



Artigo Original

BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS E O DIAGNÓSTICO TARDIO DA TUBERCULOSE*

ACTIVE SEARCH FOR RESPIRATORY SYMPTOMS AND LATE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS

BÚSQUEDA ACTIVA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS Y EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA TUBERCULOSIS

Patrícia Geórgia Oliveira Diniz Pinheiro¹, Lenilde Duarte de Sá², Pedro Fredemir Palha³, Fabiana Barbosa Assumpção de Souza⁴, Jordana de Almeida Nogueira⁵, Tereza Cristina Scatena Villa⁶

Objetivou-se analisar a discursividade de gestores sobre as ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios e a relação com o diagnóstico tardio de tuberculose. Pesquisa qualitativa com material empírico construído por meio de entrevistas com 16 apoiadores matriciais, em município da região metropolitana de João Pessoa - PB. Análise feita conforme a técnica de Análise de Discurso, linha francesa. Os resultados revelaram: há contradições entre a proposta do plano municipal de saúde e o discurso dos gestores no que tange às ações de controle da tuberculose; os gestores não conhecem o verdadeiro significado da busca ativa, o que contribui para que aconteça uma busca passiva de casos novos; não há planejamento de ações voltadas para a identificação de sintomáticos respiratórios. Conclui-se que as evidências concorrem para o diagnóstico tardio da doença e que há a necessidade de qualificar os gestores para melhor compreensão do controle da doença.

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

The objective was to analyze the discursivity of managers on the active search for respiratory symptoms and the relationship with the late diagnosis of tuberculosis. Qualitative research with empirical data compiled through interviews with 16 matrix supporters, from a city in the João Pessoa metropolitan area (Paraíba -PB). Analysis as the technique of discourse analysis, following the French method. Results revealed contradictions between the proposed plan of municipal health and the managers' discourse regarding the actions to control tuberculosis; their lack of knowledge regarding the true meaning of active search, which contributed to cause a passive search for new cases; there are no plan actions for the identification of respiratory symptoms. We conclude that the evidence contributes to the late diagnosis and the need to improve the managers' knowledge to better understand disease control.

Descriptors: Tuberculosis, Pulmonary; Primary Health Care; Health Management.

El objetivo fue analizar el discurso de gestores acerca de las acciones de búsqueda activa de sintomáticos y la relación con el diagnóstico tardío de tuberculosis. Investigación cualitativa con datos empíricos construidos a través de entrevistas con 16 partidarios matriciales, del municipio de la región metropolitana de João Pessoa-PB. Análisis llevada a cabo según la técnica de análisis del discurso de línea francesa. Los resultados revelaron contradicciones entre la propuesta plan de salud municipal y el discurso de los gestores a respecto de las acciones de control de la tuberculosis; los gestores no conocían el verdadero significado de la búsqueda activa, lo que contribuyó la búsqueda pasiva de casos nuevos; no había planificación de acciones direccionadas para la identificación de pacientes con síntomas respiratórios. Las evidencias contribuyeron al diagnóstico tardío de la enfermedad y necesidad de cualificar gestores para mejor comprensión del control de la enfermedad.

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

* Extraído da dissertação Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios e o Retardo ao Diagnóstico da Tuberculose: Percepção dos Gestores de Saúde do município de João Pessoa, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, em 2010.

¹Bióloga. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: pgdinizpinheiro@hotmail.com

²Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiátrica, Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

³Enfermeiro. Pós-Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Professor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EERP da USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br

⁴Enfermeira. Doutora em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: fabi.assumpcao@gmail.com.br

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem de Médico-Cirúrgica e Administração. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: ja_l_nogueira@yahoo.com.br

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EERP da USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br

Autor correspondente: Patrícia Geórgia Oliveira Diniz Pinheiro

Rua: Jovino Sobreira de Carvalho, 876, Jardim Paulistano. CEP: 58414-235. Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: pgdinizpinheiro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é considerada um problema de saúde pública mundial. No Brasil, em 2010, foram notificados 81.946 casos, correspondendo a uma taxa de incidência de 46%. A taxa de detecção de casos de TB no país foi de 74%, considerada pela OMS uma das maiores do mundo. Estes dados situam o Brasil na 108ª posição em incidência de casos e na 19ª posição em número de casos entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos no mundo⁽¹⁾.

