

A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose*

THE DISCOURSE OF HEALTH MANAGERS ON ASPECTS RELATED TO THE DELAY IN TUBERCULOSIS DIAGNOSIS

LA DISCURSIVIDAD DE GESTORES SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS AL RETARDO DEL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

Lenilde Duarte de Sá¹, Anne Jaquelyne Roque Barrêto², Jordana de Almeida Nogueira³, Fátima Teresinha Scarparo Cunha⁴, Pedro Fredemir Palha⁵, Tereza Cristina Scatena Villa⁶

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose. Pesquisa de natureza qualitativa, que envolveu 16 gestores de Unidades de Saúde da Família. O material empírico foi produzido por meio de entrevistas semiestruturadas. Na análise foi utilizado como dispositivo teórico-analítico a análise de discurso de linha francesa. Segundo os discursos dos gestores, o retardo no diagnóstico de tuberculose relaciona-se ao usuário e aos serviços de saúde. Com relação aos usuários, o discurso dos gestores evidencia o medo, o preconceito e a falta de informação como fatores que promovem o retardo do diagnóstico. A respeito dos serviços de saúde, fazem referência a dificuldades estruturais e falta de qualificação profissional. Convém observar as interpretações dos gestores para qualificar as ações de controle da tuberculose visando prevenir o atraso do diagnóstico da doença.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the discourse of health managers on aspects related to delay in tuberculosis diagnosis. This was a qualitative research study, conducted with 16 Family Health Unit managers. The empirical data were obtained through semi-structured interviews. The analysis was based on the theoretical framework of the French school of discourse analysis. According to the managers' statements, the delay in tuberculosis diagnosis is related to patient and health service aspects. As for patient aspects, managers report fear, prejudice and lack of information as factors that may promote a delayed diagnosis. Regarding health service aspects, structural problems and lack of professional skills were reported. The discourse of managers should be considered to qualify tuberculosis control actions and to prevent delays in diagnosis.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar el discurso de gestores sobre aspectos relacionados al retardo del diagnóstico de la tuberculosis. Investigación de naturaleza cualitativa, que involucró a 16 gestores de Unidades de Salud de la Familia. El material empírico fue producido por medio de entrevistas semi-estructuradas. En el análisis fue utilizado como dispositivo teórico-analítico, el análisis del discurso, de línea francesa. Según los discursos de los gestores, el retardo en el diagnóstico de la tuberculosis se relaciona con el usuario y los servicios de salud. Con relación a los usuarios, el discurso de los gestores evidencia el miedo, el prejuicio y la falta de información como factores que promueven el retardo del diagnóstico. Al respecto de los servicios de salud, los sujetos mencionan dificultades estructurales y falta de calificación profesional. Conviene observar las interpretaciones de los gestores para calificar las acciones de control de la tuberculosis, con miras a prevenir el retraso del diagnóstico de la enfermedad.

DESCRIPTORES

Tuberculose
Diagnóstico tardio
Gestão em saúde
Serviços de Saúde
Enfermagem em saúde pública

DESCRIPTORS

Tuberculosis
Delayed diagnosis
Health management
Health Services
Publichealthnursing

DESCRIPTORES

Tuberculosis
Diagnóstico tardio
Gestión en salud
Servicios de Salud
Enfermería en salud pública

*Extraído da dissertação "Retardo no diagnóstico da tuberculose e a influência dos aspectos relacionados à gestão", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba; 2010. ¹ Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. lenilde_sa@yahoo.com.br ² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. anejaque@gmail.com ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. jal_nogueira@yahoo.com.br ⁴ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. fatima.scarparo@gmail.com ⁵ Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. palha@eerp.usp.br ⁶ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

