



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ADRIANA MARIA DA SILVA

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM
PESSOAS IDOSAS: discurso dos sujeitos gestores**

CUITÉ
2017

ADRIANA MARIA DA SILVA

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM
PESSOAS IDOSAS: discurso dos sujeitos gestores**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Prof.^a Orientadora: Dr.^a Anne Jaquelyne R. Barrêto

CUITÉ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

S586p

Silva, Adriana Maria da.

Planejamento das ações de controle da tuberculose em pessoas idosas: discurso dos sujeitos gestores. / Adriana Maria da Silva. - Cuité: CES, 2017.

43 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Anne Jaquelyne Roque Barrêto.

1. Doenças infecciosas. 2. Tuberculose. 3. Enfermagem. 4. Planejamento em saúde. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.9

ADRIANA MARIA DA SIVA

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM
PESSOAS IDOSAS: discurso dos sujeitos gestores**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Anne Jaquelyne Roque Barrêto
Orientadora – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima
Membro Interno - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a MSc. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal
Membro Interno – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Antônio Tiago e Maria Edite
por terem sempre me proporcionado o
impossível para a realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, acima de tudo, por ter me conduzido pelos caminhos do bem e me orientado a tomar decisões coerentes. E ter me amparado em todos os momentos que me senti sozinha e por me fazer mais forte a cada dificuldade encontrada.

Aos meus pais Antônio e Maria por terem me apoiado, me amparado todos os dias, mesmo que longe fisicamente, foram e são minha fortaleza. Aos meus irmãos Damião, Josinaldo, Josélio, em especial ao meu irmão Josivaldo um dos meus maiores incentivadores.

Às minhas amigas Edmara e Luciana que sempre se fizeram presente ao meu lado, dividindo todas as minhas angústias e preocupações.

Aos meus amigos e colegas de curso por todo incentivo e apoio durante essa trajetória.

À minha orientadora Anne Jaquelyne por todos os valiosos ensinamentos, e principalmente por toda a confiança a mim depositada, por todos os encontros e horas a mim dedicadas.

Aos gestores que contribuíram com essa pesquisa, sem eles não teria sido possível a realização desse estudo.

O meu muito obrigada!

*Os dias correm, somem
E com o tempo não vão voltar
Só há uma chance pra viver
Não perca a força, e o sonho
Não deixe nunca de acreditar
Que tudo vai acontecer.*

(Chance - Rosa de Saron)

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e o processo de envelhecimento faz com que os idosos estejam mais vulneráveis para o desenvolvimento de algumas doenças, dentre elas a tuberculose, porém o desconhecimento dos gestores sobre as ações de controle da tuberculose e suas atribuições para o desencadeamento dessas ações, levam ao retardo do diagnóstico. O estudo teve como objetivo analisar o discurso dos sujeitos gestores acerca da organização dos serviços de saúde e a prática de planejamento das ações para o controle da tuberculose relacionada às pessoas idosas. Estudo de abordagem qualitativa, realizado em nove municípios pertencentes à região do Curimataú/PB. Participaram do estudo nove integrantes de equipes gestoras. A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro a maio de 2016, por meio de entrevista semiestruturada. Para análise dos dados foi utilizado o dispositivo teórico-metodológico da Análise de Discurso, de matriz francesa. Os discursos dos gestores evidenciaram a falta de planejamento para as ações de controle da tuberculose em pessoas idosas, a preocupação dos gestores se volta para a tuberculose apenas em épocas de campanhas e dias-D. As ações de controle da tuberculose são realizadas apenas por meio do conteúdo abordado em cadernos da Atenção Básica e protocolo. Os gestores revelam em seus discursos que ações como busca ativa, avaliação de comunicantes e acompanhamentos dos casos são ações realizadas nas unidades de saúde. A tuberculose é colocada em segundo plano, não é uma doença que exige atenção para planejamento de ações de controle, a ênfase para planejamento de ações é dada para doenças que estão em maior evidência, apesar de reconhecerem que a tuberculose se encontra crescente na população idosa. Apesar dos idosos apresentarem um sistema imunológico senescente e sintomatologia atípica ao agravo, as ações de planejamento não englobam a população idosa, pois não são considerados grupo de risco para o adoecimento de tuberculose. Os discursos dos gestores estão vinculados a um modelo de gestão hegemônico e um modelo assistencial biomédico. Os gestores não se posicionam como um dos responsáveis pelo planejamento, quando o planejamento é realizado é centrado apenas na doença. Torna-se evidente a necessidade de reorganização do serviço de saúde e que gestores e profissionais de saúde passem por processos de qualificação, para que possam compreender a importância da realização do planejamento, e também refletir acerca do processo de trabalho, com o intuito de melhor assistir a população idosa.

