa em que ocorre a modulação ética das forças que o constituem. Pensar as instituições de saúde a partir dessas referências equivale a reconhecer como problema fundamental a desarticulação dos estados de dominação que as determinam (GUIZARD, CAVALCANTI, 2005, p. 641-642).

Santos Filho e Figueiredo (2009) acrescentam que a importância da inserção desse processo está em ampliar e transversalizar um modo ‘participativo’ e ‘cogrido’ de funcionamento do serviço/equipes. Mencionam que os colegiados gestores são concebidos como espaços/instâncias que reúnem representantes dos trabalhadores e gestores, onde se formulam e se apreciam propostas procedentes dos diversos atores (trabalhadores, gestores e usuários), deliberando-se sobre planos diretivos/operativos, garantindo: o compartilhamento do poder dos diferentes membros, a “coanálise, a codecisão e a coavaliação” de propostas, metas, indicadores e aspectos próprios da articulação do processo local de trabalho (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009, p. 616).

Cecílio (2010) menciona que fazer gestão colegiada possibilita a inovação da gestão, no sentido de romper com o paradigma clássico existente na administração pública, com suas características bem conhecidas e “denunciadas mazelas de rigidez, baixa comunicação, autoritarismo, alienação dos trabalhadores, e, mais importante, na insensibilidade para com as necessidades dos usuários” (CECÍLIO, 2010, p. 558).

Um estudo realizado por Cecílio (2010) mostrou que a gestão, ao reconhecer o colegiado como um dispositivo democrático que possibilita o compartilhamento nas tomadas de decisões e, conseqüentemente, da corresponsabilização entre os atores envolvidos nesse processo, permite a exploração de novos sentidos e novas possibilidades de intervenção, e, sobretudo, favorece a constituição de espaços onde os temas da autoridade, do poder, do controle da decisão, sempre estão presentes, de forma mais ou menos explícita.

Mori e Oliveira (2009) enfatizam que não basta apenas incorporar no processo de trabalho arranjos de cogestão uma vez que o modo de funcionamento do coletivo pode deflagrar disputa de poder e, até mesmo, o coordenador exercer poder de autoridade, pelo lugar que ocupa. Adicionam que é fundamental a democratização do poder que vislumbre a autonomia e o protagonismo de sujeitos e, que para sua concretização é estratégico inserir equipes matriciais que terão como ‘macro objetivos’ a efetivação dos princípios de democratização, descentralização, construção coletiva, além de transversalização e capilarização de todo processo.

Outros desafios, conforme Campos (2010, 2000, 1998), voltam-se para a superação da racionalidade gerencial hegemônica que persegue a utopia de reduzir o sujeito do trabalho a um objeto, a um recurso maleável conforme o planejamento e programas definidos pela direção ou, em geral, por especialistas que pensam e planejam afastados do espaço onde se realiza o trabalho, além de pensar-se como um instrumento disciplinar, como um modo de controle sobre o trabalho e trabalhadores. Outro desafio é compreender que o ser humano não é uma ‘máquina’ e que há necessidade de formar seres humanos mais solidários, cultos e reflexivos e que estes possam decidir autonomamente para um bem comum e não, apenas, pelo seu interesse individual ou conforme a tradição.

Acrescenta que a ruptura de processos hegemônicos que possibilitem a construção de outra racionalidade gerencial em saúde dependerá de uma reconstrução crítica em vários planos, como da política, da sociabilidade, da gestão e mesmo da epistemologia. Dentro disto,

há necessidade de gestar-se outro paradigma para a gestão em saúde. “Um paradigma que reconheça e conviva com a autonomia relativa dos trabalhadores, mas que desenvolva formas de controle sobre o trabalho segundo a perspectiva dos usuários e também tomando em consideração o saber estruturado sobre saúde” (CAMPOS, 2010, p. 2342).

Entretanto, Merhy (2007b, p. 242) evidencia que o fato mais marcante dos trabalhadores e da gestão de saúde seja seu grau de afastamento do movimento em defesa da vida. Acrescenta que, defender a vida é o que assegura valor de uso ao trabalho e as organizações de saúde, desse modo, não poderiam ser fundadas em outro princípio que não fosse o de defesa da vida. *Depois viria o resto, o interesse econômico, as conveniências políticas, as normas burocráticas, etc.*

Nesta relação, Campos (2007) defende que o Apoio Paidéia como metodologia que tem a capacidade de construir a análise/compreensão sobre si mesmo, sobre organizações e contexto, ou seja, sobre relações com o mundo da vida, possibilita a formação de sujeitos compromissados com pressupostos da defesa da vida.

Enfim, os pressupostos de defesa da vida propõem a ruptura com modelos assistenciais em saúde que não sejam assentados no princípio de que a saúde, além de ser um bem público, é um preceito à qualidade de vida das pessoas. Deve considerar, não apenas o princípio da integralidade (CECÍLIO, 2006; MATTOS, 2006), mas também o princípio do direito de escolha, por parte do usuário, de sua terapêutica (PINHEIRO, 2001). Deve ser capaz de modificar as práticas de caráter anti-humanistas em saúde e disparar processos de constituição de *empowerment* comunitário (CAMPOS, 2006). O *empowerment* parte da idéia de dar às pessoas o poder, a liberdade e a informação que lhes permitem tomar decisões e participar ativamente da organização (HEIDMANN; et al., 2006).

2.3 GESTÃO E O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

A garantia de acesso aos serviços de saúde configura-se como um dos grandes desafios do SUS, isso porque além da extensão territorial, o Brasil tem concretas diferenças regionais, principalmente, no que concerne ao campo político (gestão da organização e dos serviços de saúde) e das condições socioeconômicas da população brasileira.

Ao se pensar no campo político, deve-se pontuar a responsabilidade da gestão na forma de implantação e implementação de políticas públicas, reconhecendo que estas podem favorecer ou dificultar o acesso da população aos serviços de saúde local. Reconhece-se que é nesse campo que se tem o poder de decidir o que deve ou não deve ser feito, levando-se em consideração a saúde como direito de cidadania e o compromisso ético em fortalecer e materializar o cuidado à saúde pautado nos princípios do SUS.

A gestão no cotidiano em saúde é um terreno de produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde ao qual busca fazer a mediação entre determinações histórico-estruturais das políticas sociais e das práticas cotidianas em saúde. Entende-se por modelos de atenção à saúde o arranjo organizacional que não é simplesmente uma forma de organizar os serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar um sistema de saúde uma vez que refletem uma determinada combinação de saberes e técnicas que são utilizados para resolver problemas e atender às necessidades de saúde, individuais e coletivas. (CARVALHO e CUNHA, 2006). É nessa lógica que se percebe a necessidade de instaurar uma nova ordem organizacional que seja capaz de garantir o acesso aos serviços de saúde de modo a atender às necessidades de saúde do usuário, família, comunidade e diminuir a desigualdades sociais existentes em nosso país.

Há diferentes concepções acerca das desigualdades em saúde. Para essa reflexão reconhece-se que no processo social a produção é desigualmente distribuída, resultando na percepção de que o acesso a bens e serviços em um dado nível de saúde é fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social (BARATA, 2005). Logo, as desigualdades sociais nas condições, no acesso e na utilização de serviços de saúde expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social que representam iniquidades (TRAVASSOS E CASTRO, 2008).

O acesso é o fator que media a relação entre procura e a entrada no serviço. É influenciado diretamente pelo modo como a gestão organiza os serviços de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidades, os quais podem favorecer ou obstruir a sua utilização por potenciais usuários e expressar a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS e CASTRO, 2008). Outros autores como Andersen (1973) aponta acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada do usuário nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. No entanto, o acesso ao serviço de saúde não irá depender apenas da disponibilidade do serviço ao usuário, mas estará relacionado com questões financeiras, culturais, organizacionais, vínculos, qualidade no serviço oferecido, entre outros (GULLIFORD, 2009).

Baseado nesta afirmativa, Gulliford (2009), com base em McIntyre et al, caracterizou o acesso como o grau de ajuste entre usuários e serviços de saúde. Para que esta relação seja equalizada, é importante ressaltar que as barreiras de acesso são determinantes para a utilização ou não dos serviços de saúde e que, segundo Travassos e Castro (2008), essas barreiras se classificam em: geográficas, financeiras, organizacionais e de informação.

Com respeito a barreiras ao acesso no campo geográfico, Norris (2006) afirma que a proximidade geográfica da fonte de cuidado médico deve ser razoável para o consumidor, sendo esta a primeira dimensão a ser considerada dentro da disponibilidade do serviço ao usuário. As barreiras financeiras são vistas principalmente diante da capacidade de pagamento do usuário, ou seja, quanto maior o valor dos serviços de saúde menor o uso das pessoas, principalmente as que possuem condições econômicas menos favoráveis.

No aspecto organizacional, as barreiras expressam as características da organização dos serviços e do tipo e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam a sua utilização. Conveniência do horário de funcionamento dos serviços, tempo de espera para ser atendido, tipo de profissional disponível (especialidade, idade, gênero), existência de medidas de acolhimento e de política de humanização e qualidade técnica do cuidado são características organizacionais que podem impactar o acesso organizacional (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

No tocante às barreiras de informação, o ponto principal recai sobre a percepção das pessoas sobre o sistema de saúde, os serviços de saúde, as doenças, suas alternativas terapêuticas, o capital cultural das famílias, o grau de escolaridade e o acesso aos vários meios de informação (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

Considerando o conhecimento produzido sobre o termo “acesso” e as barreiras a ele inerentes, cabe aos gestores repensar o modo de organização dos serviços de saúde, sobretudo, a construção de modelo de atenção instituído com capacidade para vencer essas barreiras. A gestão é fundamental nesse processo, pois a depender de quem está à frente (gestor) poderá disparar estratégias que facilitem o acesso aos serviços de saúde bem como a mudança das práticas de saúde que possam produzir o cuidado pautado na integralidade da atenção (MERHY, 2004).

Vale ressaltar que o Pacto pela Saúde configura-se como um conjunto articulado de metas voltadas à melhoria da qualidade da atenção à saúde para população, de modo a garantir que os gestores locais pactuem compromissos efetivos para áreas prioritárias. Dentre essas áreas encontra-se o controle da TB, sobretudo na porta de entrada do sistema, ou seja, no nível de atenção básica em saúde, no Brasil, representada pela Estratégia Saúde da Família. No campo político do governo, a integração das atividades de controle da TB nas pesquisas de saúde da família é buscada por meio de planejamento e da gestão conjunta das atividades, da definição de competências e do estabelecimento da malha de ligações entre os programas do PCT e as equipes de saúde da família (FIOCRUZ, 2008).

Nesse sentido, para que haja um efetivo controle da TB se faz necessário que o compromisso dos gestores de saúde esteja pautado na garantia do acesso em suas várias dimensões (disponibilidade e aceitabilidade), com o intuito de efetivar a saúde no Brasil como um direito social e de cidadania, como previsto na Constituição Federal de 1988.

CAPÍTULO 3
PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO

O fenômeno a ser estudado, conforme introdução anterior, tem como enfoque central analisar a discursividade dos gestores acerca da relação da organização dos serviços de saúde e a influência com o retardo do diagnóstico da TB, no município de João Pessoa – PB.

Por esse motivo, busca-se na abordagem qualitativa um suporte para operacionalizar as inferências elencadas neste estudo, já que ela envolve mais do que a expressão de um fenômeno singular. A pesquisa qualitativa é um conjunto de práticas que valoriza histórias, tensões e contradições na sociedade, com o compromisso de resguardar a complexidade das coisas e dos fenômenos estudados (PINHO, 2009).

Para Minayo (2004, p. 23) o estudo do tipo qualitativo é apropriado para as questões que indagam sobre uma realidade específica, “que tem carga histórica e reflete posições frente à realidade, momento do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações de classes e de grupos determinados”. A autora acrescenta que a pesquisa qualitativa propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida por meio do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum (MINAYO, 2004). Logo, busca-se nesse estudo explorar as compreensões subjetivas das pessoas a respeito de sua vida diária, estando relacionada aos significados que as mesmas atribuem as suas experiências do mundo social e como compreendem esse mundo, tentando interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão (POPE; MAYS, 2005).

Segundo Oliveira (2005), o enfoque qualitativo permite oferecer contribuições no processo de mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

Com o intuito de atingir os objetivos deste estudo e aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno, buscar-se-á, a partir de depoimentos dos sujeitos, analisar como o modelo de gestão influencia no acesso aos serviços de saúde para o controle de TB; identificar os fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde para o retardo no diagnóstico de TB e identificar as características dos serviços de saúde que influenciam para o retardo no

diagnóstico da TB. Nesse sentido, a natureza qualitativa do estudo torna-se pertinente porque privilegia os significados que traduzem as visões de mundo que os sujeitos sociais introjetam sobre determinados aspectos da realidade. Enfim, a abordagem qualitativa atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores (MINAYO; et al, 2005).

3.2 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Elegeu-se como cenário do estudo o município de João Pessoa – PB. João Pessoa é considerado um dos municípios prioritários pelo Ministério da Saúde para o controle da TB (Figura 1). Segundo dados do IBGE (2008), João Pessoa, capital do estado da Paraíba, possui uma população de 674.762 hab. e uma área territorial de 210,55 km² (0,3 % da superfície do estado), o município tem atualmente 64 bairros com uma área bruta de 160,76 Km². Limita-se ao norte com o município de Cabedelo por meio do rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente.

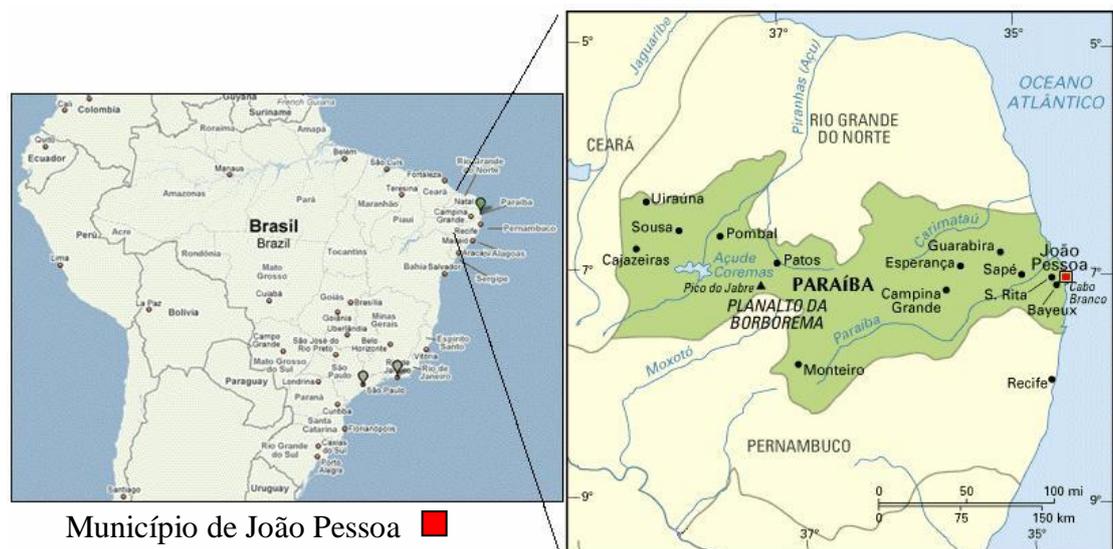


FIGURA 1 – Mapa do Estado da Paraíba com destaque para a localização dos principais municípios.

Fonte: Relatório de Gestão da DVS, 2005 a 2008.

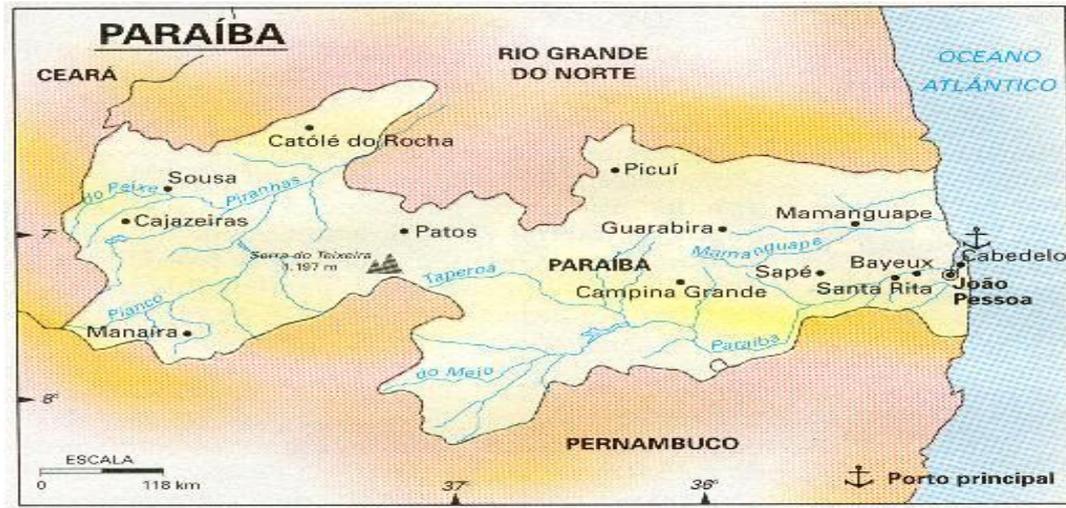


FIGURA 02: Mapa da Paraíba e a localização dos seis municípios prioritários para o controle da TB.

Fonte: <http://www.emepa.org.br>

A rede de serviços de saúde está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (DS) (Figura 3), que recortam toda a extensão territorial da cidade, sendo o maior deles o DS III, que engloba uma população de 179. 229 habitantes, distribuída em 14 bairros. Para cada distrito, existe um diretor responsável em gerenciar e operar ações de atenção e vigilância à saúde executadas nas respectivas dimensões geográficas (JOÃO PESSOA, 2006).

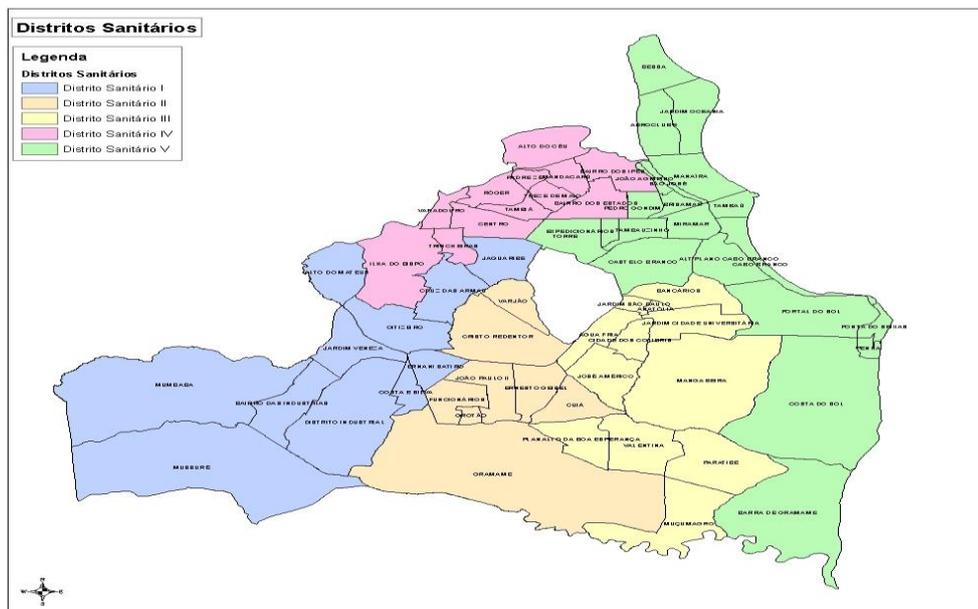


FIGURA 3: Divisão administrativa-territorial da rede de serviços de saúde. Município de João Pessoa/PB.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. João Pessoa-PB

João Pessoa representa o mais importante polo de referência no Estado da Paraíba, com migrações internas e externas que influenciam na geração e avaliação dos seus indicadores de saúde, demográficos e socioeconômicos. Pertence ao 1º Núcleo Regional de Saúde (NRS) juntamente com mais 24 municípios, todos localizados na mesorregião do Agreste Paraibano.

Atualmente, as ações de controle da tuberculose são realizadas por 180 Equipes de Saúde da Família, 03 Centros Especializados, 02 hospitais de referência e 02 laboratórios que realizam a baciloscopia. Dentre as Unidades de Saúde da Família (USF), 24,5% (40) adotaram o DOT como estratégia de controle dos casos. Convém ressaltar que a maior parte dos casos residentes no município é diagnosticada pelo ambulatório de pneumologia do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (HCF), Unidade de Referência Estadual para diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis, considerado ainda a principal porta de entrada para os casos de tuberculose (LIMA, 2008).

A situação atual de TB no município de João Pessoa evidencia um certo incremento no número de notificações, conforme demonstra a tabela 1. Segundo dados da área técnica de TB da SMS o número de casos estimados de sintomáticos respiratórios para 2010 foi de 7.022 sendo detectados e examinados 830 casos (11,8%). Em relação à taxa de incidência, houve um aumento do ano de 2008 de 52,23/100.000hab. para 56,39/100.000hab. em 2009, considerando todas as formas de TB. Sobre a incidência da forma pulmonar (+) passou de 26,06/100.000hab. em 2008 para 29,19/100.000hab. em 2009. O número de óbitos por TB em 2008 foi de 05(1,3%) e em 2009 com 10(2,5%) dos casos.