No atual cenário da luta contra tuberculose (TB) no Brasil, o retardo do diagnóstico é um dos grandes desafios a ser enfrentado pela gestão e pelos trabalhadores da saúde⁽¹⁻⁴⁾. No atual cenário da luta contra tuberculose (TB) no Brasil, o retardo do diagnóstico é um dos grandes desafios a ser enfrentado pela gestão e pelos trabalhadores da saúde⁽¹⁻⁴⁾. O problema está associado tanto ao doente, como aos serviços de saúde⁽⁵⁻⁶⁾. Em relação ao doente, compreende-se por retardo no diagnóstico o período do aparecimento dos primeiros sintomas da TB até sua primeira visita formal a qualquer estabelecimento de saúde. Quanto ao sistema de saúde, o evento é compreendido como o intervalo de tempo compreendido entre a primeira consulta da pessoa em qualquer unidade de saúde e a data da confirmação diagnóstica. Existe ainda o atraso total, que expressa a somatória do atraso do paciente e do sistema de saúde⁽⁵⁾.

Neste estudo, elaborado com o propósito de interpretar o discurso dos gestores com relação aos aspectos associados ao retardo do diagnóstico, enfocam-se os discursos sobre o atraso da confirmação diagnóstica relativos aos serviços de saúde e ao usuário. A posição dos gestores pode indicar caminhos que favoreçam a agilidade da confirmação diagnóstica, uma vez identificados através relacionados aos serviços e aos usuários, de modo a promover o início do tratamento o mais breve possível, salvaguardando os comunicantes do contágio e minimizando o sofrimento da pessoa doente.

Ressalta-se que no diagnóstico de TB não há consenso acerca do tempo que pode ser considerado atraso. Estudos apontam que o tempo de retardo para o diagnóstico pode variar de 30 a 162 dias quando relacionado ao doente com suspeita de TB e de 02 a 18 dias no que se refere ao sistema de saúde⁽⁵⁻⁶⁾.

A literatura nacional e internacional é escassa no que se refere ao tempo aceitável para o atraso do diagnóstico da TB. Entretanto, para um efetivo controle da doença, o tempo relacionado ao doente não deve ser superior a duas ou três semanas. No sistema de saúde, deveria ser de apenas alguns dias, devendo o exame de escarro ser solicitado e realizado imediatamente quando há suspeita da doença⁽⁶⁾. Portanto, o prazo total e ideal para o diagnóstico não deveria ser de mais que 3 a 4 semanas para a maioria dos casos de TB com baciloscopia positiva⁽⁶⁾.

Nas regiões Norte e Sudeste do Brasil, pesquisas realizadas com pessoas doentes de TB também mostraram que os fatores para o retardo do diagnóstico estão relacionados aos usuários e aos serviços de saúde⁽¹⁻³⁾, confirmando a literatura internacional sobre o tema. Em relação aos usuários, o atraso do diagnóstico da TB está relacionado

a condição precária de vida, desemprego, pouca escolaridade, baixos salários, sexo feminino e idade superior a 60 anos. No sistema de saúde, esse atraso pode ser atribuído ao despreparo e à burocratização dos serviços de saúde para realização da investigação clínica e do diagnóstico da TB, e também a baixa suspeição diagnóstica por parte dos profissionais de saúde, demora na entrega de exames, quadro incompleto de profissionais e descontinuidade da assistência⁽¹⁻³⁾.

A forma como os serviços de saúde organizam-se afeta diretamente o acesso do doente às ações de saúde⁽⁷⁾. Por sua vez, a forma como se comporta o doente perante a doença, assim como os aspectos econômicos e culturais, podem interferir na confirmação precoce do diagnóstico.

Considerando a gestão como um campo de ação política, cabe ao gestor saber para onde quer ir, os objetivos a alcançar, o que e como fazer, como obter resultados e como remover os obstáculos que impedem o acesso e o alcance de metas determinadas⁽⁸⁾. Como responsável pela saúde das pessoas em territórios e municípios, para um desempenho em função da saúde como um direito, é necessário que o gestor tenha conhecimento, capacidade técnica e de articulação e, sobretudo, filiação ideológica a paradigmas que embasem transformações no modelo hegemônico da organização dos serviços de saúde. Do contrário, sua posição fortalecerá sistemas e ações em saúde calcados na concepção biomédica, retardando os avanços de modelos de saúde pautados em universalidade, integralidade e equidade.