Mesmo com os avanços na área da saúde, assim como das políticas de saúde, os casos de TB continuam diagnosticados tardiamente, concorrendo para elevar a transmissão da doença e retardar o processo terapêutico. Estima-se que uma pessoa com TB bacilífera sem tratamento possa transmitir a doença a até quinze pessoas a cada ano, o que justifica o uso de métodos eficazes de identificação precoce dos casos e tratamento imediato⁽²⁾.

A detecção precoce dos casos de TB e um tratamento eficaz são duas ferramentas poderosas, através das quais se pode obter êxito no controle da doença. Os esforços dos serviços de saúde, notadamente na área de atenção primária de saúde (APS), devem estar concentrados na identificação precoce de doentes e no tratamento adequado.

O diagnóstico tardio de TB configura-se como um dos grandes desafios a ser enfrentado pela gestão e trabalhadores de saúde na redução da incidência do agravo no país. O problema do atraso do diagnóstico da doença pode estar associado tanto ao doente quanto ao serviço de saúde. Em relação ao doente, compreende-se por atraso no diagnóstico de TB o período do surgimento dos primeiros sintomas até a primeira visita formal a qualquer estabelecimento de saúde. Quanto ao serviço de saúde, o atraso é compreendido como o período de tempo entre a primeira consulta da pessoa

em qualquer serviço de saúde até a data do diagnóstico⁽²⁻³⁾.

Com relação ao serviço de saúde, considera-se importante o papel dos gestores na organização e monitoramentos dos programas e ações voltadas ao controle da doença. Reconhece-se que na gestão dos serviços de saúde, bem como na forma de organização da rede de serviços, o trabalho dos gestores influencia diretamente no acesso ao diagnóstico precoce e/ou tratamento adequado ao usuário com TB e demais ações de cuidado.

No tocante à realidade da TB, observa-se que o trabalho de profissionais de saúde atuantes em atividades de gestão deixa a desejar em relação às ações direcionadas ao diagnóstico de TB, detecção precoce de casos e a construção de projetos terapêuticos singulares, aspectos coerentes com a construção de um cuidado pautado na integralidade e na humanização, defendidos pela política pública de saúde, e que deveria nortear a organização dos serviços⁽⁴⁾.

Nesse sentido, o modo de conduzir os processos de gestão do cuidado pode fortalecer ou fragilizar a organização dos serviços voltados à atenção às pessoas doentes ou expostas à TB. Por gestão do cuidado entende-se a forma como 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⁽⁵⁾.

É preciso destacar que um dos pontos fundamentais que contribuem para o sucesso na gestão do cuidado à TB relaciona-se à identificação de sintomáticos respiratórios (SR), desenvolvida através da busca ativa de casos. Ocorre que essa importante atividade de controle da doença deve fazer parte da rotina dos serviços de saúde, assim como da agenda dos gestores, de modo que o cuidado possa ser efetivo,

tanto do ponto de vista individual, quanto coletivo. A busca ativa, além de ser uma das prioridades contempladas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), deve estar permanentemente incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, principalmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta considerada expressão da APS no Brasil⁽⁶⁾.

A boa organização dos serviços APS contribui para a melhoria da atenção, com impactos positivos na saúde da população e para a eficiência do sistema⁽⁶⁾. Na atual política de saúde do país, ações de controle da TB, dentre elas a confirmação diagnóstica, são de responsabilidade dos serviços da APS, já que constituem a porta preferencial de entrada do usuário no sistema de saúde. Logo, é de suma importância que os serviços da APS, visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, atuem orientados para responder às necessidades da população.

Considerando que a TB constitui uma doença de cunho social, na qual a gestão do cuidado é de responsabilidade da APS e o diagnóstico tardio pode surgir em consequência da organização dos serviços de saúde, questiona-se: que elementos estão relacionados à busca ativa de SR e concorrem para o diagnóstico tardio da TB?