Tabela 1: Distribuição de casos de Tuberculose no município de João Pessoa, no período de 2001 -2010*.

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010**
Número de Casos	385	333	378	435	427	354	416	462	516	366

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2010 (Banco de dados SINAN-JPA).

* Dados sujeitos a alteração.

** Banco de dados Outubro/2010.

Observam-se na tabela 2 os dados referentes às unidades notificadoras que demonstram ter havido um aumento no número de notificações originadas das Unidades de Saúde da Família, sendo o ano de 2006 o que apresenta maior número, 40,4% dos casos notificados.

Tabela 2: Distribuição de casos notificados de tuberculose segundo serviços de notificação no de João Pessoa, no período de 2001 -2010*.

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010**
Serviço de Referência Estadual	277	224	303	341	337	186	351	397	433	302
Unidade Saúde da Família	00	00	20	50	65	143	51	58	67	51
Centro de Saúde	60	47	10	03	05	03	02	01	01	01
Outros***	48	62	45	41	20	22	12	06	15	12

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2010 (Banco de dados SINAN-JPA).

* Dados sujeitos a alteração.

** Banco de dados Outubro/2010.

*** Hospitais privados e Universitário.

Nas tabelas 3 e 4 observa-se que, na maioria dos anos, a taxa de cura foi acima dos 60% dos casos notificados e tratados, entretanto, em relação à taxa de abandono, nota-se uma oscilação nas taxas. Verifica-se que houve um declínio significativo na taxa de abandono do ano de 2008, com 18,4%, para o ano de 2009, com 10,1%.

Tabela 3: Distribuição de casos de cura e abandono no município de João Pessoa, no período de 2001 -2010*.

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010**
Cura	291	259	293	285	303	183	270	244	284	42
Abandono	71	42	41	43	49	31	58	95	52	13

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2010 (Banco de dados SINAN-JPA).

* Dados sujeitos a alteração.

** Banco de dados Outubro/2010.

Tabela 4: Taxa de cura e abandono no município de João Pessoa, no período de 2001 -2010*.

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010**
Cura	75,6	77,8	77,5	65,5	71,0	51,7	64,9	52,8	55,0	11,5
Abandono	18,4	12,6	10,8	9,9	11,5	8,8	13,9	18,4	10,1	3,6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2010 (Banco de dados SINAN-JPA).

* Dados sujeitos a alteração.

** Banco de dados Outubro/2010.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A definição dos sujeitos do estudo é uma fase que, minimamente, demanda uma discussão acerca de sua pertinência e procedimentos. Deve-se buscar o aprofundamento e a compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma

representação (MINAYO et al, 2005). Acrescentam os autores que se deve ainda priorizar os sujeitos que possuem atributos do que se deseja conhecer; certificar-se de que a amostra é suficiente a partir da reincidência das informações, mas não desprezar informações singulares; trabalhar com a noção de que os informantes sejam suficientemente diversificados a ponto de possibilitarem a apreensão de semelhanças e diferenças e que os grupos contenham o conjunto das experiências que se pretende captar (MINAYO; et al, 2005).

Assim, os sujeitos colaboradores desse estudo foram 16 trabalhadores de saúde de João Pessoa que atuam como integrantes de equipes gestoras responsáveis pela organização dos serviços de saúde. Como critério de inclusão dos sujeitos considerou-se gestor de Unidades Integradas do Programa Saúde da Família, estes (gestores das Unidades Integradas) representados na figura dos Apoiadores Matriciais (AM).

Os apoiadores, integrantes de equipes matriciais, foram escolhidos por serem considerados como um dispositivo dinamizador do processo de reformulação das práticas de saúde que visa o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização das equipes de saúde para construção do cuidado integral no âmbito local (JOÃO PESSOA, 2006).

De acordo com Campos e Domitti (2007), o AM oferece tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Segundo os autores, essa metodologia de Gestão do Cuidado foi adotada primeiramente em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do SUS de Campinas - SP. Algum tempo depois, alguns programas do Ministério da Saúde – Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/Saúde da Família – também incorporaram essa perspectiva.

Entende-se por apoio matricial o arranjo de gestão inscrito na lógica das unidades de produção, enquanto coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho (CAMPOS, 2000). Nesse sentido, acrescenta Oliveira (2010) que o AM introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os diversos profissionais favorecendo uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde.

Na gestão, a figura do apoiador matricial é definida por Campos e Domitti (2007) como um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe

primariamente responsável pelo caso. Assim, a escolha do apoiador matricial como sujeito desse estudo foi intencional, tendo em vista ser este um ator que possibilitará a compreensão da organização dos serviços do sistema de saúde municipal para detecção, diagnóstico e controle da TB.

Utilizou-se, ainda, como critério de inclusão na pesquisa o gestor ser domiciliado no município de João Pessoa, aceitar participar da pesquisa, responder o instrumento de coleta de dados e assinar o Termo de Livre Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Respalhando-se pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a fim de evitar a quebra de sigilo de informações ou de identidade, os atores-chave, isto é, todos os profissionais entrevistados, caracterizaram-se, nesta etapa da pesquisa, por siglas que referiram a ordem de suas entrevistas, respectivamente: G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15 e G16. O quadro abaixo apresenta os sujeitos investigados segundo sexo, idade, formação e tempo no cargo de cada gestor participante do estudo:

Gestor	Sexo	Formação	Tempo Cargo	Especialização
G1	Feminino	Fisioterapia	09 meses	Derm. Funcional
G2	Feminino	Assistência Social	1 ano e 1 mês	Saúde da Família
G3	Feminino	Nutrição	1 ano e 1 mês	Saúde da Família
G4	Feminino	Psicologia	1 ano e 1 mês	Saúde Pública
G5	Feminino	Enfermeira	3 anos	Saúde da Família/Saúde Pública/Gestão do Cuidado em Saúde
G6	Feminino	Farmácia	1 ano e 2 meses	Bioquímica
G7	Feminino	Educação Física	1 ano e 1 mês	Saúde Coletiva
G8	Feminino	Educação Física	1 ano e 1 mês	Metodologia do Ensino e da Pesquisa em Educação Física, Esporte e Lazer
G9	Feminino	Fisioterapia	1 ano e 6 meses	Educação
G10	Feminino	Fisioterapia	1 ano e 6 meses	Saúde da Família
G11	Feminino	Fisioterapia	1 ano e 6 meses	Traumato-ortopedia e reumatologia
G12	Feminino	Farmácia	1 ano e 3 meses	Análises Clínicas
G13	Feminino	Fisioterapia	02 meses	Não tem.
G14	Feminino	Enfermagem	02 meses	Saúde da Família
G15	Feminino	Psicologia	1 ano e 6 meses	Saúde da Família
G16	Feminino	Farmácia	1 ano	Bioquímica

Quadro 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Fonte: Dados da pesquisa (Ago/Set, 2009).

3.4 PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO

De acordo com Turatto (2003), a preparação para o trabalho de campo é uma das fases da pesquisa que requer um conjunto de providências práticas, em sua maioria previamente pensada, as quais serão conjugadas no campo, precisamente no momento e no local onde o pesquisador contacta os sujeitos e recolhe os dados. Assim, para o desenvolvimento do trabalho de campo, algumas medidas prévias foram providenciadas:

- Elaborar o cronograma, organizando um roteiro de atividades, fazendo contatos prévios com os sujeitos do estudo, agendando as visitas, entrevistas e outros que se fizeram indispensáveis;
- Preparar todos os insumos, equipamentos e instrumentos que foram necessários para realização da coleta de dados.

3.5 UNIVERSO EMPÍRICO DO ESTUDO

O instrumento eleito para coleta de dados foi um roteiro de entrevista. Este foi construído a partir de múltiplas discussões realizadas no grupo da Rede-TB, especificamente, com o grupo Quali/Gestor. As questões inseridas no instrumento foram minuciosamente construídas de modo a obter resultados satisfatórios que respondam aos objetivos elencados no estudo.

A técnica empregada para obtenção dos dados foi a entrevista. Esta possibilita alcançar dados mais fidedignos de modo a fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema (TRIGUEIRO, 2009). A entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, ou seja, “ato de perceber realizado entre duas pessoas” (RICHARDSON, 2009, p. 208). É uma técnica preciosa de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador (TURATO, 2003). Minayo (2004, p.108) acrescenta que a entrevista possibilita informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos”.

Numa entrevista de pesquisa qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, e a tarefa de pesquisar é evitar, o máximo possível, impor a estrutura e as suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado. A pesquisa precisa permanecer aberta à possibilidade de que os conceitos e as variáveis que emergem podem ser muito diferentes daquelas que podem ter sido previstas no início (POPE; MAYS, 2005).

Nesse sentido, decidiu-se utilizar a entrevista semidirigida, por permitir ao pesquisador uma melhor interlocução com o entrevistado com o intuito de auxiliar a construção das ideias em exposição. Aqui, adotou-se a nomenclatura “entrevista semidirigida” em vez de “entrevista semiestruturada” por compactuar com o pensamento de Turato (2003) quando menciona que todas as entrevistas sempre têm uma estrutura previamente estabelecida, por outro lado, quanto a serem dirigidas, estas podem ser totalmente, parcialmente ou praticamente nada, pois o ato de dirigir significa dar direção, apontar para onde a entrevista caminhará.

Deste modo, decidiu-se utilizar a entrevista 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, 2003).

Assim, utilizou-se um roteiro de entrevista (**Apêndice-A**) contendo questões acerca da organização dos serviços de saúde para o controle da TB no município e a atenção à pessoa doente de TB; a percepção da estratégia DOTS nas USF e como desenvolve o processo de planejamento nos locais de atuação dos gestores.

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro do ano de 2010. Todas as entrevistas foram marcadas previamente, após contato do entrevistador com o informante, o qual escolheu o dia, horário e local que deveria ser realizado a entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas no local de trabalho do gestor por escolha dos entrevistados, por entender que as entrevistas deveriam ser realizadas conforme a conveniência dos mesmos. Sobre isto, Turato (2003) afirma que a coleta de dados será ainda melhor se a entrevista se der previamente em momento marcado e que seja em local familiar e harmonioso para o colaborador do estudo.

Antes do início de cada entrevista foi explicitado o objetivo do estudo, com a finalidade do estabelecimento do *rapport*² e também um maior esclarecimento sobre o que seria realizado e do porquê da escolha do entrevistado. Após as devidas explicações, todo entrevistado recebeu informações sobre o destino dos dados colhidos e a garantia do sigilo na sua utilização. A partir da aceitação na colaboração do estudo, foi solicitada a assinatura no TCLE (**Apêndice - B**). As entrevistas foram gravadas individualmente com gravador audioportátil e MP4, após concordância dos entrevistados.

A cada entrevista gravada, utilizou-se o caderno de campo, a fim de realizar o registro das impressões sobre o contato com os colaboradores, o ambiente em que se deu a entrevista e as dificuldades encontradas durante o percurso para a coleta de informações.

Todas as entrevistas foram posteriormente transcritas, fase da pesquisa que requer muita dedicação porque é um momento de idas e vindas ao texto dos depoimentos, em que o pesquisador tem que ter um “olhar” minucioso para a transcrição, de forma a não perder nenhum detalhe que possa comprometer a autenticidade do relato. Após a transcrição, foi feita uma segunda leitura do documento, acompanhado da gravação, e uma terceira leitura sem o equipamento, feito de forma minuciosa, a fim de observar a essência do texto.

3.6. ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO A PARTIR DO ATLAS.TI

Os depoimentos transcritos foram organizados com uso do *software* Atlas.ti versão 6.0, em torno de questões norteadoras, mediante a criação de *Hermeneutic Unit* (HU); através dos ícones *File, open*, foi salvo no *TextBank* o nome do HU a ser utilizado – Retardo no diagnóstico da TB e os aspectos relacionados à gestão. Em seguida, as entrevistas de cada gestor foram inseridas, através do ícone *Primary Doc Manager* (P-Docs), no total de 16 (dezesesseis) entrevistas salvas em extensão – *rtf*. Após leitura minuciosa destas, de modo a contemplar o objeto de investigação, registrando também as impressões das falas, acompanhada da revisão da literatura científica, foi realizada a codificação do *corpus*, criando-se códigos pelo ícone *Code Manager* (Codes), sendo 10 Codes:

Descentralização do controle da TB para ABS/ESF; Cuidado e responsabilização da ESF com o doente de TB; A compreensão do DOTS como estratégia de controle da TB;

²*Rapport* pode ser definido como um sentimento consciente de acordo, simpatia, confiança e responsividade mútua entre uma pessoa e outra (TURATO, 2003, p. 327).

Passividade das equipes SF na produção e análise das informações acerca da TB; Planejamento das ações de controle da TB; Retardo no diagnóstico em relação à qualificação dos profissionais; Resistência do usuário na busca de atendimento no serviço de saúde; Resistência dos profissionais para o cuidado da TB na AB e medo de contágio; Estigma da doença pelo usuário e população; Falta de informação dos usuários sobre TB.

Após criação dos códigos, as entrevistas foram abertas, uma de cada vez, e codificadas através do sublinhamento dos fragmentos, sendo que cada fragmento poderia receber um ou mais códigos. Os fragmentos eram armazenados no ícone *Quotation Manager* (Quotes). Após a codificação das 16 entrevistas, foram gerados relatórios através do ícone *Tools*, seguido do ícone *Query Tool*, através do qual se selecionava o código que se desejava obter o relatório, e acionando-se o ícone da impressora, adquiria-se o relatório. Estes relatórios se constituíram de instrumentos fundamentais para aplicação da técnica de análise.

3.7 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

3.7.1 Aplicação da técnica de análise – Análise de Discurso

No processo de análise do material empírico foi utilizada a técnica de análise do discurso (AD) na vertente proposta por Orlandi (2009), uma vez que é indicada nas pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis como argumentos, ou como meios capazes de revelar a visão de mundo e, portanto, a posição ideológica do sujeito discursivo.

Vale esclarecer que a AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido; pode-se afirmar que o *corpus* da AD é constituído pela seguinte formulação: ideologia+história+ linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de ideias que constitui a representação; a história é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na AD a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer (COREGNATO e MUTTI, 2006).

Orlandi (2009) refere que o discurso é uma dispersão de textos e texto é uma dispersão do sujeito. Nesse sentido, a constituição do texto é heterogênea, isto é, ela ocupa (marca) várias posições no texto a partir do lugar onde o sujeito se encontra. E essas distintas

posições do sujeito no texto correspondem a diversas formações discursivas. Isto se dá porque em um mesmo texto podemos encontrar enunciados de discursos diversos, que derivam de várias formações discursivas.

Daí a importância de observar: de que lugar fala esse sujeito; qual papel ocupa; como se posiciona frente ao seu interlocutor; e quais imagens de poder ambos fazem um do outro, pois essas são socialmente construídas. Salienta a autora que “o imaginário faz necessariamente parte do funcionamento da linguagem. Ele é eficaz. Ele não brota do nada: assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas, em uma sociedade como a nossa, por relações de poder” (ORLANDI, 2009, p. 42).

Enfim, toda interpretação é regulada em suas possibilidades, em suas condições, não sendo mero gesto de decodificação, ou apreensão de sentidos. Deve-se considerar que “nem a linguagem, nem os sentidos, nem mesmos os sujeitos são transparentes: eles têm sua materialidade e se constituem em processo em que a língua, a história e a ideologia concorrem conjuntamente” (Orlandi, 2009, p. 48).

A aplicação da técnica de AD permitiu identificar no discurso dos sujeitos a que posição discursiva, legitimada socialmente pela união da história, do social e da ideologia estes sujeitos se filiam e produzem sentidos. Para Orlandi (2009), o sentido não existe em si, porém é determinado pelas posições ideológicas postas em jogo no processo social e histórico em que as palavras são produzidas.

Inicialmente, foram realizadas leituras exaustivas sobre AD de linha francesa, com o intuito de aprofundamentos conceituais e metodológicos da técnica a ser empregada na análise dos depoimentos transcritos a partir das falas dos sujeitos que compreende o material de linguagem bruto ou superfície linguística. Em seguida, foram realizadas leituras da superfície linguística com a finalidade identificar sinais, vestígios e pistas que apontem para o fio do discurso, sendo este processo denominado de-superficialização. Realizado este processo, foi constituído o *corpus discursivo* considerando o objeto de estudo e seus objetivos.

A partir do corpus discursivo foi observado nos enunciados a discursividade e incidindo em primeiro lance de análise de natureza linguístico enunciativa, construiu-se o *objeto discursivo*.

A segunda etapa da análise procurou relacionar as *formações discursivas* distintas, as quais foram observadas através de processos parafrásticos, polissêmicos e metafóricos.

Após esse processo, foram identificadas as seguintes formações discursivas: *Relação da organização dos serviços de saúde que influenciam para a gestão do cuidado da TB e os Fatores relacionados à organização dos serviços que retardam no diagnóstico de TB*. Conforme figuras 4 e 5:

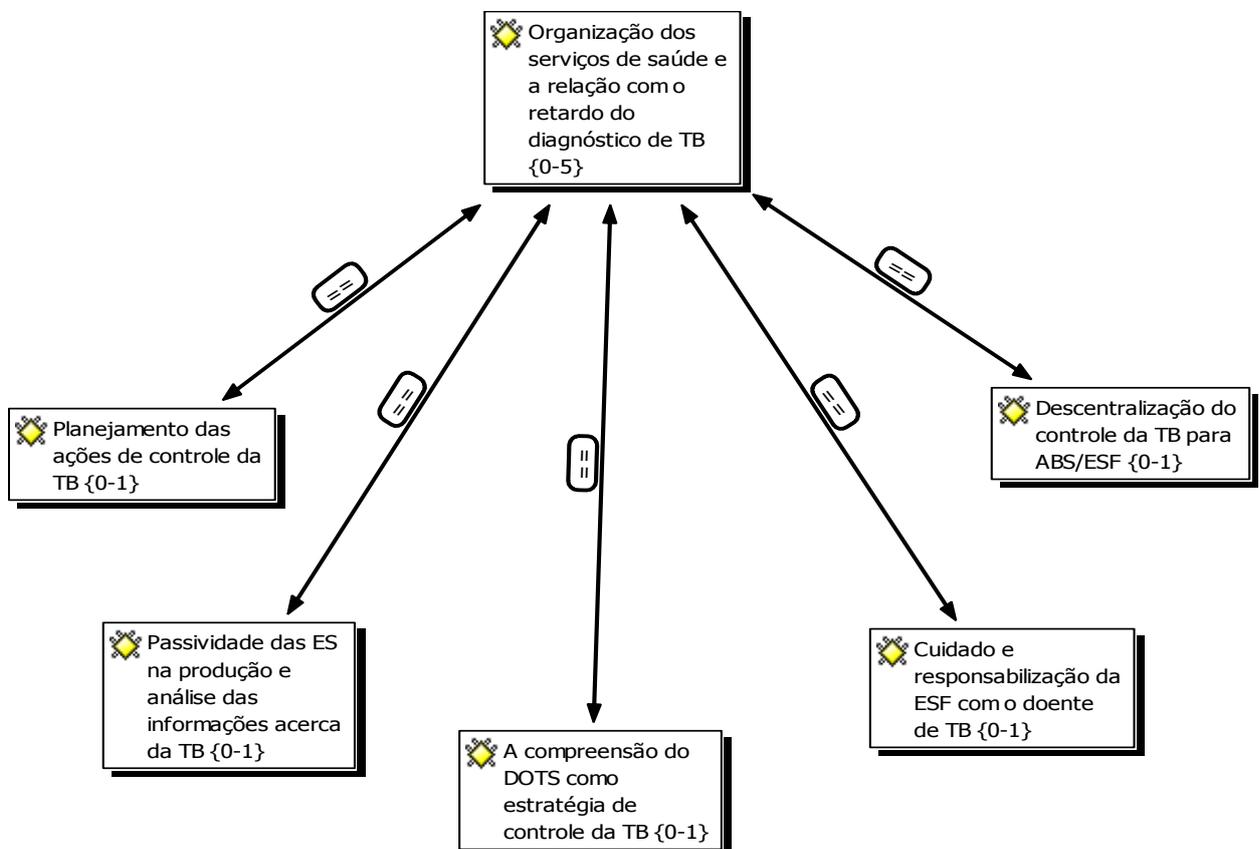


FIGURA 4: Relação da organização dos serviços de saúde que influenciam para a gestão do cuidado da TB. João Pessoa/PB.