No Brasil, poucos são os estudos que tratam do retardo do diagnóstico da TB, especialmente aqueles que têm como sujeitos os gestores, responsáveis pela organização dos serviços de saúde. Não foram encontrados estudos que evidenciem o discurso do gestor de modo a mostrar sua posição em função dos fatores relacionados ao problema.

Considerando que o discurso é uma dispersão de textos e o texto é uma dispersão do sujeito⁽⁹⁾, procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história⁽⁹⁾.

A compreensão desse evento é fundamental, visto que o atraso na obtenção do diagnóstico compromete a cura, aumenta a disseminação e a gravidade da doença e, conseqüentemente, a mortalidade por TB⁽²⁾.

Interpretar o discurso dos gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da TB, considerando a organização dos serviços de saúde e os elementos associados ao doente, implica contribuir para a detecção

Interpretar o discurso dos gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da TB, considerando a organização dos serviços de saúde e os elementos associados ao doente, implica contribuir para a detecção precoce de casos, diminuição da incidência da doença e, sobretudo, para a efetivação das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

precoce de casos, diminuição da incidência da doença e, sobretudo, para a efetivação das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS).

Desse modo, esta pesquisa teve como objetivo analisar a discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose em um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB.

MÉTODO

Pesquisa de natureza qualitativa que utilizou um roteiro de entrevista semiestruturado, direcionado aos gestores das Unidades de Saúde da Família (USF). O cenário do estudo foi um município da região metropolitana de João Pessoa, estado da PB, considerado pelo Ministério da Saúde prioritário para o controle da TB.

Os serviços de saúde escolhidos foram os da Atenção Primária, nos municípios representados pelas Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). Das 180 equipes de saúde, 21 são integradas, ou seja, no mesmo espaço agregam de três a quatro equipes de saúde da família. Além dos profissionais de saúde da equipe mínima, cada unidade de saúde integrada possui de um a dois apoiadores matriciais (AM). Os AM dessas unidades constituem os 16 sujeitos que participaram do estudo.

Os AM integram as equipes do Município desde 2007 e foram escolhidos para este estudo por serem considerados pela gestão em saúde como agentes dinamizadores do processo de reformulação das práticas de saúde que visa o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização das equipes para a construção do cuidado integral, no âmbito local. São trabalhadores da saúde que assumem funções gerenciais e estabelecem um elo entre as unidades de saúde e o distrito sanitário. O discurso desses profissionais é essencial para compreensão dos fatores associados ao retardo do diagnóstico de TB, agravo que é uma das prioridades da APS no Brasil.

Como critério de inclusão considerou-se: ser apoiador de Unidades Integradas da ESF, domiciliado no município cenário do estudo, aceitar participar da pesquisa, responder o instrumento de coleta de dados e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato, os sujeitos foram identificados pela letra G (gestor) e dispostos na sequência de 1 a 16.

A produção do material empírico fez-se por meio de entrevistas com os 16 AM e foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2009. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Na análise foi utilizado o dispositivo teórico-analítico da análise de discurso de linha francesa⁽⁹⁾.

A elaboração do material empírico foi conduzida pela pergunta O que revela o discurso dos gestores, no caso apoiadores matriciais, sobre o retardo do diagnóstico

de TB? Em sua sistematização foi empregado o software Atlas.ti versão 6.0. Este processo favoreceu a identificação de pistas, sinais e vestígios que permitiram chegar à compreensão de como o discurso funciona produzindo efeitos de sentido⁽⁹⁾ acerca dos fatores relacionados ao retardo no diagnóstico de TB, considerando tanto os serviços de saúde, como os elementos associados ao doente de TB.