Este estudo teve como objetivo analisar a discursividade de gestores sobre as ações de busca ativa de SR e a relação com o diagnóstico tardio da TB. A realização se justifica em reconhecer os desafios associados a essa importante ação, de modo a orientar, junto aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ações que favoreçam o diagnóstico precoce da doença.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de abordagem qualitativa, desenvolvido em um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB, prioritário para o Ministério da Saúde (MS) para o

controle da TB. No ano de 2010, foram registrados em todas as unidades da ESF desse município 340 casos de tuberculose de todas as formas. Quanto à situação de encerramento dos casos novos de baciloscopia positiva, foram verificados percentuais de cura de 47% e abandono de 9%⁽⁷⁾, revelando que o município em estudo não conseguiu atingir as metas recomendadas pela OMS, que são taxa de cura de 85% e até 5% de abandono⁽¹⁾.

Os sujeitos do estudo foram 16 apoiadores matriciais (AM), selecionados por exercerem atividades de gestão em Unidades Integradas de Saúde da Família. Ademais, era necessária a aceitação do convite e disponibilidade desses sujeitos para participar do estudo.

Na gestão, a figura do AM é definida 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 de contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso⁽⁸⁾.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto a setembro de 2009, por meio de entrevistas semidirigidas, e nas gravações utilizou-se um aparelho mp4 e gravador portátil. O material da gravação foi transcrito e organizado em relatórios com o apoio do *software* Atlas.ti 6.0 (2003-2008), um recurso tecnológico empregado em pesquisas com abordagem qualitativas.

A análise do material empírico produzido foi feita considerando as dimensões do referencial teórico-analítico Análise de Discurso, de linha francesa. Esse dispositivo foi utilizado por permitir identificar a posição discursiva, legitimada socialmente pela união da história, do social e da ideologia, a qual os sujeitos se filiam e produzem sentidos. Importante salientar que 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⁽⁹⁾.

As etapas da análise indicam o percurso feito pelos pesquisadores, ao passar do texto ao discurso, no contato com o *corpus discursivo*, ou seja, o material empírico. Nesse sentido, a primeira etapa se faz da passagem da superfície linguística (texto) para o objeto discursivo e, desse passou-se à terceira fase, ao lugar em que foi trabalhado o processo discursivo em si, no âmbito da formação ideológica do sujeito⁽⁹⁾.

Considerando-se que a busca ativa é necessária para a detecção precoce de SR e comunicantes e que o atraso no diagnóstico de TB constitui uma das maiores dificuldades na gestão do cuidado da doença, a partir da análise do material empírico foi construída a formação discursiva: elementos relacionados à busca ativa de SR que concorrem para o diagnóstico tardio da TB.

O estudo seguiu as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾. Antes das entrevistas os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto recebeu aprovação, sob número de protocolo 0589, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Para preservar o anonimato, os fragmentos dos discursos foram identificados, ao longo do texto, com as letras AM - Apoiador Matricial - seguidas de algarismos arábicos que representam a ordem das entrevistas (AM1 a AM16).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Elementos relacionados à busca ativa de sintomáticos respiratórios que concorrem para diagnóstico tardio da tuberculose

Os AM no momento das entrevistas ocupavam posições de gestores de Unidades Integradas de Saúde. Por meio de sua função, estabeleciam um elo entre a secretaria de saúde e o distrito sanitário ao qual as Unidades de Saúde Integradas estavam vinculadas.

Considerando o contexto sócio histórico, esses profissionais foram introduzidos nos serviços de saúde no ano de 2005, momento em que a gestão da secretaria municipal de saúde buscava mudar o desenho da atenção à saúde. Na época, havia como proposta implementar um projeto político para a produção do cuidado na perspectiva do cuidado integral e humanizado, dando ênfase às necessidades de saúde do usuário-cidadão, a busca permanente por resultados positivos para a saúde, a integralidade e a qualidade da atenção, nos campos da promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de agravos⁽¹¹⁾. Naquele projeto político de gestão da saúde do município, as ações em saúde seriam pautadas nos conceitos de vigilância da saúde, promoção da saúde, educação permanente em saúde (EPS) e apoio matricial.

Os AM, provenientes de diferentes formações acadêmicas, deveriam atuar sob as concepções de matriciamento e EPS. Além de atuarem facilitando a vinculação do usuário nos serviços da rede de saúde sem que houvesse a diluição de responsabilidades, exerceriam a função de gestor, articulando as Unidades de Saúde da Família (USF) com os Distritos Sanitários. Entretanto, após observar os discursos dos AM, analisar aspectos das suas materialidades discursivas e relacioná-las à sua historicidade, pode-se interpretar, por meio das marcas linguísticas presentes nos fragmentos discursivos, que os AM apresentam em seus discursos ações contraditórias ao projeto político proposto pelo plano de saúde da SMS do município já referido.