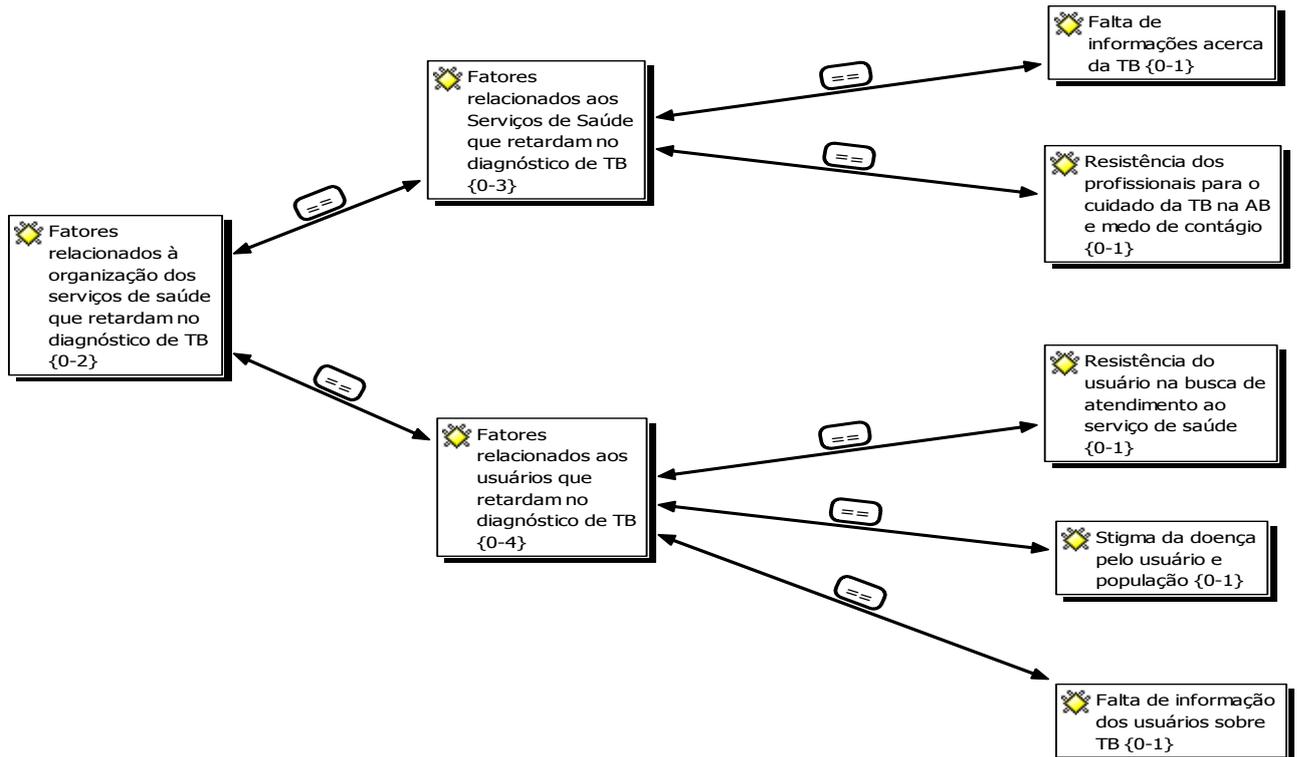


FIGURA 5: Fatores relacionados à organização dos serviços que retardam no diagnóstico de TB. João Pessoa/PB.

A partir desta etapa, os enunciados que caracterizavam os discursos dos sujeitos foram analisados quanto: à posição ideológica do sujeito, sua relação com outros discursos, redes de filiações históricas, quanto ao interdiscurso e à memória discursiva.

O referencial teórico-metodológico encontra-se fundamentado nos conceitos de Promoção da Saúde, Organização de Serviços de Saúde, Planejamento em Saúde e Modelos de Gestão em Saúde e na técnica de análise de discurso de linha francesa, a qual visa à compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos. (ORLANDI, 2009).

A pertinência da análise do discurso neste estudo decorre da possibilidade dessa técnica de análise poder revelar tanto a visão de mundo quanto o posicionamento dos sujeitos em relação à temática da organização dos serviços de saúde e do retardo no diagnóstico da TB a partir de suas vivências como gestores. Outra justificativa para a escolha da análise do discurso encontra-se no interesse dos pesquisadores em identificar as contradições entre o corpo teórico que envolve o tema da organização de serviço, modelo de gestão e do retardo do

diagnóstico e as ações dos gestores frente à gestão do cuidado para com a TB, no que concerne à viabilização deste.

3.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CCS/UFPB, atendendo às orientações éticas e legais, inerentes ao protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos, contido na Resolução 196/96 CNS (BRASIL, 1996). Sua aprovação se deu em 17 de dezembro de 2008, sob número de protocolo 0589 (**ANEXO 1**).

As autorizações dos sujeitos para gravação e uso das informações foram obtidas mediante a assinatura do TCLE, que, além de assinado, está datado. Uma cópia foi entregue ao entrevistado e outra encontra-se de posse do entrevistador. Não houve qualquer tipo de fornecimento de benefícios aos entrevistados, bem como risco de discriminação por participar da pesquisa. Foi garantida a liberdade de participar ou não e de desistir a qualquer momento. Também foi assegurado o sigilo e o anonimato dos sujeitos.

As entrevistas foram transcritas e guardadas em lugar seguro e confidencial, de acesso somente dos pesquisadores, em conformidade com os princípios que implicam na eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

CAPÍTULO 4
ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

A materialidade discursiva aqui apresentada constitui-se dos discursos dos apoiadores matriciais que atuam como gestores nas Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa/PB. Os apoiadores matriciais representam um elo entre as equipes de Saúde da Família e as demais instâncias de gestão municipal (Distrito Sanitário e Órgãos da Secretaria Municipal de Saúde-SMS). A instituição desses atores nos serviços de saúde local teve início no ano de 2006, como uma estratégia da gestão para potencializar a Política Municipal de Saúde, voltada à reorientação do modelo de atenção à saúde (JOÃO PESSOA, 2006).

Na atual gestão, a SMS tem como plano estratégico a construção da atenção integral e humanizada e a educação permanente em saúde - EPS. Essa estratégia de gestão tem a intenção de viabilizar a transformação, que consiste num movimento de mudanças das práticas de saúde. Nesse sentido, busca-se estabelecer o comprometimento dos gestores, trabalhadores, instituições formadoras, usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e movimentos sociais, que atuam na identificação de problemas. “É preciso que haja a cooperação de todos esses atores para a resolução dos principais problemas, visando à integralidade da atenção e à reestruturação do SUS municipal” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 26).

Logo, para que essa ideia se fortalecesse, na perspectiva de concretização da política, fez-se necessária a inserção de um profissional capaz de disparar mudança de processos de gestão e, conseqüentemente, dos processos de trabalho em saúde. Esse “novo” trabalhador da saúde, denominado de apoiador matricial, deveria dispor de ferramentas de trabalho que corroborassem com o processo de mudança do método de trabalho estabelecido e suas ações deveriam ser embasadas em conceitos como: educação permanente em saúde, cogestão, vigilância da saúde, matriciamento, planejamento estratégico e promoção da saúde.

Os apoiadores matriciais inseridos no município apresentam distintas formações acadêmicas o que possibilitariam a inter e a transdisciplinaridade na condução de processos de mudança nos serviços de saúde de Atenção Básica (AB), no município de João Pessoa, representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerando que os apoiadores matriciais representam uma figura de gestão dentro da organização dos serviços de saúde no município, doravante serão nomeados de gestores, para melhor compreensão do leitor.

1ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A RELAÇÃO COM A GESTÃO DO CUIDADO DA TB.

Entende-se por modelo de gestão uma maneira de organizar os recursos humanos, materiais e financeiros para prestar serviços, neste caso, serviços de saúde, devendo estabelecer as variáveis prioritárias e os parâmetros que irão conduzir a organização. As variáveis de maior importância referem-se aos insumos, processos, produtos e equipamentos necessários para cumprir com a função social da instituição. Neste sentido, o modelo de gestão deve ter características próprias para agregar valor às estratégias desenvolvidas pelas organizações, de modo a facilitar o acesso e a qualidade assistencial em função do impacto das ações e serviços sobre a saúde da população, privilegiando a perspectiva de avaliação da satisfação do usuário (BRASIL, 2003; JUNQUEIRA, [19--?]).

A organização dos serviços refere-se aos níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas. Esse arranjo administrativo-gerencial deve oferecer às populações referidas atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema. Deve-se ainda articular uma rede de serviços de saúde locais para dar “cobertura” a um contingente populacional delimitado, a partir da capacidade instalada de cada unidade sanitária, tendo como horizonte o que cada uma produz em relação às ações de proteção e recuperação da saúde (GONDIM; et al., 2008).

Na busca de revelar a discursividade dos gestores sobre a organização dos serviços de saúde e a relação com o retardo ao diagnóstico TB, percebe-se um distanciamento da compreensão da política estabelecida no município.

Os discursos revelam a existência de duas portas de entrada no sistema local de saúde para diagnóstico de TB no município de João Pessoa. Informam que essa organização passa por um processo de descentralização do serviço de referência para Unidade de Saúde da Família (USF); entretanto, não há um consenso nas falas quanto à organização dos serviços da USF que favoreça o estabelecimento de vínculo entre trabalhador de saúde e doente de TB, de modo a reduzir o tempo para diagnóstico, início do tratamento e monitoramento da terapêutica.

Atualmente está passando por um processo de descentralização. Inicialmente todos os pacientes estavam concentrados no Clementino Fraga, e agora está passando por um processo de descentralização, onde estes pacientes estão sendo encaminhados para a própria Unidade de Saúde, onde eles vão ser acompanhados pelo médico da Unidade Básica de Saúde. (G1)

Atualmente a maioria das pessoas que é do nosso Distrito, que é do nosso território, não são tratadas nas Unidades de Saúde, elas são tratadas no Hospital de referência. E atualmente tem um inchaço enorme de pessoas lá no [Hospital de referência] e eles não estão dando conta dessa demanda de pessoas do nosso território. E aí está tendo um movimento de mandar essas pessoas de volta pra que sejam acompanhadas na Unidade de Saúde da Família. (G2)

A gestão municipal constitui a Estratégia Saúde da Família como eixo norteador da organização dos serviços, de modo a garantir o acesso efetivo³ nas ações e serviços ofertados no âmbito da Atenção Básica (JOÃO PESSOA, 2006).

Nesse sentido, a gestão municipal, através da área técnica da TB, tem articulado junto ao Centro de Referência para tratamento de TB um reordenamento no fluxo de atendimento à pessoa suspeita e/ou doente de TB. Essa iniciativa se faz necessária porque, além de cumprir com as diretrizes organizacionais do SUS, mostra o reconhecimento da TB enquanto responsabilidade da Atenção Básica. Tem como objetivo a redistribuição do número de casos de TB residentes do município, do centro de referência para as 180 USF para melhor monitoramento e acessibilidade das pessoas. Esse processo é fundamental para efetivação do controle da tuberculose no município de João Pessoa.

A descentralização, no contexto do setor saúde, é uma ferramenta importante para o desencadeamento de várias intervenções no âmbito da saúde e tem tornado concreto o acesso às ações de saúde por inúmeros sujeitos, antes excluídos da assistência à saúde. Nesse processo, é possível identificar algumas potencialidades como: maior eficiência na alocação dos recursos de equipamentos e trabalhadores da saúde em consequência da influência dos usuários; a inovação e adaptação do planejamento e programação às condições regionais e locais que possibilita a avaliação sistemática das ações de saúde de acordo com a realidade do território; apresenta maior qualidade e transparência tanto no âmbito alocativo como político; e, atribui responsabilidades e legitimidade ao gestor, na medida em que existe a participação da população no processo de tomada de decisão (PALHA; VILLA, 2003).

Sá (2010) enfatiza que a descentralização das ações de controle da TB para a estratégia Saúde da Família necessita do envolvimento de distintos atores, de acordo com as responsabilidades inerentes à função de cada um, de modo a operacionalizar e desenvolver

³ De acordo com Travassos e Castro (2008) acesso efetivo diz respeito a um domínio mais abrangente, que inclui o processo de cuidado. Diz respeito à utilização de serviços de saúde que melhoram as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços.

ações estratégicas que visem à eficiência e eficácia da Estratégia Saúde da Família no controle da TB, principalmente relacionadas ao diagnóstico precoce e conclusão do tratamento.

Observa-se, a partir dos discursos, que a gestão enfrenta dificuldades na efetivação da descentralização da atenção de TB para as USF, embora existam oferta de consultas médicas, exames, medicamentos e benefício da alimentação, há relutância de adesão da pessoa acometida de TB ao tratamento e acompanhamento na USF, bem como de alguns profissionais de saúde que se opõem à política de descentralização das ações de controle da TB para as USF e continuam a encaminhar a demanda suspeita de TB para o centro de referência de TB.

Elas [a comunidade] não querem ser atendidas no serviço por questão de estigma. E assim, tem outra, a questão também dos próprios profissionais não estarem qualificados para fazer um diagnóstico. Estão [as pessoas doentes de TB] sendo induzidas a ir para o Clementino e a gente tem que entender e saber que a responsabilidade não é do Clementino e sim da Atenção Básica. Mas é isso que eu falei, é a questão da preparação mesmo dos profissionais em acolher esse tipo de usuário. (G5)

A gente ainda tem dificuldade com o tratamento da tuberculose na Unidade de Saúde da Família. Atualmente a maioria das pessoas que é do nosso Distrito, que é do nosso território, não são tratadas nas Unidades de Saúde, elas são tratadas no Hospital de referência. E atualmente tem um inchaço enorme de pessoas lá no [Hospital de referência] e eles não estão dando conta dessa demanda de pessoas do nosso território. E aí está tendo um movimento de mandar essas pessoas de volta pra que sejam acompanhadas na Unidade de Saúde da Família. Sendo que essa adaptação ainda é muito difícil, porque culturalmente as pessoas têm a visão que lá é local que se trata a tuberculose, então elas mesmas vão pra lá. (G2)

Na Unidade a gente dispõe da medicação, dispõe do serviço de fazer o exame e do acompanhamento. A gente tem, não sei se é um programa ou é um projeto, mas a Secretaria, ela tem o apoio da questão da alimentação, não é uma coisa de assistência integral. (G8)

Percebe-se no fio do discurso que os gestores, apoiadores matriciais, reconhecem a importância da atenção à pessoa doente de TB a ser realizada pela Equipe de Saúde da Família, no entanto, esse processo de descentralização deverá conter, além da manutenção do tratamento e acompanhamento, ações estratégicas que visem ao cuidado integral e humanizado.

O alcance do cuidado integral se constitui em um dos desafios propostos pela gestão municipal. Essa proposta defende que a organização dos serviços de saúde deve pautar-se nas necessidades de saúde dos indivíduos e do coletivo. O usuário passaria a ser o centro da atenção na organização dos serviços de saúde. Para obtenção do cuidado integral se faz necessário a horizontalização dos programas, anteriormente verticais, para superar a

fragmentação das atividades nos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que as equipes de saúde devem refletir suas práticas, sobretudo, desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do Ministério (MATTOS, 2006).

Para Cecílio (2006, p. 113) essa discussão vai além do simples consumo e acesso a determinados serviços. O debate sobre a integralidade remete “ao campo da micropolítica de saúde⁴ e suas articulações⁵, fluxos⁶ e circuitos⁷ que, afina, configuram uma “macro” política de saúde”. Isso implica, necessariamente, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento, construindo novos saberes e adotando inovações nas práticas em saúde. É necessário, portanto, reconhecer que as necessidades em saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual. Mattos (2006) enfatiza que os serviços de saúde não devem estar organizados exclusivamente para responder as doenças de uma população, sem desfazer sua importância, e sim, devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a que atendem. Esta deve ser a meta para efetivação do cuidado integral.

Nesse sentido, o papel do gestor, representado na figura de apoiador matricial, é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho que estimule a capacidade de produção de saberes, em ato, de ampliação da capacidade de análise e de ação dos trabalhadores no sentido de coprodução de saúde e de autonomia de sujeitos⁸ (OLIVEIRA, 2010). Deve estimular práticas de intervenções dos profissionais de saúde baseadas no cuidado que se preocupe “em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer” (MATTOS, 2008, p.348).

⁴ É entendida como agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra (FRANCO, T.B., 2006);

⁵ Compreendida como a construção de redes assistenciais de saúde com objetivo de dar resolubilidade às necessidades de saúde de acordo com a taxonomia adotada por Cecílio (2001);

⁶ A compreensão de fluxo, aqui empregada, é a de criar novas possibilidades de captação de clientes nas várias portas de entrada do sistema de saúde e, mais do que isto, uma *reconceitualização* do que seja “serviço de referência” (CECÍLIO, 2001);

⁷ O conceito de circuito faz alusão à necessidade de ruptura de uma organização de serviços de saúde hierarquizada, na forma de pirâmide, com base na complexidade dos serviços. E sim, na precisão de construção de uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes (CECÍLIO, 2001).

⁸ Autonomia de sujeitos pode ser traduzida como um processo de coconstituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 670).

Chama-nos a atenção nos discursos, a valorização de acesso a exames e tratamento em detrimento da vulnerabilidade social que o doente de TB se encontra. Percebe-se, no fio do discurso, que a organização do serviço relaciona-se ao cumprimento de protocolos pré-estabelecidos, monitoramento de indicadores e garantia de acesso às tecnologias duras (realização de procedimentos, exames clínicos, insumos, tratamento medicamentoso) para o diagnóstico da doença. Não são identificadas nos discursos dos gestores preocupações em relação a: representação do diagnóstico de TB para o usuário, vulnerabilidade social que o doente de TB se encontra, detecção precoce de casos de TB e construção de projetos terapêuticos singulares.

Nesse sentido, faz-se necessário que a organização dos serviços de saúde para atenção a TB considere, além dos aspectos acima mencionados, outros que venham transcender as barreiras da normatização imbricada com modelos assistenciais pouco resolutivos e que não reconhecem o sujeito, neste caso a pessoa doente de TB, como produtor de seu próprio cuidado.

Percebe-se que o apoiador matricial (gestor) surgiu com a finalidade de implementar novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não as centradas no corporativismo e na alienação do trabalhador e sim, na produção de sujeitos autônomos e comprometidos com a construção do cuidado tanto individual quanto coletivo (OLIVEIRA, 2010). Esse processo deverá perpassar os movimentos coletivos orientados sob conceitos de cogestão. Nesse sentido, os sujeitos, em seus discursos, deslizam para uma corrente hierarquizada, descendente e burocratizada de organização dos serviços de saúde que remete à racionalização gerencial hegemônica.

O controle da tuberculose, segue o protocolo do Ministério. Tem o livro de Sintomáticos Respiratórios. Então as equipes fazem o acompanhamento dos Sintomáticos Respiratórios. A baciloscopia é feita na Unidade e a coleta vai para o laboratório e, sendo positivo começa o acompanhamento na Unidade. (G7)

Tem o programa de acompanhamento. Se fosse seguido tudo como está no programa seria tudo bem claro, mas a gente depende também do usuário, de ele aceitar a investigação e o tratamento. (G11)

[...] e aí as pessoas fazem [coleta do] o escarro, fazem a consulta. E aí quando fazem, [a coleta do] o escarro é encaminhado. O Distrito manda uma moto, pega, e aí faz na Unidade todo procedimento. Passa pelo processo de informação, e aí o motoqueiro leva para o laboratório. Quando volta o resultado, aí todo o tratamento (se for confirmado), começa a tomar os medicamentos, acompanhar essa família. (G3)

[...] o médico faz uma avaliação clínica e aí ele pode, através da clínica, pedir os exames laboratoriais ou não. Pelo exame clínico ele pode iniciar o tratamento, que a gente [gestão] disponibiliza gratuitamente no município. Se não, ele pode pedir os exames radiológicos e o exame de escarro para a confirmação [...]. (G10)

Na Unidade a gente dispõe da medicação, dispõe do serviço de fazer o exame e do acompanhamento. A gente tem, não sei se é um programa ou é um projeto, mas a Secretaria, ela tem o apoio da questão da alimentação, não é uma coisa de assistência integral. [...]. (G8)

A racionalização gerencial hegemônica corresponde ao modelo racional fundamentado na Teoria Geral da Administração (TGA). Os pressupostos que norteiam o gerenciamento nesse enfoque são os tayloristas com suas abordagens, tanto “prescritivas e normativas quanto explicativas e descritivas” (FELLI; PEDUZZI, 2010, p. 07). Campos (2000) enfatiza que a gerência de moldes tayloristas assenta-se sobre

a necessidade de conservar alienada a maioria dos trabalhadores. A organização vertical, comum à maioria das Organizações, exerce uma função castradora. Assim, a racionalidade gerencial hegemônica vale-se de métodos disciplinares e de controle que, em nome da produtividade e da concorrência, procuram instituir distintas expectativas quanto a felicidades, a realização pessoal e a acesso ao poder (Campos, 2000, p. 26-26).

A política municipal de saúde ressalta a utilização de espaços de cogestão como fundamentais para identificação das necessidades de saúde da população e dos processos de decisão (JOÃO PESSOA, 2006). Nesse aspecto, a gestão de saúde possibilita a ruptura de uma lógica de organização que privilegia uma estrutura e um funcionamento ordenados segundo uma racionalidade rígida e com limites bem definidos para constituição de coletivos organizados⁹, o que implica construir capacidade de análise e de cogestão para que os “agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição” (Campos, 2000, p. 36).