Na segunda etapa da análise procurou-se observar os processos parafrásicos, polissêmicos e metafóricos dos discursos, que possibilitaram a identificação e a seleção das sequências discursivas que, agrupadas, conformaram duas Formações Discursivas (FD) presentes nos discursos dos gestores: aspectos relacionados aos usuários que influenciam o atraso do diagnóstico da TB e aspectos relacionados aos serviços de saúde que influenciam o atraso do diagnóstico da TB.

As FD possibilitam compreender os diferentes sentidos em relação ao funcionamento do discurso; neste caso em particular, a discursividade dos gestores quanto aos aspectos que influenciam no retardo do diagnóstico de TB. Os diferentes sentidos empregados pelos gestores AM foram organizados em sequências e fragmentos discursivos, mostrados nos quadros 1 e 2. Em seguida, os fragmentos discursivos que caracterizavam os discursos foram analisados considerando a posição ideológica do sujeito, sua relação com outros discursos, redes de filiações históricas, interdiscurso e memória discursiva.

Na análise da relação entre os serviços de saúde e o retardo do diagnóstico da TB empregou-se o plano municipal de saúde (instrumento de gestão), documento norteador da política de saúde e que permeia as práticas de gestão em saúde do Município. Entre o discurso dos gestores e as diretrizes do plano municipal de saúde⁽¹⁰⁾, procurou-se identificar as contradições entre o que se encontra estabelecido no documento e a posição dos sujeitos, reveladas em seus discursos.

O projeto do qual deriva o estudo 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, contidas na Resolução CNS/MS nº 196/96. O projeto foi aprovado em 17 de dezembro de 2008, sob o número de protocolo 0589.

RESULTADOS

No Quadro 1 encontra-se a FD 1 - *Aspectos relacionados aos usuários que influenciam o retardo do diagnóstico de TB* – conformada por sequências e fragmentos discursivos a ela pertinentes.

No Quadro 2 encontra-se a FD 2 - *Aspectos relacionados aos serviços de saúde que influenciam o retardo do diagnóstico de TB*. A materialidade discursiva formou-se a partir das sequências e fragmentos discursivos.

Quadro 1 - Aspectos relacionados aos usuários que influenciam o atraso do diagnóstico da TB - João Pessoa, PB, Brasil, 2009

Sequências discursivas	Fragmentos Discursivos
...usuário de ter medo...; ...ainda existe um preconceito...; ...pela vergonha de dizer que está com TB...	<i>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 (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 (G7).</i>
...resistência do próprio usuário...; ...usuário ser tão resistente para a consulta...	<i>...o que dificulta (...), 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” (G1). Esse caso do usuário ser tão resistente para a consulta, não quer ir até a unidade porque acha que já vai estar doente (G11).</i>
...a tuberculose ainda não é conhecida...; ...associa-se... a tudo, menos a uma doença como a tuberculose...	<i>... 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. (...) (G10).</i>

Quadro 2 - Aspectos relacionados aos serviços de saúde que influenciam o retardo do diagnóstico de TB - João Pessoa, PB, Brasil, 2009

Sequências discursivas	Fragmentos Discursivos
...em relação ao município, não vejo muita coisa para dificultar o diagnóstico...; ...enquanto gestão, nenhuma dificuldade	<i>O diagnóstico está sendo rápido, o fluxo está bastante organizado agora. E assim, com relação ao município mesmo, não vejo (...) muita coisa pra dificultar o diagnóstico, não (G1). Hoje eu não visualizo, enquanto gestão, nenhuma dificuldade, (...), por exemplo, no exame de baciloscopia, a gente faz a coleta diretamente na casa do usuário (...). 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 (G9).</i>
...questão do transporte; ... questões estruturais; ...parece que só tem um bioquímico; ... um laboratório que faz a análise; ...passou muito tempo sem o menino para pegar o exame; ...cada vez mais a gente está se organizando; ... a rede é muito grande	<i>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 (...) 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 (G2).</i>
...nem todos entendem como funciona o tratamento; ...fragilidades nos profissionais; ...dos próprios profissionais não estarem qualificados...	<i>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 (...) (G4).</i>
...a gente não tem feito uma ação... como não foi feito nenhum trabalho... população participa de palestras...	<i>Como a gente ainda não tem feito uma ação [TB] 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). 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).</i>

DISCUSSÃO

Em seus discursos, os gestores atribuem o retardo do diagnóstico relacionado ao doente de TB a sentimentos como medo e vergonha, esta última vinculada ao preconceito que há milênios acompanha a doença e à possibilidade de se ver doente diante da família e da comunidade⁽¹¹⁾.