Descritores: Enfermagem. Tuberculose. Planejamento em saúde.

ABSTRACT

The increase in life expectancy and the aging process mean that the elderly are more vulnerable to the development of some diseases, among them tuberculosis, but the lack of knowledge of the managers about tuberculosis control actions and their attributions for triggering these diseases. Actions, lead to delayed diagnosis. The objective of this study was to analyze the management subjects' discourse about the organization of health services and the practice of planning actions for the control of tuberculosis related to the elderly. A qualitative study was carried out in nine municipalities belonging to the Curimataú/PB region. Nine members of management teams participated in the study. Data collection was performed from February to May 2016, through a semi-structured interview. To analyze the data, we used the theoretical-methodological device of Discourse Analysis, of French matrix. The managers' discourses evidenced the lack of planning for actions to control tuberculosis in the elderly, the concern of managers turning to tuberculosis only in times of campaigns and D-days. The tuberculosis control actions are performed only through the content addressed in Basic Care notebooks and protocol. The managers reveal in their speeches that actions such as active search, assessment of communicators and follow-up of the cases are actions carried out in health units. Tuberculosis is placed in the background, it is not a disease that requires attention to planning control actions, the emphasis for action planning is given to diseases that are in greater evidence, although they recognize that tuberculosis is increasing in the elderly population. Although the elderly have a senescent immune system and atypical symptomatology, the planning actions do not include the elderly population, since they are not considered a risk group for tuberculosis. The managers' discourses are linked to a hegemonic management model and a biomedical care model. Managers do not position themselves as one of those responsible for planning, when planning is done is focused solely on disease. It is evident that there is a need to reorganize the health service and that health managers and professionals go through qualification processes, so that they can understand the importance of planning, and also reflect on the work process, with the aim of better Assist the elderly population.

Keywords: Nursing. Tuberculosis. Health planning

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AD - Análise de Discurso

CENDES-OPS - Centro de Desenvolvimento/Organização Pan-Americana da Saúde

DOTS - *Direct Observed Treatment Strategy*

Ensp/Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

eSF - Equipes de Saúde da Família

FD - Formações Discursivas

FI - Formações Ideológicas

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Hab - Habitante

IDEME - Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual

Lapa - Laboratório de Planejamento

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCT - Programa de Controle da Tuberculose

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TB MDR - Tuberculose Multidroga Resistente

TCLE - Termo de Livre Consentimento Livre e Esclarecido

TDO - Tratamento Diretamente Observado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Objetivo.....	12
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Planejamento em saúde.....	13
2.2 Planejamento no controle da tuberculose.....	16
3 METODOLOGIA.....	18
3.1 Tipo de estudo.....	18
3.2 Cenários do estudo.....	18
3.3 Os sujeitos participantes do estudo.....	19
3.4 Universo empírico do estudo.....	20
3.5 Plano de análise.....	21
3.6 Procedimentos éticos.....	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	38
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	39
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE.....	40

1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e o processo de envelhecimento faz com que os idosos estejam mais vulneráveis para o desenvolvimento de algumas doenças, dentre elas a tuberculose (TB). Há um aumento nas taxas de incidência e prevalência da TB na população idosa, acredita-se que estes índices estejam ligados ao sistema imunológico senescente. O idoso portador de TB apresenta sintomatologia atípica, o que dificulta o diagnóstico da doença favorecendo ao retardo (SCHAAF et al., 2010; BYNG-MADDICK; NOURSADEGHI, 2016).

No ano de 2016 foram diagnosticados 66.796 casos novos de TB, uma incidência de 32,4/100.000 habitantes (hab). Nesse mesmo ano a Paraíba apresentou um índice de 27/100.000 hab (BRASIL, 2017a). Segundo dados do Datasus nos anos de 2014 a 2016 os municípios pertencentes à pesquisa tiveram 21 casos de TB notificados, com destaque para os municípios de Pedra Lavrada, São Vicente do Seridó e Barra de Santa Rosa que apresentaram o maior número de casos.