Embora se reconheça a instituição de dispositivos como equipes matriciais e colegiado gestor dentro da gestão municipal, não foi identificada na organização dos serviços de saúde, no caso da atenção a TB, ruptura com práticas organizacionais hegemônicas.

Fanning (apud Brunello et al, 2009) refere que a lógica de organização em diversos serviços de atenção à TB segue normas rígidas instituídas por métodos epidemiológicos internacionais, nas quais se estabelece o controle da doença e do doente. Não há respeito à

⁹ Segundo Campos (2000, 35-36), coletivo organizado designa aqueles agrupamentos que têm como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço. São todos os agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas.

autonomia do usuário no processo de assistência, dificultando a comunicação e o relacionamento entre os envolvidos no tratamento da doença.

Vale ressaltar que na perspectiva da construção de um projeto que tomará por base uma linha de cuidado integral, o qual pretende transformar as práticas de saúde que não estejam centradas somente no tratamento das doenças, é importante reconhecer que este é um processo instituinte e que raramente se tem o pleno controle sobre todas as variáveis que envolvem o desenvolvimento institucional, principalmente aqueles que valorizem processos democráticos, de inclusão e de solidariedade (JOÃO PESSOA, 2006).

Outro ponto importante detectado nos enunciados dos gestores foi a centralização e a hierarquização do processo de informação da área técnica de TB da SMS para as USF, fazendo com que a equipe de saúde seja receptora da informação e não participe do processo de monitoramento e avaliação das informações de TB.

Esse cadastro vai para a secretaria e tem um pessoal que tem esse controle lá. Quem está no momento agora é alguém que está responsável pelo controle da TB e da Hansen. Ele [a pessoa doente de TB] é todo monitorado. Esse paciente é sempre monitorado até a alta, até a cura e as pessoas envolvidas com ele também fazem o tratamento. (G6)

Tem uma equipe que é responsável por isso da Secretaria, que é o grupo da TB, que são eles basicamente que a gente se comunica. Eles que fazem o controle do saldo, fazem o controle mensal do formulário e mandam para as equipes. E a gente faz um encontro com eles, geralmente na reunião matricial que é onde trazem os cálculos e a gente tem uma noção dos casos que tem no município, os casos que estão sendo acompanhados pelo Clementino. (G4)

Em relação ao controle, [...] tem uma pessoa lá [no Distrito sanitário] que fica responsável para pegar todas as notificações, então ela pode estar cobrando para mim as notificações que a gente encontra na Unidade. Só que a gente tem que ir lá [no distrito sanitário] prestar conta, de acordo com o que a gente vê aqui de casos de tuberculose [...]. (G14)

Os fragmentos discursivos revelam, pelo apoiador, uma passividade das equipes de saúde na produção das informações sobre os casos de TB. Esse processo contraria a política municipal no que concerne à produção de informações em saúde descentralizadas que possam alimentar o processo de planejamento estratégico nos espaços micropolíticos. Nesse sentido, a produção e avaliação dessas informações deverão ser realizadas pelos atores que trabalham diretamente na produção dos dados, ou seja, nos serviços de saúde. Também não é vista nos discursos a utilização dessas informações para tomada de decisão junto às ESF. A maneira como os gestores se posicionam em relação à informação em saúde dos casos de TB reflete uma postura ideológica de passividade, portanto, positivista.

A informação em saúde precisa ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar temas prioritários que viabiliza planejar mudanças ou vislumbrar possibilidades de atuação mais adequadas nos serviços de saúde. Deve ser considerada como elemento, como processo e como função. Como elemento é um insumo estratégico; como processo, é um processo de aquisição de conhecimento e como função, subsidia o processo decisório e serve como representação de uma dada situação (BRASIL, 1993 apud BRANCO, 2006).

Para tanto, é necessário que haja a participação efetiva de distintos sujeitos que possam (re)definir as informações em saúde de acordo com suas experiências e com o contexto atual. Branco (2006, p. 125) acrescenta:

É nessa natureza situacional e interativa do conhecimento que torna inadequado gerir a informação tendo como referente o critério de utilidade dela. Mesmo porque a utilidade está subordinada ao valor e à relevância atribuídos pelo interlocutor à informação, que por sua vez são indissociáveis de seu repertório e vida e do contexto em que se insere. Daí a importância de a gestão da informação tomar como referencial a comunicação mutuamente enriquecedora, baseada na criatividade e na autonomia crítica dos interlocutores.

É importante ressaltar que a produção das informações em saúde, historicamente, foi ancorada na ciência epidemiológica. Campos (2006, p. 71) reafirma essa concepção quando menciona que o saber epidemiológico possui limitações em realizar diagnósticos, a partir das informações em saúde, que reflitam as legítimas necessidades de saúde da população. Isto porque essas necessidades são definidas socialmente através da “cultura, da história política e econômica de cada povo e de cada época”. O mesmo autor enfatiza que em algumas situações específicas, quando grandes agrupamentos populacionais estejam submetidos a riscos evidentes, a epidemiologia é capaz de iluminar o planejamento em saúde e priorizar demandas e necessidades. Mas, na maioria dos casos, isto não acontece, embora nos pensamentos positivistas¹⁰ imaginem “a possibilidade de controlar, ordenar e governar a sociedade principalmente segundo os aportes da ciência” (CAMPOS, 2006, p. 71).

Após a implantação do SUS, a informação em saúde assume importância estratégica. Com a descentralização da gestão dos serviços de saúde para os municípios, estes deixaram de exercer um papel de meros coletores de dados e passaram a gerenciar suas próprias fontes de

¹⁰ O pensamento positivista defende a ideia de que o conhecimento científico é a única forma de conhecimento verdadeiro. Assim sendo, desconsideram-se todas as outras formas do conhecimento humano que não possam ser comprovadas cientificamente. Tudo aquilo que não puder ser provado pela ciência é considerado como pertencente ao domínio teológico-metafísico, caracterizado por credências e vãs superstições.

informação (BRANCO, 2006). A própria prática da epidemiologia, após a implantação do SUS, acompanha mudança no seu âmbito de atuação com os níveis descentralizados que favorecem a especificidade dos problemas de saúde e os modos de intervenções (DRUMOND JR., 2007).

Face às mudanças, a articulação *epidemiologia-informação* passa a ser característica importante com o entendimento de que a informação é produto essencial do trabalho cotidiano nos serviços e que contribuem para organização do trabalho coletivo orientadas para intervenção na abordagem de problemas (DRUMOND JR., 2007). Essas informações em saúde são geradas nos serviços de saúde e compiladas nos sistemas de informação (SIS).

Os sistemas de informação de saúde constituem-se numa importante ferramenta para tomada de decisão no âmbito das ações e serviços de saúde. Atualmente, no âmbito nacional, existem diferentes sistemas utilizados para o gerenciamento de dados nos níveis municipais, estaduais e federal. Os principais sistemas disponíveis para os programas de controle de doenças e agravos no Brasil são: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares (SIH). Estes são alimentados sistematicamente nos níveis centrais de gerenciamento da informação o que, ainda, embora avanços sejam percebidos, a exemplo do Sinan net¹¹, dificulta a desagregação dos dados em territórios delimitados, como na área de abrangência da ESF (SOUSA e DOMINGUES, 2009).

No caso da vigilância de TB, o conhecimento dos casos da doença que ocorrem na população é fundamental para a adoção de medidas que visem à interrupção da sua transmissão para grupos e pessoas vulneráveis ou não. Entretanto, os casos diagnosticados e notificados pelos serviços de saúde podem representar apenas uma proporção dos casos de TB. Segundo Nogueira et al (2009), a manutenção periódica, atualização e avaliação da base de dados do SINAN são condições fundamentais para o acompanhamento da morbimortalidade dos casos de TB e sua utilização efetiva possibilita a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência deste agravo na população. Ainda permitem ao gestor e

¹¹ Sinan NET é um aplicativo desenvolvido pelo DATASUS que veio modificar a lógica de produção de informação para a análise em níveis cada vez mais descentralizados do sistema de saúde, subsidiando a construção de sistemas de vigilância epidemiológica de base territorial que possibilitará, através do uso da internet, a transferência de dados da ficha de notificação diariamente às demais esferas de governo, fazendo com que essas informações estejam disponíveis, nas três esferas de governo, em tempo oportuno (SOUSA, DOMINGUES, 2009).

profissionais de saúde conhecer o desfecho terapêutico dos casos (cura, abandono e óbito), as formas clínicas mais incidentes, a proporção de casos pulmonares diagnosticados por baciloscopia, distribuição geográfica dos casos, informações fundamentais para a definição de estratégias de intervenção e avaliação no campo da gestão de serviços e ações em saúde.

Não se pode desprezar a importância do monitoramento de casos de TB nos diversos níveis de gestão. Como já mencionado, existe um acompanhamento do doente de TB pela área técnica na SMS e essas informações são repassadas e discutidas em reunião matricial que acontecem nos Distritos Sanitários e, posteriormente, nas USF. No entanto, para que haja concretização de espaços de cogestão e a conquista da integralidade do cuidado, conforme preconizado na política municipal, é importante que o processo de construção dessas informações de saúde seja oriundo dos sujeitos que as produzem (trabalhadores de saúde), inclusive com a participação de representantes da comunidade local, conforme discutido anteriormente.

Pinto (2010), em seu estudo denominado de *Diagnóstico Compartilhado no Trabalho das Equipes de Saúde da Família*, menciona que em grande parte das equipes de saúde não existem e nem são construídos espaços coletivos. O que acontece na maioria das vezes são reuniões esvaziadas, sem compromisso dos membros da equipe de comparecerem, de contribuírem e de se envolverem para o planejamento e execução das ações. A dificuldade de um coletivo analisar não decorre “muitas vezes da ausência de informações ou da dificuldade de se acessar dados, resulta, por vezes, de entraves políticos, organizacionais e subjetivos” (Campos, 2000, p. 193).

Para que haja ruptura com práticas hegemônicas existentes se faz necessário que o gestor dispare processo de construção das informações em saúde a partir do território. Deve considerar os dados oriundos dos sistemas de informação em saúde e das experiências singulares de cada membro/equipe integrante. Esse movimento é fundamental para organização da oferta das ações e serviços de saúde que possibilite acesso e resolubilidade aos problemas de saúde existentes na população. Frente a essa necessidade, o gestor (apoiador matricial) deverá incentivar a construção de espaços coletivos, de comunicação ativa para compartilhamento de conhecimento entre profissionais (PINTO, 2010) e população adstrita.

Quando questionados *sobre o DOTS* – a estratégia mundial de controle da TB e adotada pelo Brasil desde o final da década de 1990, sendo a Paraíba um dos primeiros

estados a adotá-la – a princípio, os gestores deixaram transparecer um desconhecimento acerca do DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*), justificado, por alguns, por não pertencer este tema ao seu *núcleo de saber*¹².

Não sei te informar.[...] (G1)

Coloca-me aí sobre o DOTS.[...] (G2)

Eu sei que é o tratamento supervisionado, mas assim, não faz muito tempo que eu vim entender o que era isso [...]. (G4)

Sobre o quê? [...] (G6)

O que é o DOTS? [...] (G8)

O DOTS é o quê? [...] (G14)

Bom, eu também não conheço. Minha formação é de fisioterapeuta [...]. (G13)

O DOTS seria...? [...] (G15)

No segundo momento, após esclarecimento sobre o significado da sigla DOTS, com cuidado para não induzir a resposta dos gestores, os discursos revelaram desconhecimento da estratégia, associando-a geralmente ao benefício do café da manhã e à medicação.

Realmente esse tratamento na Unidade de Saúde, ele tem sido bastante controlado. E assim, não sei te dizer, porque como está sendo uma parte nova na unidade de saúde, é, não sei como está sendo sua progressão ainda. Mas a medicação está sendo encaminhada bem direitinho. Os pacientes estão recebendo essa medicação na Unidade. (G1)

O medicamento vem via distrito, nós temos todos os medicamentos, todos os esquemas a gente possui, e aí esse usuário recebe o DOT, que é uma cesta de alimentação. (G12)

Muito interessante porque realmente a alimentação para o paciente de tuberculose é fundamental. E aí tem que ser bem criteriosa para o modo que a gente está lidando com isso, porque é um benefício e a gente observou através de vivências que os pacientes que não tem acesso ao DOTS dificulta bastante a melhora clínica dele, porque mesmo eles tomando medicação eles não tem energia suficiente para conseguir melhorar e se recuperar mais rápido. (G10)

Não são reveladas, na discursividade dos gestores, ações ampliadas com relação ao DOTS e aos aspectos relacionados à singularidade do doente, ao desempenho da equipe de saúde e aos aspectos organizacionais inerentes ao sistema de saúde que venham a garantir a efetividade das ações de cuidado ao doente de TB, condizente com a concepção de um modelo de atenção em defesa da vida.

¹² Segundo Oliveira (2010), os saberes específicos de cada profissional, seus domínios técnicos e experiências constituem o *núcleo de saber* de cada um deles.

A estratégia DOTS, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1993, é introduzida no Brasil em 1997 (WHO; BRASIL, 1999). Busca garantir adesão ao tratamento por parte da pessoa doente de TB embora se reconheça que a adesão ao tratamento extrapola a abordagem que reduz necessidades de saúde aos aspectos clínicos e biológicos, especialmente quando se trata da tuberculose que está diretamente associada à estruturação social (TERRA; BERTOLOZZI, 2008). Além de responsabilizar diversos atores nesse processo para dar suporte necessário aos doentes de TB, principalmente àqueles com vulnerabilidade social, para continuar e terminar o tratamento (WHO; BRASIL, 1999; DYE, 2000; RIBEIRO, 2003).

A estratégia é composta por cinco elementos: o envolvimento dos governos, para o suporte financeiro, com o Programa de Tuberculose/equipes de trabalho treinada e interessada; rede laboratorial com equipamentos e recursos humanos qualificados (pesquisa de BAAR); administrar e assistir engolir os medicamentos (TDO); provisão de medicamentos gratuitos para tratamento; sistemas de informação para monitorar os casos, tratamento, evolução e resultados (WHO 2006; RIBEIRO, 2003; BRASIL, 1999).

O TDO é um elemento chave da estratégia DOTS (BRASIL, 2010). É considerada estratégia eficiente para controlar as dificuldades da baixa adesão ao tratamento da tuberculose e investimento para aumentar as taxas de cura e diminuir o abandono (TERRA; BERTOLOZZI, 2008). Gonzáles et al (2008) destacam que o TDO, enquanto tecnologia de gestão do cuidado para o controle da tuberculose, constitui-se num conjunto de atividades voltadas para o planejamento do tratamento do doente e família com tuberculose a ser executada por uma equipe de saúde. Inclui as seguintes atividades:

avaliar o perfil sociocultural e econômico do doente e sua participação no plano terapêutico e adesão ao tratamento, observação da medicação pelo profissional de saúde ou responsável pela supervisão, suporte psicológico ao doente e família, busca de sintomáticos respiratórios, entrega de incentivos, monitoramento do estado de saúde do doente através dos dados registradas no sistema de informações em saúde (GONZÁLES; et al, 2008, p. 96)

Alguns estudos relacionam o declínio da taxa de abandono e aumento na taxa de cura à implantação do TDO nos serviços de saúde (TERRA e BERTOLOZZI, 2008; GONZÁLES et al, 2008; FORMIGA e LIMA, 2009; RIBEIRO, 2003; VENDRAMINI e et al, 2002). Contudo, existem algumas dificuldades que contribuem para o fracasso do TDO, tais como: indisponibilidade de materiais, desconhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca dessa forma de tratamento, irregularidades no fornecimento de incentivos como vale transportes e cestas básicas, disponibilidade de transporte para realização contínua das visitas

domiciliares (TERRA; BERTOLOZZI, 2008; GONZÁLES; et al, 2008; VENDRAMINI, 2002). A falta de financiamento regular das ações de TB (repasso de verbas) e a posição que esse agravo ocupa na agenda política de saúde no município podem influenciar na manutenção da cobertura do TDO (VILLA; et al, 2008).

Percebe-se no fio do discurso dos gestores que existe uma preocupação da gestão no que concerne à garantia dos equipamentos organizacionais necessários para a execução do TDO pela ESF. Por outro lado, existe necessidade de maior investimento no estabelecimento de vínculo profissional e doente de TB, considerando os modos de vida, sua dinâmica familiar, suas crenças, opiniões e conhecimentos a respeito da doença (TERRA; BERTOLOZZI, 2008), sobretudo na perspectiva da construção de autonomia dos sujeitos, neste caso os doentes de TB.

A redução da estratégia DOTS pelos gestores para TDO, a entrega de medicamento, o benefício de cesta básica ou oferta de café da manhã nas USF fragiliza a construção de um cuidado integral à pessoa doente de TB e fortalece, além da exclusão social, uma organização de serviços e de atenção centrada na cura que revela uma visão biologicista. Essa visão contraria a proposta do município no que diz respeito à construção do cuidado integral com a Estratégia Saúde da Família como eixo norteador para a organização da atenção básica e o Apoio Matricial como dispositivo que potencializará a ruptura das práticas hegemônicas historicamente estabelecidas no campo da saúde (JOÃO PESSOA, 2006).

Os gestores, na função de apoiador matricial, devem articular junto à área temática de TB da SMS o uso de tecnologias que fortaleçam tanto o compartilhamento de informações, quanto a execução de estratégias eficazes no controle da TB e que sejam coerentes com os pressupostos de defesa da vida.

Entretanto, há discursos que se aproximam dos pressupostos em defesa da vida quando mencionam que a equipe de Saúde da Família tem responsabilidade sobre o adoecimento das pessoas em sua área adstrita.

E aí ter essa questão da supervisão, na responsabilização da equipe de saúde da família àquele usuário [...] Então para mim é um ponto que tem um fator de qualidade muito grande. Diferente dos outros agravos que a gente não tem esse controle. Não controle no sentido ruim de controlar, mas controle no sentido de saber que o usuário precisa ser cuidado. É um tratamento grande no mínimo seis meses. E aí ele precisa ser cuidado a todo momento. Ele é usuário que é de responsabilidade da equipe. E a partir do momento que implementa isso [TS], a equipe é responsável por esse cuidado. (G8)

Mas é um programa [de Tuberculose] que vê o usuário como um todo, oferecendo um suporte nutricional e também fazendo esse acompanhamento da equipe com o usuário. E não só medicá-lo e deixá-lo em casa, a equipe tem que estar acompanhando. (G16)

Nos fragmentos discursivos são revelados conceitos importantes como: cuidado e responsabilização.

A palavra *cuidado* vem do latim *cogitare-cogitatus* e tem a mesma raiz de *cura*, que significa: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, refletir, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (BOFF, 2003, FERREIRA, 2008). O cuidado opõe-se ao descuido e ao descaso, ou seja, *cuidar é mais que um ato; é uma atitude*. Nesse enfoque, o cuidado representa mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo e sim, uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2003, p. 33).

O mesmo autor acrescenta que o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano, portanto, é ontológico¹³. Sem o cuidado, o ser humano deixa de existir. No entanto, o cuidado somente surge quando a existência de outrem tem importância para quem cuida, no qual passa a existir uma preocupação, uma disponibilização em buscar e entender os seus sofrimentos e sucessos, enfim, sua vida (BOFF, 2003).

No setor saúde, a prática do cuidado foi constituindo-se como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, social e historicamente determinadas. Merhy (2007b) refere que o objeto no campo da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual poderá atingir a cura e a saúde. Acrescenta ainda que, nem sempre os atos de saúde produzidos pelos profissionais na busca da cura das doenças ou da promoção da saúde são bem realizados.

Barros, Oliveira e Silva (2007), a respeito disto, mencionam que os insucessos das práticas profissionais estão direcionados ao paradigma hegemônico do modelo médico liberal que reduz o ser humano a doença. Curar, tratar e controlar as doenças são posturas limitadas que fortalecem conceitos biologicistas. Cuidar das pessoas é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele, é interagir, considerar, reconstruir-se e querer construir novos projetos (AYRES, 2001). O ato de cuidar também pode ser concebido como forma de conhecer e reinventar cotidianos (PIRES, 2005). Finalmente,

¹³ Ontológico tem a ver com a essência, com a identidade profunda, com a natureza de um ser, como, por exemplo, o cuidado essencial com referência ao ser humano (BOFF, 2003, p. 197).

cuidar é uma atitude de responsabilidade. Responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato. [...] O ponto central é o fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território onde deve ser baseado o atendimento (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

A responsabilidade dos profissionais de saúde em cuidar das pessoas deve constituir a essência do trabalho em saúde. No ato da produção do cuidado, a responsabilização se dá na busca contínua da compreensão e resolução das demandas e necessidades do usuário, seja no âmbito individual e/ou coletivo. Ou seja, o cuidar em saúde só ocorre quando há responsabilização dos profissionais de saúde pelo indivíduo, família e comunidade, ao contrário, apenas atendem e/ou tratam. Ou desconhecem que todo o procedimento prático, todo o empreendimento, parecem lançar-se para um certo bem (ARISTÓTELES, 2009).