O medo e a vergonha do doente frente ao diagnóstico de TB estão associados principalmente à rejeição da família e da sociedade⁽¹²⁾, dada a possibilidade do doente infectar pessoas sadias. Por esse motivo, as pessoas com TB eram excluídas, quase compulsoriamente, do convívio familiar e da sociedade, sendo o momento de exclusão denominado pelo autor de *primeira morte dos infectados, a morte social*⁽¹²⁾.

Na relação entre fragmentos discursivos e o campo que envolve aspectos culturais/antropológicos, observa-se a memória discursiva que, em termos de intra e interdiscurso, atualiza o estigma para o tempo presente, a despeito do tratamento disponível e a garantia de cura do doente. Do ponto de vista simbólico, o estigma continua associado à TB.

Observa-se que a resistência do usuário em buscar o serviço de saúde para obter o diagnóstico existe em função de não permitir a mudar a identidade de seu status de saúde. Confirmar o diagnóstico implica ter sua identidade alterada em função de uma doença vinculada por estigma e incapacidades. Em alguns casos, além do receio do usuário de constatar que é portador da doença, também há o medo de perder o trabalho e, conseqüentemente, diminuir sua renda⁽¹³⁻¹⁴⁾ ou ficar sem seu sustento e de sua família.

Embora se reconheça a influência do estigma e outros fatores culturais⁽¹⁵⁾ em relação à busca de diagnóstico e tratamento, nos discursos dos gestores não foram identificadas ações para transformar comportamentos arraigados, vinculados ao estigma. Os gestores silenciam em relação a práticas capazes de alterar costumes e condutas e favorecer atitudes dos usuários que possam abreviar a confirmação diagnóstica.

O reconhecimento de que o estigma é uma barreira ao acesso precoce ao diagnóstico da TB deve ser considerado pelos profissionais de saúde e pelos gestores como um indicativo para planejar e executar ações voltadas ao controle da doença, de modo que o doente, esclarecido, ao se sentir enfermo ou tendo identificado algum sinal ou sintoma clássico, preocupe-se em buscar o diagnóstico nos serviços de saúde sem temer a publicação de um status negativo, que o desqualificaria frente à família e à comunidade.

O atraso por parte do doente na procura de cuidados pode concorrer para agravar a situação, tornando o tratamento mais difícil. E, persistindo o processo infeccioso, aumentam as chances de transmitir a doença para outras pessoas⁽¹⁶⁾. Ações de educação em saúde, desde que embasadas em concepções transformadoras, podem auxiliar no enfrentamento do preconceito contra a doença.

A falta de informação a respeito da TB, tanto pelo doente quanto pela população, é interpretada pelos gestores como um dos entraves que favorecem o retardo do diagnóstico. Sinais e sintomas são interpretados como pertencentes a outro agravo respiratório que não a TB, o que concorre para atrasar a busca pelo diagnóstico.

Segundo o Manual Técnico para Controle da Tuberculose, é de responsabilidade da equipe da ESF o desenvolvimento de ações educativas junto aos usuários na USF, bem como na própria comunidade⁽¹⁷⁾. Dentre as ações prioritárias para o controle da TB, o Município reconhece que atividades relacionadas à educação em saúde devem ser realizadas com a população nos territórios da ESF⁽¹⁰⁾, permeadas por temas significativos para doente, família e comunidade.