Observa-se nos discursos dos AM sentidos que reforçam características de um modelo de atenção à saúde do tipo hegemônico, que impacta negativamente a consolidação do SUS. Tal modelo é marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, baseado em um paradigma fundamentalmente biológico e mecanicista para a

interpretação dos fenômenos vitais, o que gera o culto à doença e não à saúde, no qual o cuidado é fragmentado e centrado na figura médica⁽¹²⁾.

Fragmentos discursivos mostram que alguns dos AM não compreendem o significado do que seja "sintomático respiratório" e não conhecem plenamente o percurso que o doente de TB realiza para obtenção do diagnóstico da doença. *Esse paciente se dirige a Unidade de Saúde. Na Unidade de Saúde o médico vai saber se ele está com esse sintomático respiratório ... O resultado do exame é encaminhado para a Unidade de Saúde e é entregue ao usuário (AM1). A maioria faz o percurso hospital direto, ... direto para o Clementino ... (AM4). Então, sendo na Unidade ... O resultado volta para a equipe ... para começar o tratamento. Outras vezes o usuário, por vergonha ou preconceito, ele desconfia e então vai direto para o hospital de referência, o Clementino Fraga (AM7).*

Nos fragmentos, os AM informam que os usuários podem iniciar o percurso para a obtenção do diagnóstico pela USF ou pela Unidade de Referência (UR) - o Complexo Hospitalar Clementino Fraga -, deixando claro que há duas portas de entrada para o doente de TB no Sistema de Saúde no município. O fato merece ser discutido com mais detalhes, tendo em vista que a política de saúde local iniciou, em 2008, o movimento da descentralização das ações de TB para as equipes da ESF, ou seja, para os serviços da Atenção Básica de Saúde (ABS), uma vez que no município, a ESF foi definida como porta de entrada dos usuários na rede de serviços de saúde.

No que diz respeito à ABS no Brasil, de 1980 a 2006, evidencia-se um sistema de saúde em permanente construção, apontando para a descentralização das ações⁽¹³⁾, porém os discursos dos AM revelam que as descentralizações ainda são incipientes e pouco incorporadas às práticas dos serviços de saúde.

No fio do discurso, os AM tentam justificar a dificuldade de descentralizar as ações de TB para os serviços da APS, pois, segundo eles, devido ao estigma que milenarmente segue a doença, o usuário prefere

dirigir-se ao serviço de referência estadual para a TB, uma vez que na USF pode ser identificado como doente de TB por pessoas que habitam a mesma área de abrangência, na qual a sua residência e a USF se encontram.

Não se nega que o estigma que cerca a doença concorra para fragilizar o processo de descentralização das ações de controle da TB para os serviços da APS, ou seja, para as equipes da ESF. No entanto, não se pode esquecer que a UR é reconhecida historicamente como o local para o tratamento de doenças infecciosas, como a TB. Assim, reflete-se que o doente ao procurar a UR, não o faz apenas em função do preconceito, mas, também, pelo costume em recorrer a um local historicamente definido. Ademais, os AM silenciam a respeito de ações para a TB que mostrem iniciativas para fortalecer nos territórios, mudanças de práticas relacionadas ao seu controle pelos serviços da APS, principalmente de ações que potencializem a procura da USF pelo usuário, como primeiro serviço de saúde quando se trata de TB.

Na opacidade do discurso dos AM, percebe-se que não há vínculo entre o usuário e a USF e que os profissionais que atuam nos serviços da APS resistem em assumir as ações de controle da TB. Essas constatações reforçam o quanto é contraditório o fato do usuário não procurar a equipe da ESF devido ao preconceito, mas de dirigir-se diretamente para a UR onde só são tratados casos de doenças transmissíveis. É importante considerar que o estabelecimento do vínculo entre as USF e o doente de TB depende do modo como os profissionais acolhem as necessidades de saúde do conjunto de pessoas que vivem em determinada microrregião. Na atualidade, a ESF no âmbito da APS, é considerada potente para promover a construção de vínculos entre profissionais e pessoas com TB, já que as USF estão responsáveis pela identificação e tratamento destes usuários, constituindo deste modo o primeiro acesso ao SUS⁽¹⁴⁾.