Nesse sentido, a compreensão do processo de cuidar deve alicerçar-se numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança junto ao outro e que este processo possa expressar compromisso ético nas relações de gestores e profissionais de saúde e usuários do sistema (MATTOS, 2006; MERHY, 2007b).

Cabe lembrar que a gestão é essencial para disparar estratégias que visem ao comprometimento por parte dos profissionais de saúde, neste caso, da equipe de Saúde da Família, na produção do cuidado das pessoas sob sua responsabilidade. Portanto, a gestão do cuidado é entendida como forma com que o “cuidar se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas” (PIRES; GÖTEMS, 2009, p. 297).

Os gestores de saúde, em seu espaço de atuação, podem produzir ou não o cuidado, compreendendo que o trabalho da gestão não vincula a execução do cuidado direto ao usuário do sistema, mas visa a garantir, na organização do serviço, condições adequadas para seu funcionamento, bem como de profissionais de saúde que atuem na lógica da defesa da vida. Essa assertiva considera, sobretudo, o modo como são disparados os processos organizativos e a distribuição de poder no âmbito da organização. Assim, a forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder se organizam e se manifestam no processo de trabalho pode conformar cenários de domínio ou de emancipação do outro (BOFF, 2003). Onocko Campos (2007) menciona que esse processo deve estimular a produção de graus maiores de autonomia, criatividade e desalienação dos indivíduos. Todavia, o gestor precisa de uma

qualificação para compreender, suportar, interagir e mediar tanto as intersubjetividades¹⁴ quanto as relações de poder que regem as organizações.

Em relação à gestão do cuidado da TB, alguns estudos demonstram que existem dificuldades no gerenciamento do controle da doença no que diz respeito à fragilidade do compromisso político do gestor diante da dificuldade em captar e manter recursos, sejam estes, financeiros, materiais ou humanos. Em relação aos recursos humanos, há um desconhecimento dos gestores em relação ao PCT que denota a alienação em relação à problemática da TB impossibilitando o exercício de um trabalho de qualidade (TRIGUEIRO, 2009; SANTOS; et al; PROTT, et al; 2010).

Ainda nesse campo, além da TB constituir uma doença estigmatizante e que exclui o doente do convívio familiar e, principalmente, do social, a gestão do cuidado à TB ao longo da história reflete uma prática hegemônica que pouco impacta no controle efetivo da doença. A esse respeito, Trigueiro (2009) menciona que a maioria dos municípios do Brasil desenvolve processo de gestão que retrata um modelo que reforça a lógica da atenção centrada na cura em detrimento da integralidade do cuidado, não reflete sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde e nem tampouco sobre a burocracia que estanca a organização dos serviços de saúde. Acrescenta ainda, que esse modelo de gestão impede a efetividade não apenas das ações de controle da TB na Atenção Básica de Saúde, mas, principalmente, cria obstáculos à ruptura de práticas de saúde divergentes com modelo de atenção à saúde consoante com os enunciados do Movimento pela Reforma Sanitária e da consolidação do SUS, “que coloca em pauta a saúde como direito de cidadania operacionalizada seguindo os princípios doutrinários” (TRIGUEIRO, 2009; p. 79).

Os discursos dos gestores, no que diz respeito ao planejamento do controle da TB em seu território, revelam a ausência de planejamento específico para TB e, quando este existe é de maneira pontual, a partir de novos casos que surgem no serviço de saúde. Reconhecem que o controle da TB é importante, mas não constitui prioridade, tendo em vista o número reduzido de casos cadastrados na Unidade de Saúde.

¹⁴ A intersubjetividade nasce na compreensão de que o conhecimento depende de outras pessoas e a ideia não é dada pela mente, mas pelo uso da palavra numa determinada comunidade, em práticas coletivas. Aceita, por isto, as “impurezas” e trabalha com elas, considerando o conhecimento não como um dado da ideia, mas como fruto da relação interpessoal ou intersubjetiva, a qual, por sua vez, é produto da linguagem, vista não como instrumento, porém como uma prática linguística de uso comum (IMBAIXER JR., 2008).

A gente ainda não tem uma ação voltada para o controle da tuberculose, mas eu digo por experiência de outras ações que a gente fez que não envolvia necessariamente a tuberculose. A princípio a gente faz o planejamento a partir das reuniões, se reúne para planejar e aí a gente utiliza critério da epidemiologia. (G2)

[...] só para esse planejamento [de TB] não. Até porque os números de casos de tuberculose aqui na [Unidade de Saúde] só são dois no momento. Então assim, não que a gente não tenha essa preocupação que tenha essa oficina, mas como só são dois [casos de TB] que são cuidados aqui nessa Unidade, então não existe essa questão da gente parar para planejar só TB. A TB é planejada de acordo com as ações normais que acontecem aqui na Unidade. (G5)

Então, a TB dentro do território que eu sou apoiadora, ela [TB] não é tão forte, não é tão evidente, então as ações de controle são geralmente quando a gente identifica, por exemplo, algumas microáreas dos ACS que a gente chama de área de risco. (G10)

As ações [de controle da TB] são planejadas quando tem um caso. A gente não controla a TB sem ela aparecer e é isso que eu vejo uma fragilidade, que a gente não controla aquilo que não existe, a gente não faz nada. Mas aí a gente só deixa para fazer o controle quando tem alguém, aí a gente faz o controle com a família ou com as pessoas que estão mais próximas. A gente não faz um controle pra que ela seja totalmente erradicada. (G12)

No fio dos discursos dos gestores evidencia-se a desvalorização da problemática da TB tendo em vista, talvez, o desconhecimento da vulnerabilidade social das pessoas em adquirir a TB, bem como das metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A posição dos gestores remete a uma visão epidemiológica assentada no conceito de risco em detrimento do conceito de vulnerabilidade mais condizente com o modelo de defesa da vida que pressupõe a construção de espaços de cogestão, autonomia de sujeitos e na produção de cuidado em saúde enquanto valor e de respeito à cidadania.

O conhecimento epidemiológico é nuclear à conformação das práticas de saúde, uma vez que a formulação de políticas públicas e a organização dos serviços de saúde fundamentam-se na apreciação de dados epidemiológicos.

Tradicionalmente, o conceito mais utilizado na epidemiologia, e que fundamenta as práticas de saúde, é o de risco. Este pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado (LUIZ; CONH, 2006). Czeresnia (2003) confirma esse entendimento quando menciona que risco é inferir a causalidade, avaliando a probabilidade de ocorrência de eventos de doença em indivíduos e/ou populações expostos a determinados fatores. No entanto, o desenvolvimento das práticas e ações de saúde voltadas para o conceito de risco constrói representações não condizentes com a complexidade dos processos, ou seja, representações não capazes de

desenhar os interesses, valores e necessidades, seja no campo individual ou coletivo de uma determinada sociedade. Lupton (apud CZNERESNIA, 2003) menciona que este conceito contribuiu para a produção de determinadas racionalidades, estratégias e subjetividades, sendo central na regulação e monitoramento de indivíduos, grupos sociais e instituições.

Ressalta-se que a epidemiologia de risco passou a viver uma contradição no seu desenvolvimento histórico, pois quanto mais se formalizou e fortaleceu como ciência, mais distante passou a ser sua relação com o conhecimento das relações entre os fenômenos de saúde e doença e a maneira como os grupos e indivíduos humanos se organizam socialmente (AYRES; et al, 2006).

Essa concepção social volta-se para um conhecimento epidemiológico fundamentado na determinação social¹⁵, entendimento esse que se baseia, dentre outros, no conceito de vulnerabilidade. Conforme Nichiata et al (2008, p. 925), a vulnerabilidade traz os elementos abstratos “*associados e associáveis aos processos de adoecimento*” para planos de elaboração teórica mais concreta e singular, onde a coerência e mediações entre esses fenômenos sejam objetos do conhecimento sobre a vulnerabilidade. Ayres (2006) explica que a interpretação da vulnerabilidade deve incorporar, necessariamente, o contexto como *locus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as doenças.

Assim, para a eficácia da compreensão das informações originadas dos dados epidemiológicos é essencial a ruptura dos gestores com práticas epidemiológicas, exclusivamente embasadas no conceito de risco. As práticas de análise da situação de saúde em seu território, também devem considerar o conceito de vulnerabilidade adotado pela epidemiologia social. O uso da epidemiologia como ferramenta de gestão favorece a elaboração do planejamento em saúde e objetiva a resolução das necessidades da população, sobretudo os da saúde.

Entretanto, o planejamento em saúde, ao fazer uso de informações que representam apenas os valores absolutos de morbi-mortalidade sem considerar as subjetividades e autonomias de sujeitos bem como ao contexto social que ele, o sujeito, se insere, corre o risco

¹⁵ O conceito de determinação é mais adequado para a compreensão de processos sociais complexos, pois não necessita de isolamento complexo das variáveis nem da noção de independência entre elas. Tampouco está baseado na idéia de um vínculo necessário, genético e específico (BARATA, 2005, p. 14).

de disparar ações de pouco impacto e que não contemplam a lógica da cogestão de coletivos e de promoção da saúde defendidas pela política de saúde local.

Além de o planejamento das ações realizadas nas USF ser idealizado em função do conceito de risco, não há planejamento específico para as ações de controle da TB, conforme melhor demonstrado, anteriormente, nos discursos dos gestores. Não são reveladas nos discursos dos gestores práticas de planejamento assentadas no pensamento estratégico, capaz de orientar a ação para adquirir poder e assim conseguir executar as ações efetivas no âmbito da saúde. Na opacidade dos discursos percebe-se uma prática de planejamento meramente normativo.

No caso dessa questão [planejamento das ações de TB] quando a gente recebe a informação de casos, a gente passa a informação para a equipe, a questão do fluxo, porque quem sabe é o Distrito. [...]. E aí é dessa forma que a gente trabalha. (G3)

Hoje em dia a gente está tentando fazer acompanhamento dos Sintomáticos Respiratórios mensalmente. Que era muito difícil, a gente está tentando planejar o acompanhamento e a busca ativa também de quem abandona o tratamento. Então a gente está tentando fazer mês a mês olhar os livros mesmo. Fazer o exercício, ver se tem sintomático, não teve, o que está fazendo o acompanhamento, a equipe de fato está acompanhando. Não só o enfermeiro, mas o Agente de Saúde, médico, e a partir daí a gente planejar que ações de prevenção também e desmistificação a gente pode fazer. Em específico a gente só conseguiu fazer uma ação e foi uma ação grande, uma ação coletiva, em formato de mutirão que a gente fez, de divulgação e desmistificação, mas, o impacto ainda não foi tão grande. (G7)

Eu, como gestão, não tenho tentado conceituar para fazer esse plano de ação não. Eu percebo, assim, que já existe aquela [planejamento], essa forma de estar promovendo as ações para o controle da tuberculose [...]. (G14)

O planejamento em saúde para o controle da TB é normatizado em suas ações. Estas, por sua vez, são realizadas a partir de protocolos preestabelecidos do Ministério da Saúde, os quais ditam o que; para quê; como; onde deve ser feito. Embora se reconheça todo o esforço da gestão e de trabalhadores de saúde, principalmente nos níveis centrais das Secretarias, sejam elas municipais, estaduais e federal, a prática do planejamento para as ações de controle da TB, ainda não configura uma prioridade nos serviços de saúde. Pouco são os trabalhos que propõem e/ou adotam novas estratégias para realização do planejamento da TB nos moldes do pensamento estratégico situacional. Nessa compreensão, existem três barreiras a serem ultrapassadas, a primeira refere-se à inserção da prática do planejamento nos diversos serviços de saúde; a segunda a ruptura com a forma normativa da construção do planejamento e a terceira de inserir na agenda, não apenas da política dos pactos e dos planos, mas na agenda

dos serviços de atenção básica, principalmente das equipes de Saúde da Família, a TB como prioridade no planejamento das ações de saúde.

Trigueiro (2009) enfatiza que para elaborar estratégias de controle da TB, é preciso planejar as ações de modo a promover a integralidade, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, na tentativa de determinar estratégias que propiciem a cura e a reinserção do indivíduo doente de TB na sociedade.

De acordo com Paim (2007, p. 768), é preciso compreender o planejamento como uma ferramenta de gestão que “permite que os atores das instituições realizem seu trabalho em função de objetivos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob a sua orientação”. No entanto, se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de trabalhadores passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho. “Portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação dos trabalhadores”. Scarazatti e Amaral (2010) referem que a utilização do planejamento nas organizações de saúde tem sido mais frequente na elaboração de planos diretores do que como instrumento de contratualização entre gestores e gerentes de serviços, assim como as equipes de trabalho que compõem cada um desses serviços e órgãos. Acrescentam que as experiências de utilização do planejamento, geralmente de caráter normativo, baseado em objetivos e metas, não têm observado um uso sistemático desse importante instrumento de gestão no cotidiano dos serviços de saúde. “O formalismo dos procedimentos do planejamento tem conduzido à supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando um processo de burocratização” (PAIM, 2007, p. 775).

Nesse sentido, existe a necessidade de instigar a cultura do planejamento nos serviços de saúde, não o planejamento normativo, conforme revelam os discursos de alguns gestores, mas um planejamento que possibilite a construção de grupalidade, de um projeto coletivo e de uma perspectiva de realização profissional, com o objetivo de ampliar a capacidade operativa do coletivo visando sempre à integralidade do cuidado ao indivíduo, família e coletivo (SCARAZATTI; AMARAL, 2010).

Faz-se necessário, então, o uso de conceitos, métodos e práticas de planejamento voltados para a construção de processos participativos que contemplem o envolvimento de atores políticos diversos como gestores, profissionais e trabalhadores de saúde e usuários. Teixeira e Jesus (2010) referem que o Método da Roda favorece essa adesão quando busca

apresentar uma proposta metodológica de organização do trabalho da gestão que possibilite maior eficiência e eficácia aos processos, utilizando o planejamento como instrumental para propiciar a construção de sujeitos livres e criativos em espaços democráticos e participativos.

O enfoque estratégico situacional corrobora com esse pensamento porque permite a compreensão do objeto planejado como sendo os problemas e oportunidades reais de intervenção, em uma perspectiva que “supera a fragmentação reducionista da realidade operada pelas disciplinas científicas e materializadas nos setores nos quais se organiza a intervenção estatal em qualquer área”; possibilita uma articulação das experiências acumuladas nas distintas práticas das várias instituições envolvidas com a política de saúde; flexibiliza a organização e facilita a participação de distintos sujeitos sociais, bem como um ordenamento espaço-temporal em função do desenho estratégico e; finalmente, potencializa o processo de democratização das relações e uma intensificação das ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços (TEIXEIRA e JESUS, 2010, p. 43).

2ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: FATORES RELACIONADOS À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE RETARDAM NO DIAGNÓSTICO DE TB

Os discursos a seguir mostram o que os gestores percebem como fatores que dificultam o diagnóstico precoce de pessoas doentes de TB. Denota-se que os fatores relacionados ao retardo no diagnóstico de TB, no município, segundo os apoiadores, estão voltados aos usuários e aos serviços de saúde.

Os discursos revelam que os fatores relacionados ao usuário referem-se aos aspectos culturais/antropológicos, de resistência do doente em buscar o serviço de saúde e a falta de informação, tanto do usuário quanto da comunidade, o que favorece o atraso no diagnóstico da doença.

Em relação aos aspectos culturais/antropológicos, os discursos dos gestores mostram preconceito, medo e vergonha do usuário quanto à possibilidade de ver-se doente de TB diante da família e da comunidade. Os fragmentos discursivos revelam a estigmatização da TB vivenciada pela pessoa doente.

E também pela barreira do usuário de ter medo que a comunidade saiba que ainda existe um preconceito, principalmente nessas comunidades mais pobres. [...] E eles [usuários] falaram que é porque tinham vergonha. E aí isso dificulta no tratamento. [...]. (G3)

E por vergonha ou preconceito, ele desconfia e então vai direto para o hospital de referência. [No hospital de referência quando] diagnostica positivo volta pra equipe, e muitas vezes ele [usuário] não quer voltar para a equipe, pelo preconceito pela vergonha de dizer que está com TB, que está com tuberculose. (G7)

[...] ele [usuário de] ter vergonha, talvez ele tenha suspeita que esteja doente, talvez esteja se esquivando de chegar. O preconceito. Eu acho que o maior fator é o preconceito. (G6)

O primeiro problema que é muito sério é preconceito. Porque primeiro, a comunidade não compreende que é um agravo que tem cura e que a partir do momento da inserção da medicação, [...]. Mas as pessoas acham que ainda pode e aí taxam, e usa o termo mais popular que o tuberculoso é uma pessoa que tem que está mais afastado. Então, existe ainda a rejeição não só da sociedade, mas da própria família de separar tudo. De separá-lo do convívio social. (G8)

A primeira coisa que eu queria destacar é o preconceito, é muito difícil a pessoa assumir que tem a tuberculose porque socialmente é uma doença que exclui, e a sensação de exclusão ela é muito opressora. [...] Então, para a pessoa não se sentir excluída, ela prefere não assumir que tem, e aí quanto mais ela não assume que tem, mais demora a possibilidade de cuidado dessa pessoa e mais efeitos pode ter então. (G9)

A palavra estigma significa cicatriz, marca, sinal, aquilo que marca, que assinala marca infamante, vergonhosa. Já estigmatizante significa condenar, censurar, qualificar pejorativamente (FERREIRA, 2008). Moog (2009) menciona que o estigma se refere à magnitude de exclusão social sofrida pelas pessoas que têm determinada doença, sendo essa recusa baseada na percepção e ignorância sobre a doença. O mesmo autor refere que existem dois caminhos para compreensão do estigma: o estigma percebido e o sentido. O estigma percebido relaciona-se ao sentimento do doente sobre sua doença e compreende a vergonha de ser portador de uma condição que é vista como imperfeição humana, como castigo, como punição por transgredir as normas sociais. O segundo estigma percebido, tem nas suas raízes o medo e a ansiedade, levando os indivíduos a esconder sua condição pelo medo de sofrer preconceitos sociais (MOOG, 2009).

Goffman (1963 apud SUSHIL; KARKI; NEWELL, 2007) conceitua estigma como um atributo que é profundamente excludente e que reduz o ser humano normal a uma pessoa inferior, o que resulta em uma transformação do corpo, defeito de caráter individual ou de pertencer a um grupo desprezado. O estigma é um processo que se inicia quando uma determinada característica de um indivíduo ou grupo é identificada como sendo indesejável. A pessoa estigmatizada muitas vezes internaliza este sentimento de desvalor e adota um conjunto de atitudes de proteção marcante incluindo vergonha, medo e culpa (COURTWRIGHT; NORRIS, 2010).

Alguns estudos mencionam a existência da estigmatização da doença tanto para o usuário quanto para a população (COURTWRIGHT; NORRIS, 2010; SIRINAPHA et al, 2009; SUSHIL; KARKI; NEWELL, 2007; PÔRTO, 2007). Courtwright e Norris (2010) referem que as principais causas do estigma associam-se ao risco de transmissão da TB, à falta de conhecimento a respeito da doença e, ainda, associações da TB com outras doenças como a AIDS, condições sociais precárias e crenças religiosas.

A pessoa doente de TB pode se isolar para evitar contaminar outras pessoas bem como situações desconfortáveis, como ser evitado ou tornar-se objeto de comentários (SUSHIL; KARKI; NEWELL, 2007). Também resulta em um sentido de vergonha ou culpa, levando ao autoisolamento e internalização de julgamentos negativos diante da comunidade. Do mesmo modo, o medo do estigma da TB pode levar alguns indivíduos suspeitos da doença a esconder seu estado de saúde de suas famílias. (COURTWRIGHT; NORRIS, 2010). Sirinapha et al

(2009), em seu estudo, detectaram que cerca de 23% das pessoas doentes de TB concordaram ser uma doença que causa constrangimento para família.

É importante ressaltar que a estigmatização da TB emerge na segunda metade do século XIX, fortalecida pelo projeto burguês de dominação e expansão social¹⁶. Sua persistência e alastramento, particularmente entre as populações desfavorecidas, foi motivo de preocupação por ser sintoma de desordem social. O doente de TB, “ainda que malgrado, seu, traz em si a marca do mal e da destruição”. A mesma autora acrescenta que, desse período em diante, a representação social da tuberculose apresenta mudanças tanto mais significativas quanto mais complexo se mostra sua compreensão à luz da ciência médica. Entretanto, a constância do desconhecimento de suas causas e a ineficácia do seu tratamento justificam o horror coletivo diante da doença, que associa seu “portador a comportamento desviante em relação às normas sociais” (PÔRTO, 2007, p. 46). Vista como objeto de estigmatização, a doença estava associada a algum obscuro defeito hereditário, ou mesmo à pobreza. O arraigamento dessa concepção reverbera nos discursos dos sujeitos dessa pesquisa fazendo com que nos dias atuais, conforme afirma PÔRTO (2007):

[...] a doença está associada à fome, à incapacidade de prover recursos mínimos para sua própria sobrevivência ou da família, mas também aos excessos. O consumo de bebida e as farras são os mais mencionados e deixam transparecer que o comportamento desregrado e amoral são ainda causas consideráveis de uma doença que envergonha. [...] O doente com “mancha no pulmão” carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no grupo social. Idéias ultrapassadas aparecem como que cristalizadas no imaginário popular” (Pôrto, 2007, p. 48)

Há também, segundo os discursos, resistência do usuário em saber se o seu problema de saúde é TB e de procurar o serviço de saúde para definir o diagnóstico. No fio do discurso percebe-se que há uma fragilização na responsabilização da equipe de saúde com o usuário.