Em seus discursos, os gestores mencionam ações pontuais de educação em saúde acerca de TB, realizadas com a população, centradas na concepção da educação tradicional de educação em saúde. As atividades nesse campo fogem da perspectiva da APS e são reduzidas a palestras e orientações individuais em sala de espera. Nessas modalidades de ações educativas, reconhecem-se filiações ideológicas contrárias àquelas associadas a educação em saúde, voltadas à transformação da realidade, teoricamente embasadas pela educação libertadora freireana, pela concepção da educação popular em saúde e pela Educação Permanente em Saúde (EPS). Na perspectiva de investir em transformações, o processo de educação em saúde deve aliar a aquisição de informações e habilidades

básicas com o senso de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde e da comunidade⁽¹⁸⁾.

No caso da TB, considerando sua gravidade social e sua extensão problemática, principalmente em grandes centros urbanos, como é caso do município cenário desse estudo, as ações de educação em saúde devem considerar no processo de adoecimento da TB, sobretudo as informações acerca da importância do diagnóstico precoce, tanto para o indivíduo quanto para a família e a comunidade.

No que se refere ao discurso dos gestores com relação à organização dos serviços de saúde e sua relação com o retardo do diagnóstico da TB, observa-se uma evidente contradição. De início, na posição de defensores do sistema local de saúde, os sujeitos afirmam não haver dificuldades na obtenção do diagnóstico da TB no Município. Porém, quando indagados diretamente sobre fatores que concorrem para o retardo do diagnóstico, no fio do discurso que perpassa os fragmentos, denunciam: dificuldades estruturais, falta de qualificação profissional, número insuficiente de profissionais, entre outros. Os próprios gestores não terem certeza sobre a quantidade de profissionais que atuam na importante função de confirmação diagnóstica: *ai a gente também ficou sabendo da dificuldade de bioquímico de lá. Parece que só tem um bioquímico.*

Nos discursos também se encontra justificativa para o problema do atraso com relação à confirmação diagnóstica, quando um dos sujeitos o atribui à extensão da rede de saúde. Em contraposição à dimensão da rede, ressalta-se a importância do planejamento das ações de controle da TB, não apenas no âmbito da APS, mas em todos os pontos que compõem a rede de cuidados e saúde de um município. Gestores e trabalhadores de saúde devem reconhecer que a forma de organização dos serviços de saúde contribui para o retardo de diagnóstico quando da inexistência de dispositivos que trabalhem a detecção precoce de sintomáticos respiratórios, a reflexão sobre o processo de trabalho, a definição de prioridades e a avaliação de processos. A inserção, de fato, do planejamento estratégico e da avaliação das ações de saúde contribui para o efetivo controle da TB.

Segundo o PMS, que dispõe sobre a organização dos serviços de saúde no município cenário do estudo, essa organização dá-se com base em linhas de cuidado integral, humanizado e de qualidade. Os discursos dissonantes de alguns gestores revelam-se não alinhados ideologicamente ao que prega o citado documento. É relevante pontuar que os gestores, por meio de suas ações, reafirmam o compromisso de um sistema de saúde em que o cuidado e o respeito às pessoas devem permear os serviços de saúde no município⁽¹⁰⁾.

A respeito de ações voltadas ao acesso à obtenção da confirmação diagnóstica, é importante informar que os gestores são silentes sobre medidas que possam captar

precocemente pessoas suspeitas de TB, bem como de estratégias que agilizem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Entende-se acesso como atributo que media a relação entre a procura e a entrada no serviço. Inclui a utilização de serviços de saúde adequados à necessidade da pessoa, em tempo e local apropriados e que sejam resolutivos⁽¹⁹⁾. Sendo o acesso um conceito multidimensional que expressa um conjunto de características da oferta, que atua aumentando ou obstruindo a capacidade das pessoas utilizarem serviços de saúde, é essencial o reconhecimento por parte de gestores das barreiras associadas desse atributo.

Os gestores devem considerar que a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso⁽¹⁹⁾ e que o vínculo e o acolhimento são dimensões essenciais no processo. Nos discursos de alguns AM, o reconhecimento da existência de dificuldades relacionadas ao retardo no diagnóstico de TB denota sensibilidade ao processo de mudança desencadeado pela atual gestão e que visa, minimamente, a reorganização dos serviços de saúde para detecção e diagnóstico precoces, tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas pela doença.