A baciloscopia é um exame laboratorial realizado para diagnosticar e manter um controle sobre a TB. De acordo com dados do Datasus no ano de 2012 nos municípios participantes da pesquisa, foram realizadas 38 baciloscopias para diagnóstico e 72 para controle; no ano de 2013 foram realizadas 22 para diagnóstico e 31 para controle; no ano de 2014 foram realizadas 37 para diagnóstico e 51 para controle. Entre os anos de 2012 e 2013 houve redução no número de baciloscopias realizadas tanto para diagnóstico como para controle, mas no ano 2014 o número de baciloscopias para diagnóstico e para controle voltou a aumentar. Esses dados são preocupantes, uma vez que tanto no país quanto no estado da Paraíba a taxa de incidência para TB em idosos se encontra em tendência crescente.

Segundo a literatura pesquisada há dois fatores que contribuem para o retardo do diagnóstico da TB, o primeiro relaciona-se ao usuário e o segundo aos serviços de saúde. Em se tratando dos usuários a dificuldade se dá por não reconhecer os sintomas apresentados como sendo de adoecimento de TB ou por não se sentirem doentes a ponto de procurar os serviços de saúde (MAIOR et al., 2012). Em relação aos serviços de saúde a desorganização, a incapacidade dos profissionais em suspeição diagnóstica e a transferência de responsabilidade para serviços especializados, também contribuem para o retardo do diagnóstico nessa população (OLIVEIRA et al., 2013).

Estudo realizado no município de João Pessoa com gestores da Atenção Básica identificou que há desconhecimento de alguns gestores sobre as ações de controle da TB e

suas atribuições para o desencadeamento dessas ações. Outro resultado mostra que não há planejamento para ações de controle da tuberculose e nem tão pouco considerando a realidade de cada local. Desse modo não existem ações voltadas para os idosos, e não há o reconhecimento desse grupo como vulnerável ao adoecimento por TB, visto que o idoso apresenta-se mais susceptível ao adoecimento por peculiaridades em relação à sintomatologia da doença que dificulta o diagnóstico (SÁ et al., 2015). Há a necessidade de se investigar mais profundamente as ações desenvolvidas pelos gestores para o controle da TB, principalmente em relação aos idosos.

O planejamento está presente no nosso cotidiano e através dele busca-se desenvolver um conjunto diversificado de ações, permitindo a articulação dos recursos, aumentando as chances de alcançar determinados objetivos, além da melhor maneira de utilização desses recursos (RIVERA; ARTMANN, 2012).

Em estudo realizado por Trigueiro et al. (2011), em municípios da região metropolitana de João Pessoa/PB, abordam que a descentralização das ações de controle da TB para a Atenção Básica exige do gestor competência e habilidade para o planejamento de ações adequadas. Para que as metas sejam atingidas os gestores precisam conhecer a realidade local, elencar as prioridades, ter a capacidade de coordenar os recursos disponíveis, e quais os meios que serão utilizados para desenvolver as ações, como também manter uma inter-relação com quem executa as ações, para que se tenha um controle e possa ser avaliada a sua efetividade.

Estudo desenvolvido por Barrêto et al. (2012), em um município da região metropolitana de João Pessoa/PB, abordam que para os gestores o desenvolvimento de ações para o planejamento de controle da TB apesar de serem importantes não são uma prioridade, uma vez que os serviços de saúde apresentam poucos casos cadastrados. Desse modo as ações de planejamento são executadas a partir de novos casos que vão surgindo no serviço de saúde, deixando evidente que as ações planejadas não buscam incluir as verdadeiras necessidades de saúde da população.

Sá et al. (2013a), abordam em seu estudo que foi desenvolvido com gestores em município da região metropolitana de João Pessoa/PB, que o retardo do diagnóstico da TB está vinculado a fatores como: falta de informação, falta de qualificação profissional, estigma e preconceito. Cabendo aos gestores o desenvolvimento de ações que visem à remoção das barreiras que dificultam o acesso ao diagnóstico precoce e o controle da TB.

Estudo realizado em um município do estado da Paraíba acerca de fatores que impedem o controle da TB foi possível compreender que apesar do cuidado ao doente de TB

ter sido descentralizado para serviços da atenção primária, estes ainda não estão organizados para atender aos portadores de TB. É preciso que disponham de profissionais de saúde qualificados e uma rede de atenção que possa garantir ao doente uma assistência integral e resolutiva. Para os gestores as ações de controle da TB em idosos não é visto como prioridade, uma vez que nas ações de qualificação para os profissionais da saúde o tema TB é posto em segundo plano (ROMERA et al., 2016).