Primeiramente o que dificulta que eu vejo, assim, é a resistência do próprio usuário com relação a descobrir se tem a tuberculose ou não. Às vezes ele resiste ir à Unidade de Saúde. O próprio Agente de Saúde chama e ele não vai. (G1)

Eu acho que é conseguir levar o usuário para o serviço. A gente está acompanhando agora uma casa lá, uma família com três comunicantes que não querem ir à Unidade. A enfermeira já foi lá para tentar fazer a coleta e eles não querem. [...] Mas pra mim, com certeza, a dificuldade é de eles chegarem ao serviço [...] a dificuldade é do usuário. (G4)

¹⁶ O projeto burguês de dominação e expansão social foi elaborado meticulosamente a partir de um conjunto de intervenções biossociais, ganha expressão no imaginário coletivo sob a forma de culto à agilidade, à robustez física e ao equilíbrio moral. Dessa forma, tudo o que pudesse representar ameaça à hereditariedade deveria ser objeto de banimento ou pelo menos de severo tratamento, pois a dominação de classe não se faria apenas nos níveis econômico e ideológico (BERTOLLI, 2001 apud PÔRTO, 2007).

E aí entra a situação assim, a questão mesmo da comunidade, elas não querem ser atendidas no serviço por questão de estigma. [...] tem a questão do usuário. Ele [doente de TB] ficar um pouco resistente, com medo do resultado, ele não vir fazer a coleta. (G5)

Esse caso do usuário ser tão resistente para a consulta, não querer ir até a unidade porque acha que já vai estar doente, não vai poder fazer mais nada, vai ficar limitado. [...] a dificuldade maior da aproximação é que eles não querem tanto aparecer presente na unidade. (G11)

A estigmatização da doença também favorece o atraso na procura dos serviços de saúde quando surgem os primeiros sintomas relacionados à TB (COURTWRIGHT; NORRIS, 2010). Dag, Yimer e Gunnar (2008) atribuem esse comportamento ao fato de que a procura ao serviço de saúde significaria revelar à população que estaria com TB, além de que em alguns países a doença está tão intimamente associada ao HIV que as pessoas suspeitas de TB temem revelar aos vizinhos seu estado de saúde. Outro fator abordado pelos autores relaciona-se ao tratamento hostil dado por alguns profissionais dos serviços de saúde, podendo tal comportamento ser atribuído pelo receio em adquirir a doença (DAG; YIMER; GUNNAR, 2008 e SUSHIL; KARKI; NEWELL, 2007).

Ainda com relação ao atraso na procura dos serviços de saúde, alguns estudos demonstram que o receio em detectar tal doença volta-se, também, à possibilidade de perda de trabalho e conseqüentemente diminuição da renda (COUTWRIGHT; NORRIS, 2010 e DAG; YIMER; GUNNAR, 2008).

É imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam que a TB além de ser uma doença implicada com as questões sociais também é estigmatizante. Os profissionais que atuam na Saúde da Família (SF), reconhecido como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da Atenção Básica (AB) no Brasil (BRASIL, 2006a), devem responsabilizar-se pela produção do cuidado ao usuário, família e comunidade, de modo a minimizar os constrangimentos sofridos pelas pessoas, inclusive aquelas acometidas por TB.

Sobre isto, o Plano Municipal de Saúde refere que há necessidade de produzir atos de saúde que estejam voltados para as necessidades de saúde dos usuários e não em procedimentos. A fim de que esse modo de produzir cuidado em saúde se concretize, se faz necessário partir de um projeto político de construção do cuidado integral do usuário-cidadão em uma rede de relações humanizadas. É preciso problematizá-las, não em abstrato, mas no trabalho de cada equipe na construção de novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de

qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos ético-político da Reforma Sanitária Brasileira (JOÃO PESSOA, 2006).

Merhy (2007a) enfatiza que para produzir atos de saúde que considerem as necessidades de saúde do usuário é preciso compreender que o processo de trabalho em saúde é sempre relacional, ou seja, é um processo de produção de relações intercessoras, de um lado o usuário e do outro o profissional de saúde, ambos com suas intencionalidades, os quais se relacionam e se colocam como instituintes na busca de novos processos que venham a caracterizar práticas de acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomização, entre outros.

Contudo, para sua efetivação, deve-se romper com práticas hegemônicas instituídas ao longo do tempo, a partir do desejo da mudança. Franco et al (2009, p. 23) referem que o “desejo é agenciamento, isto é, ele está sempre em atividade, produzindo o “real social” em toda sua dimensão da vida”. Acrescentam que essa ideia associa-se a uma outra, conforme a qual a produção do mundo se dá por *subjetividades desejantes*, que operam em fluxos, em conexão entre muitos campos de intensidades e dão formação a novos mundos que vão se constituindo no processo.

Assim, a liberdade constitutiva do trabalho vivo em ato¹⁷, associado aos agenciamentos de desejos imanentes à atividade produtiva de cada trabalhador, vão, produzindo a realidade social, inscrita no mundo do cuidado. O trabalho em saúde vai se restringir a um determinado território existencial, que opera em um referencial ético-político no qual os profissionais de saúde adotam como plano de consistência entre ele e o usuário. Este plano de consistência condiz aos “fluxos circulantes na relação que se estabelece entre trabalhador e usuário, e assim dizem respeito ao campo invisível do cuidado em saúde, os afetos que dão significado à relação trabalhador-usuário, e ao próprio cuidado que se realiza” (FRANCO; et al, 2009, p. 25).

Enfim, a estigmatização da TB tem um duplo impacto no controle da doença. Primeiro, porque o doente de TB ao desconfiar da doença, por algum sintoma peculiar, preocupa-se em buscar o diagnóstico nos serviços de saúde, mas teme pela natureza pública do processo de diagnóstico da TB. Em segundo lugar, a preocupação com o estigma pode tornar mais difícil para as pessoas doentes de TB a continuação do tratamento, em virtude dos

¹⁷ Trabalho vivo em ato é expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de produzir cuidado em saúde (MERHY, 2007).

seus temores de ser identificado como sendo, ou que tenham sido infectadas com tuberculose, o que pode dificultar o seu acesso diário aos serviços de atenção básica. Ao atrasar a procura de cuidados, essas pessoas podem desenvolver sintomas mais graves, o que significa que será mais difícil de tratar, e como elas permanecem em processo infeccioso por mais tempo, tendem a transmitir a doença para outras pessoas (SUSHIL; KARKI; NEWELL, 2007). Daí a importância do trabalho vivo em ato associado aos agenciamentos imanentes na produção do trabalho e que cada profissional de saúde, especialmente os que atuam na Estratégia Saúde da Família deve se responsabilizar pelo cuidado integral e, conseqüentemente, para minimização dessas barreiras.

Os discursos revelaram, ainda, que a falta de informação a respeito da TB, tanto pelo doente quanto pela população, é um dos entraves que contribuem para retardo no diagnóstico.

O primeiro problema que é muito sério é preconceito. Porque primeiro, a comunidade não compreende que é um agravo que tem cura e que a partir do momento da inserção da medicação, do tratamento, tem certo tempo que ele [doente de TB] se eu não me engano são até 15 dias, ainda pode transmitir [...] Mas depois dos seis meses de tratamento, ele não vai mais infectar, não iria ter essa transmissão. Mas as pessoas acham que ainda pode e aí taxam, e usa o termo mais popular que o tuberculoso é uma pessoa que tem que está mais afastado. (G8)

Então, a demora do diagnóstico é um pouco complicado, porque assim, por a TB ser tão antiga, ela [a tuberculose] ainda não é uma doença que a população conheça, então qualquer problema respiratório associa-se logo à virose, à gripe, ao fumo, à poeira da rua, a tudo, menos a uma doença como a tuberculose. Então para se pensar em tuberculose é geralmente quando aparecem os primeiros sintomas sanguinolentos, e aí a pessoa pode ter uma tontura por muito tempo, mas não atentou pra isso. [...]. (G10)

Esse caso do usuário ser tão resistente para a consulta, não querer ir até a unidade [de saúde] porque acha que já vai estar doente, não vai poder fazer mais nada, vai ficar limitado. E às vezes ele sabendo melhor, sendo bem informado como é a doença, que tem o tratamento e que depois ele pode ter uma vida normal, vai poder fazer todas as suas atividades. E o que eu acho que eles mais... a dificuldade maior da aproximação é que eles não querem tanto aparecerem presentes na unidade. (G11)

Estudos relatam que a falta de informações acerca da TB pode influenciar tanto no retardo do diagnóstico quanto no abandono do tratamento (SIRINAPHA; et al, 2009; SUSHILL; LAMBERT e STUYFT VAN DER, 2005; MPUNGU; KARAMAGI e HARRIET, 2005). Olayemi et al (2009) desenvolveram um estudo junto a pessoas doentes de TB na Nigéria a respeito do conhecimento que eles tinham sobre a doença. Foi detectado que após a realização de ações de educação em saúde, a partir de questões acerca da TB, dos efeitos colaterais dos medicamentos, do significado da resistência a drogas antituberculínicas e a

importância da detecção dos comunicantes, constatou-se que as ações de educação para a saúde constituem-se numa estratégia eficaz, portanto, benéfica para o controle da doença.

Souza e Silva (2007), a partir da experiência com grupos de convivência, elaboraram um estudo e, com base nesse, identificaram que a prática educativa é favorável e permite que as pessoas ampliem a compreensão da doença, tanto no que diz respeito aos aspectos clínicos, como também dos aspectos políticos e do processo de viver com a tuberculose. Entretanto, as mesmas autoras chamam atenção que devido ao número reduzido de encontros não foi possível afirmar se essa prática educativa contribuiu para superação de questões mais profundas como o isolamento social e o preconceito; apenas afirmam que houve indícios de que as pessoas passaram a refletir sobre isso e podendo estar num processo de reconstrução da percepção de sua condição de saúde. Góis (2009) relata que uma das principais causas, segundo os doentes de TB entrevistados, que contribuiu para o abandono do tratamento, diz respeito à falta de conhecimento acerca dos efeitos colaterais dos medicamentos e duração do tratamento.

Segundo o Manual Técnico para Controle da Tuberculose, é de responsabilidade da equipe de Saúde da Família o desenvolvimento de ações educativas junto aos usuários na unidade de saúde, bem como na própria comunidade (BRASIL, 2006b). O município reconhece enquanto ações prioritárias para o controle da TB atividades relacionadas à educação em saúde as quais devem ser realizadas com a população nos territórios da Estratégia Saúde da Família (JOÃO PESSOA, 2006). Esse movimento deverá permear em temas que sejam significativos para doente, família e comunidade. A eficácia do tratamento de TB depende do seu conhecimento sobre: a doença; a duração do tratamento; a importância da regularidade no uso das drogas; as graves consequências advindas da interrupção ou do abandono do tratamento (BRASIL, 2002a).

Diante disto, faz-se necessário o desenvolvimento de ações no campo da educação em saúde que visem, não apenas – embora indispensável – orientações junto à pessoa doente de TB, mas ações educativas sobre TB que venham emancipar os sujeitos envolvidos diretamente, como o doente e família, ou não nesse processo.

Ao serem questionados sobre as ações de educação em saúde realizadas para a população acerca de TB, os discursos dos gestores denotam a ausência dessas e uma compreensão tradicional de educação em saúde, reduzindo suas atividades a palestras,

orientações individuais e sala de espera. Esse pensamento é contraditório à política, que tem como plano estratégico a construção da atenção integral e humanizada e a Educação Permanente em Saúde - EPS (JOÃO PESSOA, 2006).

Na realidade a comunidade ainda é hostil na participação com relação a temática da tuberculose. Não só da tuberculose, mas em relação a outras temáticas também. Eu acho que a gente tem que chamar mais a comunidade. Inclusive a gente está planejando estratégias de está fazendo reuniões com a comunidade, que é uma coisa que já deveria existir, mas não existe atualmente. (G2)

Como a gente não tem feito uma ação [TB] ainda, macro como se diz, que envolva todo mundo, o que a gente tem feito é mais a conversa na sala [de espera] e não vejo muita resistência a isso não. (G3)

Ave danou-se, tem não! Que eu lembre não. Só as ações coletivas. E eu tenho lembrança de uma que a gente fez relacionada à tuberculose. Inclusive, tinha pessoas que já tinham tido tuberculose e que participaram, mas foi roda de conversa de educação popular. É o que eu lembro. (G7)

Uma ação, assim, que a comunidade tenha se voltado para ajudar, não teve. Só as ações que a equipe faz para orientar a comunidade para estar se organizando, a estar pensando em como está prevenindo, não estar transmitindo de uma pessoa pra outra. Essas orientações, mas não que a comunidade tenha feito alguma ação. (G11)

Então, na comunidade a gente consegue trabalhar com o profissional, com o ACS, mas a gente não faz uma reunião com a comunidade para falar sobre tuberculose. Então nesse ponto aí a gente tem muita fragilidade. (G12)

O que a gente tem tentado fazer na comunidade, o que a equipe tem tentado fazer é um momento de aproximação mesmo com reuniões noturnas para estar esclarecendo sobre questões gerais, e aí é um espaço que pode estar sendo utilizado para falar sobre isso [falar de TB]. (G13)

Então, como não foi feito nenhum trabalho [ação educativa para TB] até então, não tenho como te responder. Mas assim, como eu fiz nesse dia, que foi o Dia Internacional de Combate à Tuberculose, que foi lá na Ilha do Bispo, a população realmente participava de palestras, tirava as dúvidas. (G15)

O processo de educação em saúde deve aliar a aquisição de informações e aptidões básicas com o senso de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde e da comunidade. É necessário combinar conhecimentos, aptidões e atitudes que visem à capacitação de indivíduos com o uso de metodologias adequadas às suas necessidades e que estejam voltadas para o desenvolvimento de múltiplas atividades de acordo com a realidade local (BRASIL, 2002b).

De acordo com Acioli (2008), as práticas educativas em saúde como expressão do cuidado e este como um valor, devem considerar alguns princípios. São eles: diálogo/ouvir o outro; tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das pessoas e de

suas condições concretas de existência; troca de experiências e construção entre o saber técnico e o saber popular, o que pressupõe que os diversos saberes são apenas distintos, e não hierarquizados e que a experiência vale tanto quanto a teoria.

A mesma autora defende que a abordagem a ser utilizada nesse processo deve perpassar pelo construtivismo, que pressupõe que o conhecimento seja construído através da reflexão crítica de todos os atores envolvidos no processo de ensino e aprendizagem. Acrescenta que se deve considerar “os homens em situação, em diálogo com eles homens conhecer não só objetividade em que estão inseridos, mas a consciência que tenham desta objetividade”. Por conseguinte, os conteúdos programados devem ser definidos a partir da situação dos sujeitos no mundo que se manifestam nas suas formas de agir, o que requer uma prática de educação em saúde construída em conjunto (ACIOLI, 2008, p. 119).

Destarte, as ações de educação em saúde precisam ser reconhecidas como alicerce da Atenção Básica e inseridas no âmbito da Estratégia Saúde da Família com a finalidade de promover uma melhor apreensão dos usuários acerca do processo saúde e doença e, conseqüentemente, ofertar subsídios para adoção de novos hábitos de vida e medidas de saúde, ou seja, contribuir efetivamente para emancipação de sujeitos (TRIGUEIRO; et al; 2009). No caso da TB, considerando sua gravidade social e sua extensão, essas ações tornam-se mais difíceis, mas não impossíveis de serem concretizadas, quando a equipe de saúde compreende tanto a vulnerabilidade quanto as subjetividades dos sujeitos envolvidos no trinômio saúde-doença-cuidado.

Alguns gestores reconhecem a TB como um problema social, no entanto, observa-se nos discursos uma tendência a culpabilização do usuário. Lambert e Stuyft Van der (2005) destacam que existe relatos na literatura sobre as causas do retardo no diagnóstico de TB para a culpabilização das pessoas doentes de TB e que até o momento do estudo, realizado por eles, não há outro que venha efetivamente confirmar essa hipótese. Ressalta-se que a falta de planejamento das ações de controle da TB no âmbito da ESF leva os gestores a por a culpa no usuário e não no serviço. Cabe aos gestores e trabalhadores de saúde reconhecerem que a organização dos serviços de saúde também, se não majoritariamente, contribuem para o retardo desse diagnóstico quando da inexistência de dispositivos que trabalhem a detecção dos problemas, a reflexão do processo de trabalho, a definição de prioridades e a avaliação de processos. Nesse sentido, a inserção do planejamento estratégico no dia a dia de trabalho dos serviços de saúde bem como a avaliação contribuirá, de fato, para mudança desse paradigma.

Consoante o Plano Municipal de Saúde que dispõe sobre a organização dos serviços de saúde com base em linhas de cuidado integral, humanizado e de qualidade, não convém que os discursos de alguns gestores culpem as pessoas doentes de TB pelo atraso no diagnóstico da doença. É relevante pontuar que a gestão firma um compromisso na construção de um sistema de saúde “onde o cuidado e o respeito com as pessoas devem permear os serviços de saúde no município” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 07). Deste modo, não se pode dispensar essa compreensão por parte dos gestores que têm a função de disparar processos de mudanças das práticas de saúde desenvolvidas no âmbito local.

Todavia, cabe ressaltar que essa culpabilidade posta sobre o usuário retrata pensamentos hegemônicos da ciência médica que se concretizava nas práticas de educação em saúde que permearam o século XX.

A respeito, Alves (2005) menciona que as práticas de educação em saúde ao longo da história foram orientadas, enquanto práticas sociais, com o propósitos ideológicos, políticos e econômicos. Estas práticas eram orientadas por um discurso biologicista, que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Os indivíduos eram culpabilizados individualmente pelos seus problemas de saúde e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde. Acrescenta que a partir da década de 1960, com o advento da medicina comunitária, houve um incentivo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde nela vivenciados. Entretanto, segundo a autora, o apelo de participação comunitária parece dissimular o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a diferença da culpabilização passar da individualidade para a coletividade (ALVES, 2005).

Campos (1990), a respeito, menciona que a manutenção da organização dos serviços de saúde como uma realidade soberana acaba que disparando medidas de intervenção restritivas e que favorecem a construção da consciência de culpa da população sobre o seu adoecimento e que este não é o papel que o sistema de saúde deve desempenhar.

Para que haja ruptura com processos educativos que tendem a alienação da população em vez da preocupação com a construção da autonomia de sujeitos, Campos (2007) defende que esta deverá ter sua força na construção compartilhada de tarefas e, posteriormente, na análise das dificuldades de levá-las à prática na busca de ampliar a capacidade de análise e de

intervenção das pessoas, tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade. Portanto, deve-se considerar o interesse e o desejo dos agrupamentos, combinar lógicas distintas, colocar os objetivos institucionais em questão, mas nunca paralisar a ação social em defesa da vida.

Outro fator que favorece o retardo no diagnóstico de TB relaciona-se aos serviços de saúde. Os fragmentos discursivos revelam que existe um movimento da gestão municipal para garantia de acesso ao diagnóstico da doença.

Eu sei que o exame do escarro é rápido, não é muito demorado não. Assim, pelo fato de colher o material e levar para fazer o exame para saber se tem ou não, eu acredito, assim, que seja no máximo, estourando uma semana ou 15 dias. Eu acho que é rápido. (G15)

Agora com relação à parte aqui mesmo para descobrir o diagnóstico, acho que atualmente tem sido bastante trabalhada. O diagnóstico está sendo rápido, o fluxo está bastante organizado agora. E assim, com relação ao município mesmo, não vejo assim, atualmente, não vejo muita coisa pra dificultar o diagnóstico não. (G1)

Hoje eu não visualizo, enquanto gestão, nenhuma dificuldade, [...], por exemplo, o exame de baciloscopia a gente faz a coleta diretamente na casa do usuário, que é o exame do escarro. Então não tem dificuldade do usuário fazer, a gente está com dúvida, vem e faz o exame, o usuário já vem para cá com o resultado. A gente tinha uma oferta menor, agora a gente ampliou o acesso, a gente trouxe pra dentro do próprio distrito sanitário o laboratório que faz a análise. Então isso tudo são fatores que mostram a preocupação da gestão em dar o melhor acesso, ter um cuidado do usuário de uma forma mais especial. (G9)

Observa-se um movimento ativo para (re)estruturação das ações de controle de TB, principalmente voltado para o diagnóstico e tratamento precoce da doença. Os discursos de alguns gestores reconhecem que existem dificuldades estruturais relacionadas à coleta e armazenamento do material a ser examinado e a centralização da leitura deste (material) para o diagnóstico da doença em um único laboratório.