Contudo, em todo processo de mudança há tensões decorrentes da correlação de forças advindas dos campos em situação de hegemonia e contra-hegemonia. Para haver intervenções institucionais que favoreçam a ruptura com os movimentos cristalizados e instituídos, é importante compreender que toda mudança é pontuada por crises, conflitos, consensos e dissensos. Dialeticamente, pela luta dos contrários, são construídos e desconstruídos novas formas e desenhos alternativos ao que está posto, possivelmente uma nova forma de trabalho mais fraterna e solidária, mais respeitosa de diferenças e diversidades⁽²⁰⁾.

Ao reconhecer as dificuldades estruturais enfrentadas na dinâmica do trabalho de gestão, alguns gestores favorecem a tomada de ações para a (re)organização dos serviços visando à redução do retardo do diagnóstico, bem como para a efetividade no controle da TB. Nesse sentido, na expressão “cada vez mais a gente está se organizando”, o gerúndio informa que mudanças estão sendo feitas no processo.

A falta de conhecimento de alguns profissionais em relação à doença, principalmente relacionados à definição do diagnóstico e do tratamento, fez-se presente nos discursos de alguns gestores^(G4; G5). Estudos realizados em outros países admitem que o baixo nível de suspeita clínica de tuberculose pelos profissionais de saúde e a forma inadequada de controle favorecem o retardo do diagnóstico^(14,21). Sobre o problema que envolve o conhecimento do profissional, faz-se necessária a qualificação não apenas dos profissionais de saúde, mas de todos os trabalhadores que atuam nos serviços de saúde, com o objetivo de ampliar a capacidade de identificação de casos suspeitos.

A EPS foi um dispositivo adotado pela gestão municipal, informado no PM, com o propósito de desencadear

a reflexão crítica sobre os problemas referentes às ações e a constituição de sujeitos por meio da estratégia do conhecimento⁽¹⁰⁾. A EPS prima pela aprendizagem no trabalho e o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar práticas profissionais. Problemas identificados na realidade devem ser problematizados e enfrentados a partir dos conhecimentos e das experiências que as pessoas já possuem⁽²²⁾.

Frente ao exposto, é indispensável que os gestores que atuam na função de AM incorporem conhecimentos a suas ações para que ajam como sujeitos históricos de transformação tanto da forma de gestão, quanto das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde. E, no que se refere ao objeto deste estudo, possam atuar na identificação e na remoção de barreiras que dificultam o acesso ao diagnóstico precoce da doença e, conseqüentemente, do controle da TB, considerando ser o agravo uma das áreas estratégicas da APS.

Faz-se necessário que os gestores reconheçam a magnitude dos processos de mudança e que mexam com os simbolismos construídos e instituídos ao longo da história. Da mesma maneira, é importante que a gestão central promova a qualificação desses apoiadores com ênfase no trabalho das áreas prioritárias da APS no Brasil, de modo a consubstanciar um discurso alinhado entre eles e que esse discurso seja consistente no que diz respeito a ações efetivas e estratégias criativas.

Quando o discurso é opaco com relação ao que se faz, pode-se sugerir alienação. A alienação presente na classe trabalhadora, neste caso, nos trabalhadores da saúde, contribui para a resistência a mudanças, enfraquece a prática e confere morosidade às transformações. O gestor deve considerar que sua função é produtora de processos de institucionalização, que trabalha sempre numa tensão transversal entre o instituído e o instituinte, entre a ordem que sustenta outros processos produtivos e a desordem dos processos criativos e de mudanças. É preciso coragem e determinação para romper com esses processos⁽²⁰⁾ e, para poder fazer diferente, é imperativo acrescentar o conhecimento e a reflexão.