Considerando ser a busca ativa dos SR uma das mais importantes diretrizes do PNCT a ser operacionalizada nos territórios que incluem equipes da ESF, procurou-se analisar nos fragmentos discursivos dos AM, a relação entre a busca ativa dos SR e a vigilância da saúde.

Na tentativa de interpretar as formações ideológicas dos AM acerca do entendimento sobre o significado de busca ativa, pode-se observar que os participantes não souberam definir essa ação, o que mostra a pouca capacidade de articular conceitos às práticas desenvolvidas. Alguns AM confundem a busca ativa de casos novos com o monitoramento terapêutico ou dos casos alusivos ao abandono de tratamento. Revelam que procuram verificar os suspeitos já existentes, mas não relacionam a ação à busca de casos novos.

Dos dezesseis AM entrevistados, apenas um profissional menciona a busca ativa no território, mesmo assim a sua visão denota vestígios do modelo de atenção à saúde do tipo campanhista, de ações policiaescas, e não de atividades que correspondam a um modelo de atenção à saúde que incorpora práticas orientadas pelo conceito da vigilância da saúde. *No princípio ele (o doente) vai à Unidade, a gente faz a busca pelo Agente de Saúde, ele passa na casa da pessoa verificando se ela está tomando corretamente a medicação e nos casos mais difíceis, a gente oferece o café da manhã para o usuário ir até a Unidade (AM4). ... a gente está tentando planejar o acompanhamento e a busca ativa também de quem abandona o tratamento ... (AM7). A gente vai para o território para fazer uma campanha sobre isso ... (AM9).*

A busca ativa de SR requer a utilização de recursos disponíveis nos serviços de saúde, principalmente aqueles inseridos no âmbito da APS, para que se possa ampliar a identificação precoce de novos casos de TB. Convém considerar que os serviços de saúde, públicos ou privados, são locais ideais para se organizar a procura de casos novos. Nestas instituições – postos, centros de saúde, ambulatórios e hospitais – a busca ativa de SR deve ser uma atitude permanente e

incorporada à rotina de atividades na APS, de todos os membros das equipes de saúde⁽¹⁵⁾. A identificação de SR requer uma vigilância constante por parte da equipe de saúde, não apenas em períodos de campanhas programadas pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde.

As principais ações do PNCT estão baseadas na vigilância, prevenção e controle de casos. A vigilância tem como objetivo detectar, precocemente, os casos de TB, o que não pode ser alcançado de forma passiva. É fundamental que se estimule a busca ativa dos SR, seja na comunidade ou em unidades de saúde, incluindo ambulatórios, emergências e hospitais nos grandes centros urbanos e em grupos de maior risco, tais como indígenas, albergados, população de rua, sistema prisional e portadores do HIV/Aids⁽¹⁶⁾.

As ações de vigilância devem ser fundamentadas na concepção ampliada de saúde e na formulação de modelos de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos à luz da moderna epidemiologia. Articulando estes modelos em um esquema operacional que resgata e amplia o modelo clássico da História Natural das Doenças, incorporando desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores, até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes⁽¹⁷⁾.

Para atuar sob o conceito de vigilância da saúde, se faz necessário que os AM incorporem às atividades das unidades que gerenciam, o verdadeiro significado de vigilância da saúde, entendida como uma forma de pensar e de agir, que pressupõe a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas e necessidades existentes⁽¹⁸⁾.

Sob o enfoque da vigilância da saúde, os desafios se ampliam na medida em que implicam não só mudanças na gestão e organização do sistema, mas especialmente, na organização das práticas que ocorrem

na “ponta” desse sistema, isto é, no espaço onde interagem os profissionais de saúde e a população, em seus distintos segmentos. As mudanças, devem ocorrer na própria concepção acerca do complexo saúde-doença-cuidado e suas inter-relações com os determinantes e condicionantes econômicos, socioambientais e culturais⁽¹⁸⁾.