Tem a questão assim, que a gente passou muito tempo sem o menino que vinha pegar os exames [material coletado]. Isso estava com problema também de vir pegar esses exames [material coletado]. Uma coisa que eu acho que seria importante também é a questão de uma geladeira exclusiva, que a gente sempre teve esse problema aqui, mas a gente tem que trabalhar com criatividade. Agora está assim, colocando no isopor gelox, para o menino vir pegar. [...] A questão do resultado, também não chega rápido, mas assim, volta atrás, não chega rápido, mas quando ele dá positivo, quem é lá do laboratório responsável, que eu já recebi uma situação dessa, foi positivo e então eles ligaram [...]. Eu acho assim que cada vez mais a gente está se organizando, porque a rede é muito grande e tem que está se organizando para que realmente as coisas caminhem não é? A assistência, o acesso, o cuidado melhorem. (G5)

Para a demora tem vários fatores. Tem a questão do transporte, a questão do laboratório que é insuficiente. É um laboratório só que faz a análise clínica não só para tuberculose, mas para várias outras coisas, e aí a gente também, ficou sabendo da dificuldade de bioquímico de lá. Parece que só tem um bioquímico. Aí tudo isso demora. São dificuldades assim, são estruturais, eu acho que são mais estruturais mesmo. (G2)

Para o diagnóstico muitas vezes é a coleta do escarro. [...] a gente teve um problema com o motoqueiro recentemente, a equipe coletava, ficava esperando para o motoqueiro pegar e levar para o laboratório e ele não ia. Nós perdemos muitas coletas por isso. Esse problema já foi discutido, já foi sanado, mas nós passamos uns seis meses com esse problema, porque ele estava em outra rota, não ia e a gente perdia. (G7)

A garantia de acesso aos serviços de saúde é de responsabilidade da gestão. Entende-se acesso como fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Outro conceito, este mais abrangente, explica que acesso inclui a utilização de serviços de saúde adequados à necessidade da pessoa, em tempo e local apropriados e que estes sejam resolutivos (TRAVASSOS e CASTRO, 2008). Sendo um conceito multidimensional, em que cada dimensão expressa um conjunto de características da oferta, que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços de saúde, é essencial o reconhecimento por parte da gestão das barreiras que podem intervir negativamente para a garantia do acesso.

Uma delas, e que precisamente deve ser enfrentada pela gestão, é a disponibilidade de serviços e trabalhadores de saúde os quais representam condição *sine qua non* à utilização da oferta de serviços e de ações de saúde. Contudo, a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

A responsabilidade da gestão municipal na oferta de ações e serviços de saúde remonta ao final da década de 1980, quando da instituição do SUS, assentado na premissa constitucional de ser a saúde direito do cidadão e dever do Estado. A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (LOAS nº 8.080/90), iniciou-se o processo de implantação do SUS e, conseqüentemente, da descentralização da gestão do sistema de saúde orientado pelas Normas Operacionais Básicas: NOB/SUS 01/91; NOB/SUS 01/92; NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96, de modo que os gestores, principalmente municipais, pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2007b).

Estas normas definiram as estratégias e movimentos tático-operacionais que deviam reorientar a operacionalidade do SUS, a partir da avaliação periódica de sua implantação e desempenho. O grande avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios, deu-se a partir da NOB/SUS nº01/96, a qual caracterizou as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefiniu suas competências (BRASIL, 1996). Logo a gestão municipal reconhece essa responsabilidade quando institui em seu plano o compromisso com a construção de um sistema onde o cuidado e o respeito devem permear os serviços de saúde. Assim, cabe a gestão municipal prover o acesso e uso de tecnologias que possibilitem a resolução dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, essencialmente das populações mais carentes (JOÃO PESSOA, 2006).

O conhecimento das condições favoráveis ou não para o acesso das pessoas doentes de TB aos serviços de saúde é fundamental para orientar e direcionar os profissionais de saúde para tomada de decisão, observar diferenças, definir estratégias para gerenciamento e adquirir conhecimento da dimensão e da complexidade que caracterizam o acesso ao diagnóstico de TB (VILLA; et al, 2009).

O reconhecimento, nos discursos de alguns gestores, da existência de dificuldades que colaboram para o retardo no diagnóstico de TB denota a sensibilidade destes no processo de mudança disparado pela atual gestão e que visa, minimamente, a reorganização dos serviços de saúde para detecção precoce, tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas pela doença.

Campos (2007) refere que em todo processo de mudança há tensões que ocorrem pela influência do contexto, do grupo ou da situação. Acrescenta que para haver intervenções institucionais que favoreçam a ruptura de movimentos cristalizados e instituídos, é impertinente utilizar-se das mesmas ferramentas, mas é importante compreender que toda mudança gera um momento de crise e que estas devem ser experimentadas, para reconstruir um outro espaço que vislumbre uma nova forma de trabalho, mais fraterna e solidária, mais respeitosa das diferenças e diversidades. Portanto, alguns gestores, em seus discursos, ao reconhecerem as dificuldades estruturais enfrentadas na dinâmica do trabalho de gestão possibilitam tanto sua reflexão quanto potencialização das suas intervenções de modo a garantir a efetividade no controle da TB.

Merhy (2007) acrescenta que as possibilidades de operar reestruturações produtivas devem, analiticamente, procurar entender de modo articulado o lugar que o núcleo das tecnologias leves ocupam e seu modo de operar os processos produtivos, bem como os tipos de disputas que os modelos em competição impõem neste território, e a composição das caixas de ferramentas utilizadas pelos seus protagonistas, para dar sentido às suas ações de superação de um certo processo produtivo hegemônico.

Alguns gestores, em seus discursos, mencionaram tanto a falta de conhecimento da TB quanto a resistência de alguns profissionais no que tange à doença e que isso favorece ao atraso no diagnóstico. A falta de conhecimento por parte dos profissionais, relaciona-se à detecção precoce dos sintomáticos respiratórios bem como a definição do diagnóstico. Em relação à resistência, de acordo com os discursos, volta-se para a possibilidade de contágio da doença e da incompreensão de que a TB se configura como área prioritária da Atenção Básica (AB).

A dificuldade que a gente tem é justamente em relação as pessoas estarem sendo cuidadas dentro da Unidade de Saúde e aí a gente ainda está num contexto difícil porque existem profissionais, os médicos por exemplo, tem deles que tem muita resistência a tratar a pessoa com tuberculose na Unidade de Saúde, o entendimento que ele tem é que tem que ir para o Hospital de Referência. [...] E a gente está tendo dificuldades de diálogo mesmo. De tentar fazer com que o profissional realmente se conscientize de que isso é a contribuição do Saúde da Família e que a gente precisa está acolhendo essas pessoas e se responsabilizando por elas. (G2)

Nem todo mundo entende os processos como tem que acontecer, como funciona o tratamento. Sendo pela gente, pelos apoiadores, a gente tem sempre tentado toda uma formação sobre isso e aí a gente tem visto essa fragilidade nos profissionais que estão lá nas Unidades. A gente chegou a fazer uma formação a pouco com enfermeiros e médicos e há coisas que eles não tratam ou não gostam de tratar. Tem muita técnica de enfermagem que tem medo de tratar [tuberculose]. Eu considero que é uma coisa complicada. [...] Para poder controlar o problema que a gente tem aí [...] no município, quando fala em tuberculose, hansen. Eu considero assim, eu acho que a gente tem que fazer muito mais ensino nas Unidades, fazer formação lá mesmo não só para médico e para enfermeiro. (G4)

E assim, tem outra, a questão também dos próprios profissionais não estarem qualificados para fazer um diagnóstico. Há alguns meses atrás a gente já teve algum avanço, em relação a fazer os casos sintomáticos, a gente teve uma discussão bem legal aqui com os Agentes de Saúde e com toda a equipe, que na visita ou então no atendimento, de qualquer que seja o profissional ou na visita dos Agentes de Saúde, se eles identificarem pessoas tossindo há mais de 15 dias com secreção, essas pessoas seriam encaminhadas para Unidade, e a gente ia fazendo um controle no livro de sintomáticos respiratórios. (G5)

Um dos fatores que influenciam é o próprio olhar da equipe de saúde pra o diagnóstico. Muitas vezes o próprio Agente de Saúde que está na casa do usuário pelo menos uma vez ao mês, ele não tem um olhar crítico sobre isso,

pelo menos para dizer a equipe: -“olhe, está tossindo há muito tempo, isso não é estranho? Não era bom eu chamar pra ele vir aqui à Unidade? Ele está guardando a tosse e acha que é normal”. Então do próprio Agente de Saúde está mais instrumentalizado para isso [detecção de sintomáticos respiratórios]. A própria equipe ter um olhar diferenciado. (G7)

Estudos realizados em outros países mencionam que o baixo nível de suspeita clínica de tuberculose pelos profissionais de saúde tanto quanto a forma inadequada de controle favorece no retardo do diagnóstico (DAG; YIMER e GUNNAR, 2008; MPUNGU; KARAMAGI e HARRIET, 2005). Acrescentam que a pessoa suspeita de TB procura os serviços de saúde repetidas vezes, pois a doença é confundida com outras que possuem sintomatologia semelhante e, conseqüentemente, agravando-a pelo tratamento inadequado. Outras vezes volta-se para a dificuldade de acesso que os doentes têm aos serviços de atenção básica, o que contribui para procura de outros serviços, como a rede privada, que, muitas vezes, não estão qualificados para diagnóstico dessa natureza (DAG; YIMER e GUNNAR, 2008; MPUNGU; KARAMAGI e HARRIET, 2005).

Nesta compreensão, faz-se necessário o desenvolvimento de qualificações junto, não apenas aos profissionais de saúde, mas para todos os trabalhadores que atuam nos serviços de saúde, com o objetivo de ampliar a capacidade de resolução dos problemas e necessidades de saúde vivenciadas nos serviços.

Um dispositivo adotado pela gestão municipal foi a Educação Permanente em Saúde (EPS) que permite desencadear a reflexão crítica dos problemas referentes às ações e a constituição de sujeitos através da estratégia do conhecimento (JOÃO PESSOA, 2006). A EPS é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar práticas profissionais em que os problemas identificados na realidade deverão ser problematizados e enfrentados a partir dos conhecimentos e das experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2009b).

Ceccim (2005) acrescenta que a EPS pode corresponder à educação em serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudanças da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Para sua concretude é condição indispensável à detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, os quais devem ser intensamente admitidos, vividos e compreendidos.

Assim, é fundamental que as práticas de gestão sejam capazes de dialogar com as práticas e concepções existentes nos serviços de saúde no intuito de romper com processos hegemônicos ora vigentes (CECCIM, 2005).

Um dos grandes desafios para a construção do cuidado integral em saúde, segundo Mattos (2008), é instigar nos profissionais de saúde a aspiração de um cuidado integral. Um cuidado no qual as intervenções dos profissionais da saúde se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do *modo de andar a vida* (CANGUILHEM, 2006). Portanto, um cuidado profundamente centrado na compreensão do sofrimento manifesto ou do sofrimento antecipado pelos profissionais no contexto de vida que o sujeito sofre ou poderá vir a sofrer.

Ademais, um cuidado que se preocupe em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer (Mattos, 2008, p. 348).

Frente ao exposto, é importante que os gestores, na função de apoio matricial, incorporem novos conceitos que possibilitem a transformação tanto das práticas de gestão quanto das práticas de saúde e que vislumbrem, efetivamente, a atenção integral e humanizada, conforme preconiza a política municipal de saúde.

No entanto, na opacidade do discurso, percebe-se que os gestores não atribuem o atraso no diagnóstico da TB como responsabilidade da gestão. Nesse enfoque percebe-se uma ambiguidade nos discursos dos gestores acerca dos fatores que contribuem para o retardo no diagnóstico, quer sejam os usuários, conforme já discutido anteriormente, quer sejam os trabalhadores de saúde, no entanto, as dificuldades que surgem, a gestão dispara intervenções no sentido de solucioná-las. A posição do sujeito reflete uma ideologia marxista, a qual aborda

um conjunto de idéias que se refere a uma realidade, não para esclarecê-la e transformá-la, mas pra encobri-la e justificá-la no imaginário, que permite às pessoas dizerem uma coisa e fazerem outra, apresentarem que não são (CASTORIADIS, 1982, p. 21).

Outrossim, se faz necessário, para a construção de um cuidado integral e humanizado no âmbito municipal (JOÃO PESSOA, 2006), conceber discursos homogêneos, a partir dos gestores, que reconheçam a magnitude dos processos de mudanças e que estes mexem com

simbolismo¹⁸ construídos e instituídos ao longo da história. Da mesma forma que a alienação¹⁹ presente na massa dos trabalhadores, neste caso os da saúde, contribui para a resistência a essas mudanças.

Deve-se considerar também, que a formação dos profissionais de saúde reflete uma ideologia, a eles imposta, onde a doença deve ser encarada como de responsabilidade individual em detrimento a do estado (CAMPOS, 1990). Isto é, no âmbito da formação, os profissionais de saúde já eram condicionados a acreditar que a responsabilidade da doença era da pessoa doente e, ao estado cabe apenas a contribuição de ofertar serviços que possam tratar e/ou diminuir os processos de adoecimento do indivíduo e da população.

Campos (2007) afirma que a gestão é sempre produtora de processos de institucionalização, a qual trabalha sempre numa tensa transversal, entre o instituído e o instituinte, entre a ordem que sustenta a operatória de outros processos produtivos e a desordem dos processos criativos e de mudanças. Faz-se necessário a coragem e a determinação de romper com esses processos. O mesmo autor acrescenta, em forma de metáfora, que embora “as dores de parto ninguém esquece, contudo, ninguém passa a vida sofrendo por elas. Pois, ao final, o que importa é que essas dores anunciam o teimoso e persistente recriar da vida” (CAMPOS, 2007, p. 147).

Finalmente, um projeto que vislumbra a horizontalização dos sujeitos a partir das relações de cogestão não condiz com discursos tradicionais onde a gestão assume a responsabilidades na manutenção dos serviços, no que tange aos insumos, equipamentos, profissionais, dentre outros no campo estrutural, e se exclui como fator responsável pelo diagnóstico tardio da TB, sem, contudo, considerar as subjetividades e singularidades envolvidos nesse processo.

¹⁸ A idéia do simbolismo perpassa pela significação de “algo’ que possui um sentido para outrem o qual foi construído na história, na ordem simbólica de uma determinada sociedade e que se modifica em novos sentidos a partir das transformações ocorridas nos indivíduos e sociedades. Ou seja, “todo simbolismo se edifica sobre as ruínas dos edifícios simbólicos precedentes, utilizando seus materiais – mesmo que seja, só para preencher as fundações de novos templos” (CASTORIADIS, 1982, p. 146).

¹⁹ Compreendendo que a alienação como “condições de privação e de opressão, como estrutura solidificada global, material e institucional, de poder e de ideologia” (CASTORIADIS, 1982, p. 131).

CAPÍTULO 5
CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão em saúde configura-se como um dos pilares essenciais para a concretização do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tendo em vista a responsabilidade da gestão em efetivar os princípios e diretrizes propostos pelo movimento sanitário nos últimos vinte anos de implantação do SUS. Para garantir as mudanças essenciais no modelo de gestão e de atenção em saúde se faz necessário considerar e enfrentar os obstáculos surgidos nesse processo.

A gestão municipal de saúde de João Pessoa, a partir de 2006, firmou um compromisso com a construção de um sistema no qual o cuidado e o respeito com as pessoas devem permear os serviços de saúde nesta capital. Ciente dos desafios a serem enfrentados para concretização desse processo, a gestão municipal, adotou alguns dispositivos que facilitariam a ruptura com processos hegemônicos instituídos no campo da saúde, como o apoio matricial, a educação permanente em saúde, espaços de cogestão, dentre outros. Estes dispositivos de gestão objetivam a construção de uma rede de serviços de saúde integral, humanizada e de qualidade em que a referência para organização da gestão e da atenção em saúde teve como base a horizontalização a partir da construção de uma linha de cuidado integral.

Na tentativa de alcançar os objetivos propostos por este estudo, foi primordial a interpretação dos discursos dos gestores, na função de apoiador matricial, construídos pela união da história, do social e da ideologia que eles se filiam e produzem sentido, no que tange à problemática da TB no âmbito municipal.

A experiência vivenciada na utilização da técnica de AD, ao mesmo tempo em que configurou um importante desafio enfrentado, possibilitou captar o sentido não explícito no discurso dos sujeitos em relação ao objeto de estudo. Outra ferramenta importante na construção deste, foi o uso do software *Atlas.ti* que potencializou todo o processo de organização, armazenamento e codificação das falas, tendo nos relatórios a produção das informações necessárias para interpretação discursiva.

Assim, retomando o objetivo geral, que foi analisar a discursividade de gestores sobre a relação entre a organização dos serviços de saúde e os fatores que influenciam no retardo do diagnóstico da tuberculose no município de João Pessoa-PB e, os específicos que consistiam em identificar os fatores relacionados ao acesso, associados a forma de organização dos serviços de saúde envolvidos no controle da TB e que interferem no atraso do diagnóstico da

TB, e relacionar as ações de controle da TB com a organização dos serviços, segundo o modelo de gestão e as especificações do plano de saúde do município de João Pessoa, os gestores revelam que o discurso está permeado de compreensões e tensões próprias da formação e da incompreensão da política de saúde do município de João Pessoa-PB. Há contradições, sobretudo entre a que se propõe o projeto que intenta avançar o SUS no município e o discurso de gestores que atuam no sistema local, no caso relacionados à TB.

A primeira formação discursiva retrata a organização dos serviços de saúde e a relação com o retardo do diagnóstico de TB. O discurso dos gestores nos revela a preocupação da gestão em garantir o acesso do usuário ao acompanhamento e tratamento gratuito na rede básica de atenção à saúde, especialmente nas Unidades Saúde da Família.

No entanto, para o alcance do controle da tuberculose se faz necessário elencar dispositivos que estão além da doença e de seu tratamento. Nesse sentido, se faz necessário que a organização dos serviços de saúde para atenção a TB considerem, além dos aspectos acima mencionados, outros que venham transcender as barreiras da normatização imbricada com modelos assistenciais pouco resolutivos e que não reconhecem o sujeito como produtor de seu próprio cuidado. Esses devem perpassar a lógica do biológico para a determinação social da doença considerando, sobretudo, a singularidade do sujeito, neste caso o doente de TB.

Os discursos dos gestores e equipe gestora não revelam apropriações de conceitos importantes que norteiam a organização de serviços, planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito distrital. A falta de incorporação de conceitos ao discurso, tais como Vigilância à Saúde, Humanização em Saúde e de Cogestão, tendem a distanciar a organização de serviços e ações que garantam o cuidado integral e humanizado.

Fica evidente a fragmentação das ações, a falta de articulação entre os serviços e setores, o cumprimento de tarefas, bem como a falta de planejamento estratégico, os quais caracterizam um modelo de gestão pautados nos moldes tayloristas.

Ao analisar a segunda formação discursiva, a qual revelou os fatores relacionados à organização dos serviços que retardam no diagnóstico de TB, a partir dos discursos dos gestores, estes voltam-se para os usuários e serviços de saúde. Mencionaram que há estigma percebido tanto pelos usuários quanto pela população no que concerne a doença. Denota-se, também, que existe resistência dos usuários em procurar os serviços de saúde tanto pelo medo

do diagnóstico quanto pela hostilidade por parte de alguns profissionais da rede. Outro fator evidenciado nos discursos foi a falta de informação do doente e da família acerca da doença.

Sobre a influência dos serviços de saúde, existe um movimento ativo para (re)estruturação das ações de controle de TB, principalmente voltado para o diagnóstico e tratamento precoce da doença. Alguns discursos reconhecem que existem dificuldades estruturais relacionadas à coleta e armazenamento do material a ser examinado e centralização da leitura deste (material) para o diagnóstico de TB em um único laboratório. Outrossim, relaciona-se a resistência e ao desconhecimento, de alguns, profissionais de saúde, no que se refere a possibilidade de contágio da doença, a detecção precoce dos sintomáticos respiratórios, bem como a definição do diagnóstico.

Entretanto, na opacidade do discurso, percebe que os gestores não atribuem o atraso no diagnóstico da TB como responsabilidade da gestão, ou melhor, à forma como está organizada a atenção ao agravo, nem ao planejamento das ações. Nesse enfoque, o discurso é ambíguo e contraditório no que concerne à proposta da gestão municipal na construção de um cuidado enquanto valor. Não se pode desconsiderar que as mudanças na história se fazem de forma lenta.

Assim, os conceitos de Humanização, Promoção da Saúde, Integralidade, Vigilância da Saúde e de Cogestão, que deveriam sustentar e oxigenar esse processo de (re)organização de ações e serviços para a garantia de acesso e do cuidado ao doente de TB, mostram-se relegados a um segundo plano, seja pela incipiente reflexão entre a teoria e a prática ou pela opacidade do discurso na incompreensão do conceito teórico da Determinação Social da Doença.