CONCLUSÃO

Este estudo, ao analisar a discursividade dos gestores apoiadores matriciais sobre os elementos associados ao retardo do diagnóstico da TB, revela informações que agregam conhecimento à discussão feita em outras investigações sobre os fatores relacionados ao evento, vinculados a usuários e serviços de saúde.

As interpretações sobre os usuários enfatizam condições de natureza cultural, nas quais o estigma é citado como um dos entraves ao acesso ao serviço e, por conseguinte, associado ao retardo do diagnóstico.

Condições históricas atravessam o discurso dos sujeitos, que atribuem o fenômeno do diagnóstico tardio ao comportamento dos doentes.

Com relação aos serviços de saúde, os gestores mencionam dificuldades estruturais, bem como desconhecimento por parte de profissionais sobre a doença e falta de qualificação para seu manejo clínico. O discurso é vago com relação a ações inovadoras para o enfrentamento da doença, principalmente no que diz respeito a promover celeridade na confirmação diagnóstica.

Com a finalidade de minimizar processos de alienação, sugere-se que a gestão municipal desenvolva

processos de qualificação dos AM, de modo que incorporem em suas práticas conceitos como gestão do cuidado e metodologias que favoreçam rupturas com práticas hegemônicas instituídas historicamente e saberes reducionistas que impedem ações na perspectiva do processo saúde-doença-cuidado.

A falta de estudos no Brasil que enfoquem o discurso de gestores acerca dos aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da TB justifica as limitações com relação à discussão das formações discursivas. Sugere-se aprofundar a investigação sobre o fenômeno do retardo do diagnóstico, contemplando o discurso de doentes e trabalhadores de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Maciel EL, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, Fávero JL, Molino LP, et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;14(11):1403-10.
2. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAS, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em municípios da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(6):461-8.
3. Machado ACFT, Steffen RE, Oxlade O, Menzies D, Kritski A, Trajman. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol*. 2011;37(4):512-20.
4. Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Lucena-Silva N, Souza WV, Dantas AT, Datas OMS, et al. Fatores associados com falência terapêutica, abandono e óbito em uma coorte de pacientes com tuberculose acompanhados no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(7):1573-82.
5. Basnet R, Hinderaker SG, Enarson D, Malla P, Morkve O. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. *BMC Public Health*. 2009;9:236.
6. Lambert ML, Van Der Stuyft P. Delays to tuberculosis treatment: shall we continue to blame the victim? *Trop Med Int Health*. 2005;10(10):945-6.
7. Jamal LF, Moherdau F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. *Rev Saúde Pública*. 2007;41Supl.1:104-10.
8. Grabois V, Ferreira SCC. Gestão em Saúde: perspectivas e desafios para a construção da integralidade. In: Ferreira SCC, Monken M, organizadores. *Gestão em saúde: contribuições para análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p.157-71.
9. Orlandi EP. *Análise de discurso: princípios & procedimentos*. São Paulo: Pontes; 2009.
10. João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2006-2009*. João Pessoa: SMS; 2006.
11. Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública*. 2007;41Supl.1:43-9.
12. Bertolli Filho C. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950 [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001 [citado 2011 out. 25]. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-9788575412886.pdf>
13. Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Rep [Internet]* 2010 [cited 2011 Oct 02];125 Suppl 4:34-42. Available from: em: <http://www.publichealthreports.org/archives/issueopen.cfm?articleID=2481>
14. Dag SG, Yimer S, Bjune AG. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health*. 2008;8:15.
15. Clementino FS, Martiniano MS, Clementino MJSM, Sousa JC, Marcolino EC, Miranda FAN. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Rev enferm UERJ*. 2011;19(4):638-43.
16. Baral SC, Karki DK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2007;7:211.
17. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil* [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2012 mar. 13]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf

-
18. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 19. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas de Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 215-43.
 20. Campos GWS. Saúde paidéia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
 21. Kiuwua MS, Charles K, Harriet KM. Patient and health service delay in pulmonary tuberculosis patients attending a referral hospital: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2005;5:122.
 22. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(16):161-77.

Agradecimento:

Ao projeto multicêntrico “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº. 034/2008).