A incorporação da proposta de vigilância da saúde pelos profissionais e trabalhadores, bem como pelos gestores que atuam na APS, implica mudanças no processo de trabalho e nas relações que mantém com outros profissionais e, sobretudo, naquelas estabelecidas com os usuários e com a população. Desse modo, as ações de busca ativa sob a perspectiva da vigilância da saúde precisam ser construídas com a participação efetiva dos profissionais, trabalhadores de saúde e da própria população, à medida que requer mudança na forma de pensar e agir com relação à promoção da saúde, proteção e recuperação, tanto no plano individual, quanto coletivo. Como prática social, a vigilância da saúde exige o engajamento dos sujeitos interessados em refletir criticamente suas concepções e práticas, de modo a reelaborar, continuamente, suas ideias, noções e conceitos acerca da saúde, seja na perspectiva individual ou coletiva seja em relação às práticas de saúde, ações, serviços e sistemas de saúde⁽¹⁸⁾.

Outra contradição dada nos discursos dos AM, como gestores, em relação à busca ativa é que, embora trabalhem sob as diretrizes de um plano municipal de saúde caracterizado por um modelo de gestão que se utiliza de ferramentas para provocar mudanças, a exemplo da EPS, os fragmentos discursivos revelam que as equipes da ESF fazem busca passiva dos casos de TB e não a busca ativa. Por busca passiva compreende-se a investigação de TB em indivíduos que procuraram o serviço de saúde devido à tosse. Já a busca ativa é a busca de TB pulmonar em indivíduos SR que não procuraram o serviço de saúde⁽¹⁹⁾. *A gente tem que identificar*

na própria Unidade de Saúde ... a partir da visita que ele faz à Unidade. Quando ele está dentro do serviço (AM2). ... se as pessoas estiverem tossindo, são orientadas. Isso nos grupos ... Tanto no grupo de gestantes, como no grupo de idoso, de jovem ... (AM5). A busca de sintomático, a gente só procura quando tem algum caso, se não tem, não faz essa procura (AM12).

Nesse estudo, o que os discursos revelam está de acordo com a assertiva de que o atraso na identificação de casos de TB pulmonar ocorre devido à inadequada avaliação dos casos de SR ou a procura tardia do serviço de saúde. A busca ativa é compreendida como uma atividade multiprofissional que tem o objetivo de diagnosticar a TB precocemente, especialmente nos grupos com maior risco de adoecimento⁽¹⁹⁾. Portanto, a busca passiva dos casos concorre para o diagnóstico tardio de TB.

A busca de SR feita de modo passivo também está relacionada à falta de planejamento por parte destes gestores para ações de controle da TB. Os discursos dos gestores evidenciam que não há planejamento de ações de busca ativa de SR nas equipes sob sua responsabilidade. *No geral não tem um planejamento assim: vamos ver quais usuários podem ter TB ... Quando tem uma suspeita geral, a enfermeira vai à casa da pessoa ver se consegue fazer a coleta, mas não tem planejamento pra isso (AM4).*

Os AM não apresentam em suas filiações ideológicas a ideia de planejamento em saúde. O planejamento é concebido como um processo de racionalização de ações humanas que consiste em definir proposições e construir sua viabilidade com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas⁽²⁰⁾.

Na saúde, o planejamento estratégico situacional (PES) é uma proposta teórico-metodológica para planejar e governar. No PES, os dirigentes que planejam são parte da realidade planejada, coexistindo com outros atores que também planejam nessa mesma realidade, o que requer diálogo e interação⁽²¹⁾ como forma de solucionar problemas, atender necessidades ou avaliação de ações.

Desse modo, questiona-se se, de fato, o AM detém uma percepção do contexto de mudança, no qual, por meio de uma proposta de gestão participativa, poderia se desenvolver não um trabalho linear, fragmentado e sequencial - como se percebe nos depoimentos - mas, sim, um trabalho em equipe que valorizasse o planejamento das ações, com todos os atores envolvidos com uma mesma causa. Tomando esse estudo como exemplo, essa causa seria o controle da TB.

Como não há planejamento, nas poucas vezes que a busca ativa é citada nos discursos, ela é feita de maneira secundária às visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), demonstrando não haver nos serviços da APS atividades específicas para a busca ativa, estando a identificação de casos, assim como o planejamento das ações, a mercê da sensibilidade do ACS para a TB. *Nas visitas domiciliares, os Agentes de Saúde fazem a primeira busca ativa e vai do olhar, da identificação (AM8).*

Logo, a detecção precoce dos casos de TB, na maioria das vezes, depende unicamente do olhar do ACS, e mesmo assim, quando a doença já está instalada, mostrando, mais uma vez, a contradição com o modelo de atenção à saúde proposto, que valoriza a promoção à saúde e não a doença. Como resultado desta falta de conhecimento e planejamento em relação à busca ativa, o que se pode esperar é, com certeza, um aumento gradativo do diagnóstico tardio da TB.