Nesse sentido, sugere-se que a gestão, representada pela Secretaria de Saúde e Distritos Sanitários, dispare processos de discussão e reflexão junto aos gestores, na função de apoiadores matriciais. Primeiramente, sobre os processos instituintes nos quais estão envolvidos, que perpassa pela ruptura de práticas hegemônicas instituídas historicamente e de saberes reducionistas do processo saúde-doença-cuidado para práticas democráticas, de inclusão e de solidariedade.

No segundo momento, discussão acerca da TB. Não TB enquanto doença, embora também seja necessário, mas como problema mundial de saúde que precisa ser enfrentado nos aspectos de vulnerabilidade social, de estigmatização e da subjetividade e singularidade dos

sujeitos envolvidos. Esse processo deve ser permeado por espaços de cogestão e de Educação Permanente em Saúde, a fim de que, os gestores se fortaleçam para o enfrentamento das tensões que envolvem todo movimento de mudança.

Espera-se, portanto, estimular nos gestores mudança de posicionamento, requerendo destes atitudes que sejam condizentes com a construção de um cuidado integral e humanizado nos serviços de saúde no âmbito municipal, sobretudo, no que se refere à TB. Ressalta-se que o processo de gestão deve permear a abertura de possibilidades para rupturas com modelos gerenciais hegemônicos, de modo que a estes se incorporem os desvios²⁰ e agenciamentos,²¹ os quais irão proporcionar a mudança na *história e não fora dela*.

²⁰ Não adesão e/ou afastamento da pessoa, grupo e/ou coletivo a um determinado projeto político.

²¹ A motivação, a luta de determinados grupos para o alcance de projetos políticos que vislumbrem rupturas com projetos instituídos na história.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.** v. 61, n. 1, p. 117-21, jan/fev, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v6n1/19.pdf>. Acesso em: 07 Nov. 2010.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf> . Acesso em: 08 Nov. 2010.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução do grego Antonio de Castro Caieiro. São Paulo: Atlas, 2009. 280p.

ASBROEK, A. H. A.; et al. The road to tuberculosis treatment in rural Nepal: A qualitative assessment of 26 journeys. **BMC Health Services Research**, v.8, p.07. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2257948/pdf/1472-6963-8-7.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2010.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p.63-72, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2010.

AYRES, J.R.C.M.; et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In.: CAMPOS, G. W. S. et al. Organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.375-417.

ARCENCIO, R.A.; OLIVEIRA, M.F.; VILLA, T.C.S. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 409-417. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a17v12n2.pdf>. Acesso: 22 Nov 2010.

BARATA, R.B. Epidemiologia social. **Rev. bras. epidemiol.** v.8, n.1, p.7-17, 2005. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf> >. Acesso em: 26 Out. 2010.

BARBOSA, P.R. Gestão em Saúde uma abordagem Introdutória. In.: **Caderno de Funções Gestoras e seus instrumentos**. MENDES JUNIOR, W.V. e BOMFIM, R.L.D. Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009. p.15-21.

BARROS, R.B.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalhador da Saúde, Muito Prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.

BARROS, S; OLIVEIRA, M.A.F.; SILVA, A.L.A. Práticas inovadoras para cuidado em saúde. **Rev.Esc Enfermagem USP**. v.41(Esp), p. 815-819, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v41nspe/v41nspe12.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2010.

BASNET, R.; et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health**. 9:236, 2009. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-236.pdf>. Acesso em: 15 Nov 2010.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Patrópolis: Vozes, 2003.

BRANCO, M.A.F. **Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 222p.

BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF. **Diário Oficial da União** 1996a; 06 nov. Disponível em: <http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>> Acesso em: 10 Nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 196, de 10 de outubro 1996**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília; 1999.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o controle da Tuberculose**. Cadernos de Atenção Básica nº 6. Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 148. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/guia_controle_tuberculose.pdf. Acesso 07 Nov 2010.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5th. Rio de Janeiro: 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/81/controla-da-tuberculose-uma-proposta-de-integracao-ensino-servico-%5B81-080909-SES-MT%5D.pdf> . Acesso em 08 Nov. 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Edição n. 61, 29 mar. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o controle da Tuberculose**. Cadernos de Atenção Básica nº 6. Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 148. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/guia_controle_tuberculose.pdf. Acesso em: 07 Nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>. Acesso 26 Out. 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. n. 2. Brasília: CONASS, 2007a. 182p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, n.1. Brasília: CONASS, 2007b. 291p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. 2ªed. rev., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 13 Nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf. Acesso em: 19 Out. 2010.

BRUNELLO, M.E.F. et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta paul. enferm.** v.22, n.2, p. 176-182, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a10v22n2.pdf>. Acesso em: 12 Out. 2010.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-70, out-dez. 1998.

_____, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.15, n.5, p.2337-2344, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a09.pdf>. Acesso 15 Nov 2010.

CAMPOS, G.W.S., DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**. v.23, n.2, p. 399-407, 2007. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/gastao_wagner_cobem_07.pdf. Acesso em: 15 Out. 2010.

CAMPOS, P.M. Políticas Neoliberales em Salud. In.: VI Congresso Mundial de Medicina Social. Ilhas Canárias. **Divulgação em Saúde para Debate**. CEBES. Mar.1990. p.29-32.

CAMPOS, R., PIANTA, C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999. Rio Grande do Sul – Brasil. **Bol. da Saúde**, v. 15, n. 1, 2001. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v15n1_06tuberculose.pdf. Acesso em: 15 Out. 2010.

CAMPOS, R.O.; **A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidade técnicas**. In.: Saúde Paidéia. CAMPOS, G.W.S. organização. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 122 a 149.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2006.

CARVALHO, S.R. e CUNHA, G.T.; **A Gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde**. In.: CAMPOS, G.W.S., et al. Tratado de Saúde Coletiva. organizadores. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Pág. 837 a 868.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2010.

CECÍLIO, L.C.O, As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC-ABRASCO, 2006.

_____, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.557-566, mar, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n3/13.pdf> . Acesso em: 15 Nov. 2010.

COREGNATO, R.C.A., MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-84, Out-Dez, 2006. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>. Acesso em: 25 Jun. 2010.

COSTA, M.B.S.; SALAZAR, P.E.L. Análisis de la gestión municipal de los servicios de salud. **Rev Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 465-71, out./dez, 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a02.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2010.

COURTWRIGHT, A.; NORRIS, A.T.; Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and interventions. **Public Health Reports**. v.125, Suppl 4, p.34-42. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882973/?tool=pumed>. Acesso em: 02 Nov. 2010.

CZERESNIA, D., O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In.: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

DAG, S.G.; YIMER, S.; BJUNE, A.G. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health**. v.8, n.5, 2008. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/15>. Acesso em: 30 Out. 2010.

DRUMOND JR., M., Epidemiologia em Serviços de Saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. In.: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz, 2007. p.419-456.

DYE, C.; Tuberculosis 2000-2010: control, but not elimination. **Int J.Tuberc. Lung Dis**. N. 4, p.146-152, 2000. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2000/00000004/a00212s2/art00010>> . Acesso em: 20 Out. 2010.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M.; **O trabalho gerencial em enfermagem**. In.: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 01-12.

FERLA, A.A.; CECIM, R.B.; PELEGRINI, M.L.M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2003. p.61-88.

FERNANDES, T.M.D.; ALMEIDA, A.B. de S.; NASCIMENTO, D.R.do; **Memórias da Tuberculose**. www.coc.fiocruz.br/tuberculose/introducao.htm - Acesso em: 12 Nov. 2009.

FERREIRA, A.B.H., **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 7ª ed., Curitiba: Ed. Positivo, 2008. 896p.

FIGUEIREDO, P.P.; et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p.235-259, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a13v20n1.pdf>. Acesso em: 13 Nov. 2010.

FIOCRUZ/ENSP/EAD, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância; **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino/serviço**; Rio de Janeiro, 2008.

FORMIGA, N.S.; LIMA, D.S. A tuberculose no Estado da Paraíba/Brasil: a operacionalidade do tratamento supervisionado no controle da tuberculose. **ConScientiae Saúde**. v.8, n.2, p. 197-201, 2009. Disponível em: <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/1653/1286>. Acesso em: 19 Out. 2010.

FRANCO, T.B.; et al. A produção subjetiva da estratégia saúde da família. In.: **A produção subjetiva do cuidado: cartografia da estratégia saúde da família**. FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S. e FERREIRA, V.S.C. (Org.s). São Paulo: Hucitec, 2009. p.19-44.

GÓIS, G.A.S., **Abandono ao tratamento: desafios para o controle da tuberculose na perspectiva do Enfoque Familiar**. [Dissertação Mestrado]. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. 2009.

GONDIM G.; et al. O território da saúde: a organização dos sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-55.

GONZALES, R.I. C., et al. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**. v.42, n.4, p.628-34, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a02.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2010.

GONZÁLES, R.I.; et al. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em municípios de grande porte, SP, Brasil. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.16, n.1, jan/fev, p. 95-100, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_14.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2010.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.633-45, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1210.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2010.

GULLIFORD, Martin. Modernizing concepts of access and equity. **Health Economics, Policy and Law**. 4:223-230, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19250604>. Acesso em: 22 Out 2010.

HEIDMANN, I.T.S., et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm**. v.15, n.2, p.352-358, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2010.

HIJJAR, M. A. et all., Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.41, Supl.1, p. 50-58, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2010.

JAMAL, L.F.; MOHERDAUI, F.; Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev Saúde Pública**. v.41, Supl.1, p.104-10, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6545.pdf>. Acesso em: 15 Out. 2010.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. **Relatório de Gestão, 2005-2008**. João Pessoa: 2008.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. 2006-2009. João Pessoa/PB, 2006.

JUNQUEIRA, L.A.P. **Modelos de Gestão na Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Eventos. 19--?. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq6548.pdf. Acesso em: 05 Jun. 2010.

LAMBERT, M.L.; VAN DER STUYFT, P. Delays to tuberculosis treatment: shall we continue to blame the victim? **Tropical Medicine & International Health**. v.10, n. 10, Out., p.945-946, 2005. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2005.01485.x/full>. Acesso em 03 Nov 2010.

LIMA, D. S. **Documento técnico contendo dados consolidados dos principais indicadores que caracterizam a situação da tuberculose dos municípios prioritários (João Pessoa, Patos e Santa Rita) do estado da Paraíba**. 2008. OPAS. Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Gerencia Executiva de Vigilância em saúde, Núcleo de Doenças Endêmicas, Mar, Paraíba, 2008.

LONG, N.H.; JOHANSSON, E.; LONNROTH, K.; ERIKSSON, B.; WINKVIST, A.; DIWAN, V.K. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. **Int J Tuberc Lung Dis**. v.3, n.5, p.388-393, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10331727>. Acesso em: 10 Out. 2010.

LUIZ, O.C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**. v.22, n.11, p.2339-2348, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n11/08.pdf>>. Acesso em: 26 Out. 2010.

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. **Rev Bras Epidemiol**. v.12, n.2, p.144-57,2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>. Acesso em: 05 Set 2010.

MATTOS, R.A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In.: **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. MATTA, G.C. e LIMA, J.C.F. organizadores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.313-352.

MATTOS, R.A., Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In.: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F.

Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-350.

MATTOS, R.A.; Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC-ABRASCO, 2006.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde do SUS.** Fortaleza: Espce; 2002.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2007a. p.71-112.

MERHY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MERHY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005.

MFINANGA, S.G.; et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. **BMC Health Services Research**, v.8, p. 158, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515835/>. Acesso em: 18 Out 2010.

MINAYO, M. C. S; ASSIS, S.G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** 7. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MOOG, J.C. Estigma em epilepsia. **Iatreia**. v.22, n.3, July/sept., 2009. Disponível em: iatreia.rev.fac.med.univ.antioquia. Acesso em: 02 Nov. 2010.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.627-40, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a14v13s1.pdf>. Acesso em: 15 Nov 2010.

MPUNGU, S.K.; KARAMAGI, C.; HARRIET, K.M. Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study. **BMC Public Health**. v. 5:122, 2005. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/122.pdf>. Acesso em: 30 Out 2010.

NICHIATA, L.Y.I.; et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-am-Enfermagem**. v.16, n.5, p.923-928, set/out, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf. Acesso em: 22 Out. 2010.

NOGUEIRA, J.A.; et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**. v.43, n.1, p. 125-131, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/16.pdf>>. Acesso em: 15 Out. 2010.

OLAYEMI, S.O.; OREAGBA, I.A.; AKINYEDE, A. ADEPOJU, G.E. Educational intervention and the health seeking attitude and adherence to therapy by tuberculosis patients from an urban slum in Lagos Nigeria. **Niger Postgrad Med J.**, v.16, n.4, p. 231-5, 2009, Dec. [resumo]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-20037616>. Acesso em: 07 Nov. 2010.

OLIVEIRA, G.N., Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In.: CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, A.V.P. **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª ed., São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p. 273-282.

ONOCKO CAMPOS, R.T., CAMPOS, G.W.S., **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. In.: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz, 2007. p.669-688.

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

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. v.8, n.2, p.557-567, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a17v08n2.pdf>. Acesso em: 25 Out. 2010.

PAIM, J.S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.243-24, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v4n2/7111.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2010.

PAIM, J.S.; Planejamento em Saúde para não Especialistas. In.: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz, 2007. p.767-782.

PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**. v.37, n.3, p. 19-26, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/03.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2010.

PERRECHI, M.C.T.; RIBEIRO, S.A. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.35, n.11, p.1100-1106, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a07.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2010.

PINHEIRO, R. Em defesa da Vida: Modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. **PHYSIS: Rev.Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 11(2):123-166, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v11n2/a07v11n2.pdf>. Acesso: 15 Nov 2010.

PINHO, L.B. **Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica.** [Tese de Doutorado]. 2009. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 344f.

PINTO, C.A.G.; Diagnóstico Compartilhado no Trabalho das Equipes de Saúde da Família. In.: CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, A.V.P. **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.** 2ª ed., São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p. 298-304.

PIRES, M.R.G.M.; GOTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. bras. enferm.** v.62, n.2, p.294-299, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a20v62n2.pdf>. Acesso em: 25 Out. 2010.

PIRES, M.R.G.M.; Politicidade do cuidado como referência emancipatória para enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev. Latino-am-Enfermagem.** v.13, n.5, p.729-736, set/out, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a18.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2010.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa:** na atenção à saúde. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública.** v.41, Supl.1, p. 43-49, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>. Acesso em 20 Out. 2010.

PROTTI, S.T.; et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev. esc. enferm. USP.** v.44, n.3, p.665-670, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/16.pdf>>. Acesso em: 25 Out. 2010.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SA, L. D. de et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto contexto - enferm.** [online]. v.16, n.4, p.712-718, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2010.

SÁ, L.D.; et al. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. **Rev. enfermagem. UFPE On line.** v.4, n.3, p. 178-186, jul/set, 2010. Disponível em: www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../893. Acesso em: 12 Out. 2010.

SANTOS FILHO, S.B.; FIGUEIREDO, V.O.N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.615-26, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a13v13s1.pdf>. Acesso em: 15 Nov. 2010.

SANTOS, M.A.P.S.; et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**. 5:25, 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1084352/>. Acesso em: 10 Out 2010.

SANTOS, M.L.S.G.; et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto contexto - enferm**. v.19, n.1, p.64-69, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a07.pdf>. Acesso em 25 Out. 2010.

SCARAZATTI, G.L.; AMARAL, M.A.; Planejamento e Contrato de Gestão na Atenção Básica. In.: CAMPOS, G.W.S.; GUERREIRO, A.V.P. **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª ed., São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p. 206-220.

VILLA, L.M.S; et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.43, n.3, p.389-97, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/248.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2010.

SHERMAN, L.F., FUJIWARA, P.I., BAZERMAN, L.B., FRIEDEN, do T.R. Patient and health care system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **INT J TUBERC LUNG DIS**. v.3, n.12, p.1088-1095, 1999. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtdl/1999/00000003/00000012/art00007>. Acesso em: 22 Out. 2010.

SIRINAPHA, J.X. et al.; Social stigma and knowledge of tuberculosis and HIV among patients with both diseases in Thailand. **Journal Plos one**. v.4, July, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709913/pdf/pone.0006360.pdf>. Acesso em: 30 Out. 2010.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Grupo de convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.5, set-out., p.590-5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a20.pdf>. Acesso em: 07 Nov. 2010.

SOUZA, W.V.; DOMINGUES, C.M.A.S. Notificação Compulsória de Doenças e Agravos no Brasil: Um Breve Histórico sobre a Criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. In.: BRASIL. **Experiência brasileira em sistema de informação em saúde**. 2v. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SPAGNOL, C.A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Rev gaúcha enferm**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-31. Jan., 2002. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4405/2342>. Acesso em: 10 Nov 2010.

SREERAMAREDDY, T.C, PANDURU, K.V, VAN DEN ENDE J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Diseases**. 2009,

9:91. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/9/91>. Acesso em: 17 Nov. 2010.

SUSHIL, B.C., KARKI, D.K; NEWELL, N.J., Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. **BMC Public Health**. 2007; 7:211. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2018718/?tool=pumed>. Acesso em: 02 Nov. 2010.

TEIXEIRA, C.F.;JESUS, W.L.A.; Correntes de pensamento em planejamento de saúde no Brasil. In.: TEIXEIRA, C.F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. p.33-50.

TERRA, M.F.; BERTOLOZZI, M.R.; Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) contribui para adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.16, n.4, jul/ago, p. 659-664, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_02.pdf >. Acesso em: 19 Out. 2010.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In.: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; et al . **Políticas de Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.215-243.

TRIGUEIRO, et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Cienc. Cuid. Saúde**. V.8, n.4, p. 660-666, out-dez., 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9697/5401>. Acesso em: 07 Nov. 2010.

TRIGUEIRO, V.S.J.; **Controle da tuberculose e os desafios da gestão na atenção básica de municípios prioritários da Paraíba**. João Pessoa, 2009. 137f. [Dissertação Mestrado]. UFPB/CCS.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação na área da saúde e humanas. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação na área da saúde e humanas. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

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 Sanitária**. v.10, n.1, p. 5-12, jan/jun, 2002. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v10n1/v10n1a02.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2010.

VILLA, T.C.S.; et al. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Rev Esc Enferm USP**. v.42, n.1, p.98-

104, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/13.pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2010.

WANDWALO, ER, MORKVE, O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. **Int J Tuberc Lung Dis.**, v.4, n.2, p. 133-8, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10694091>. Acesso em: 10 Out. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.** Geneva; 2006. Brazil: country profile; 77-79.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis control: surveillance, planning, financing:** WHO Report 1999. Geneva;1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Informações gerais	Data	Horário
Iniciais: _____		
Formação: _____	Especialidade: _____	
Local de trabalho: _____		
Função: _____	Tempo de exercício da função: _____	
Outras atividades profissionais: _____		
Entrevistador : _____		

PERGUNTAS

1. Quais os principais problemas de saúde encontrados no município de João Pessoa (Distrito, USF)?
2. Como está organizado o controle da tuberculose no município de João Pessoa?
3. O que você pensa sobre a Tuberculose (TB)?
4. Gostaria que a Sr./Sra. relatasse como está organizado o serviço para atender o doente de tuberculose nas Unidades de Saúde da Família.
 - 4.1. Poderia descrever o percurso que o doente de TB realiza para obter o diagnóstico?
5. Gostaria que o Sr./Sra. falasse sobre sua experiência como gestor frente às ações de controle da TB.
6. Descreva como são planejadas as ações de controle da TB.
 - 6.1. Comente como são planejadas as ações de busca de RS:
7. Na sua opinião, que fatores influenciam na demora para se obter o diagnóstico da TB em seu município?
8. Em sua opinião, que fatores dificultam o trabalho das equipes de saúde na identificação dos respiratórios sintomáticos?
9. O que Sr./Sra. pensa sobre o trabalho do ACS no controle da TB?
10. Descreva as ações de qualificação para o controle da TB realizadas em seu município. (investigar a frequência)
11. O que o Sr./Sra. pensa sobre o DOTS (e o TS)
12. Poderia me contar sobre a participação da comunidade nas ações voltadas ao controle da TB?

APÊNDICE B**TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a)

Gostaria de convidá-lo 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 : Universidade Federal da Paraíba. Ela tem como objetivo avaliar as 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 assegurando 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 e 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 requisitadas por mim a todo o momento.

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

João Pessoa – PB, ____ 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,

Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Contato com a pesquisadora responsável:Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Janaína von Söhsten Trigueiro. Endereço profissional: Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, 58059900 – João Pessoa, PB, Brasil; E-mail: janavs_23@hotmail.com

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 11ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17-12-08, o projeto de pesquisa intitulada “RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL”, da interessada Professora Lenilde Duarte de Sá. Protocolo nº. 0589.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Eliane M. de Sá
Coordenadora - CEP/CCS-UFPB



Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde

João Pessoa, 06 de julho de 2009.

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a) ROSA CAMILA GOMES PAIVA, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada "RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE : ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL", a ser realizada nos DISTRITOS SANITARIOS I, II, III, IV e V, relacionadas em anexo na cópia do processo nº 08071/2009

Sem mais, e visando o encaminhamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,

Atenciosamente,

Vânia Priamo

Gerente de Educação na Saúde

Vânia Priamo
Gerente de Educação em Saúde
Mat.: 51.972-3