É importante que estes AM, exercendo função gestora, independente de suas formações, venham a se familiarizar com o programa de ações de controle da TB, posto que para o sucesso da implantação de um modelo participativo e não hegemônico, é necessário que todos os atores envolvidos se empenhem em contribuir para o sucesso da mudança proposta, de modo a promover a saúde individual e coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou, ao analisar a discursividade dos gestores, que a falta de conhecimento dos AM com relação às ações de controle da TB e de terminologias associadas à doença, a falta de planejamento de atividades, a realização de busca passiva de SR e o preconceito relacionado ao usuário concorrem para diagnóstico tardio da TB.

A identificação dos doentes de forma passiva, bem como a falta de planejamento, contrariam a concepção de vigilância da saúde. Revelam que a prática dos AM não se encontra em sintonia com a proposta do Plano Municipal de Saúde e, por conseguinte, impactam negativamente na mudança de modelo de atenção à saúde, segundo os conceitos de vigilância da saúde e promoção da saúde.

Sendo a busca ativa de SR uma importante ação de controle da TB, sugere-se que estudos sejam realizados com os integrantes da ESF, principalmente ACS, no sentido de identificar fragilidades e potencialidades na realização do controle da TB por serviços da APS. Faz-se necessário, também, explorar o conhecimento dos AM sobre a TB, já que se trata de uma área estratégica da APS.

O estudo contribui para que a gestão da saúde no município cenário do estudo, visando à consolidação do SUS por meio de um novo modelo de atenção, repense a qualificação dos profissionais de saúde, sobretudo AM, de modo que os serviços da APS possam, efetivamente, influenciar não apenas a redução das estatísticas da tuberculose, bem como o tempo de redução do sofrimento humano, já que toda ação tem por fundamento o bem.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis control, surveillance, planning, financing: WHO report. Geneva: WHO; 2011.
2. Mfinanga SG, Mutayoba BK, Kahwa A, Kimaro G, Mtandu R, Ngadaya E, et al. The magnitude and factors associated with

delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:158.

3. Basnet R, Hinderaker SG, Enarson D, Pushpa M, Morkve O. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. *BMC Public Health.* 2009; 9:236.

4. Barreto AJR, Sá LD, Nogueira JÁ, Palha PF, Pinheiro PGOD, Farias NMP, et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(7): 1875-84.

5. Pires MRGM, Gottens LBD. Análise da gestão do cuidado no programa de saúde da família: referencial teórico-metodológico. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(2):294-9.

6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(3):783-94.

7. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Área Técnica de Pneumologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

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

9. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. 9ª ed. Campinas: Pontes; 2009.

10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 supl.):15-25.

11. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde - 2006/2009. João Pessoa; 2006.

12. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a

estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005; 9(16):53-66.

13. Simão E, Albuquerque GL, Erdmann AL. Atenção básica no Brasil: (1980-2006): alguns destaques. *Rev Rene.* 2007; 8(2):50-9.

14. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(2):365-72.

15. Kritski AL, Ruffino Neto A, Melo FAF, Gerhardt Filho G, Teixeira GM, Afiune JB, et al. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. *J Bras Pneumol.* 2004; 30 (supl. 1):S57-S86.

16. Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(Supl.1):89-94.

17. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS.* 1998; 7(2):7-28.

18. Teixeira CFT, Costa EA. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20.º Seminário Temático da ANVISA [internet]. Brasília; 2003 [citado 2011 nov 17]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/s emin_20.pdf.

19. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Comissão de Tuberculose da SBPT, Grupo de Trabalho das Diretrizes para Tuberculose da SBPT. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Bras Pneumol.* 2009; 35(10):1018-48.

20. Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira CF, organizador. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.* Salvador: EDUFBA; 2010. p. 17-32.

21. Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(1):184-93.

Recebido: 18/08/2011

Aceito: 09/04/2012