Existem poucos estudos que versem diretamente sobre o planejamento de ações para o controle da TB em pessoas idosas. A maioria dos estudos sobre TB são realizados principalmente em capitais e/ou grandes cidades, nenhum realizado em municípios menores, torna-se importante a realização de estudos em municípios de pequeno porte para avaliar se estão sendo desenvolvidas ações de planejamento em saúde para o controle da TB, principalmente em idosos. Tendo em vista que essa população apresenta-se mais vulnerável ao adoecimento da TB, por apresentar um sistema imunológico envelhecido e sintomatologia atípica, sendo na maioria das vezes confundida com outras doenças do sistema respiratório dificultando assim a sua identificação. Desse modo, ver-se a necessidade de se investigar como está sendo realizado o planejamento das ações para identificação, tratamento e prevenção da TB na população idosa.

1.1 Objetivo

Analisar o discurso dos sujeitos gestores acerca da organização dos serviços de saúde e a prática de planejamento das ações para o controle da tuberculose relacionada às pessoas idosas.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 Planejamento em saúde

Planejamento é uma forma de pensar através de métodos e de maneira ordenada em como atuar, considerando todas as vantagens e desvantagens. É traçar objetivos e projetar-se para o futuro (MATUS, 1987 apud ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

Para Teixeira (2010), planejamento é um termo amplamente utilizado, sendo compreendido como um processo para a elaboração de ações que visem definir hipóteses e construir sua viabilidade, com o propósito de solucionar problemas e atender as necessidades individuais e coletivas.

Planejamento em saúde é um método para formulações e desenvolvimentos de ações, programas e de formas de operacionalização de planos, programas e projetos em saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

O planejamento em saúde acontece por meio da análise da situação de saúde, visando a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde vivenciados pela população, através de variáveis demográficas, socioeconômicas, cultural e política, determinando quais ações são prioritárias. A partir da identificação dos problemas cabe aos gestores, técnicos e profissionais de saúde elencar os problemas a serem priorizados e quais os meios a ser utilizados para a sua resolução (TEIXEIRA, 2010).

Na América Latina o planejamento em saúde foi introduzido na década de 60, através da elaboração do método CENDES-OPS (Centro de Desenvolvimento/Organização Pan-Americana da Saúde), sendo realizada uma transposição do planejamento econômico normativo para a saúde. Nesse método de planejamento em saúde a realidade deveria funcionar como norma e o objetivo era aperfeiçoar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, onde a escolha de prioridade era feita através da relação custo/benefício. A formulação do plano era realizada por meio de um diagnóstico, onde se realizava a seleção de prioridades, e se definia quais ações e recursos, com o objetivo de alcançar maior eficiência nas ações de saúde. Porém esse método não tinha como fazer uma análise completa da realidade, limitando sua utilização para elaboração de intervenções, caindo em descrédito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na década de 70 o planejamento normativo cede lugar para o planejamento estratégico. Matus apresenta duas contribuições: O modelo de processamento de problemas e soluções, apoiado nas teorias da situação, produção social e da ação instrutiva. Construindo

um protocolo de processamentos em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. A outra é uma proposta de direção estratégica para a administração pública, que versa sobre reforma vertical da administração, através de uma série de subsistemas de gestão, que priorizam o planejamento criativo, a descentralização dos sistemas de condução e uma abordagem de gestão por objetivos ou operações, e a alta responsabilidade decorrente do monitoramento, da cobrança e a prestação de contas. Mário Testa formulou uma proposta de explicação da problemática setorial (epidemiológica e organizativa), de caráter estratégico, integrando um diagnóstico administrativo, estratégico e ideológico (RIVERA; ARTMANN, 2012).

No Brasil apontam a existência de quatro correntes de planejamento em saúde. A corrente da gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (Lapa) da Faculdade de Medicina de Campinas que apoia um modelo de gestão colegiada e democrática, caracterizado pela forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. O Planejamento Estratégico Comunicativo, representado por núcleos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), utiliza alguns aspectos do Planejamento Estratégico-situacional, e também agrega aspectos do planejamento estratégico de hospitais, desenvolvendo componentes de gestão pela escuta. A corrente da Vigilância à Saúde visa o combate aos programas verticais da saúde pública, e defende a integração horizontal, utilizando o planejamento situacional. A escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), se evidencia pelas formas multidisciplinares de trabalho em equipe. Viabiliza condições para uma abordagem mais integrada do atendimento (RIVERA; ARTMANN, 2010).

O planejamento normativo foi criticado por seu formalismo economicista e complexidade, esse método operava através da racionalidade de recursos e com o controle do Estado (RIVERA; ARTMANN, 2010). Apesar das limitações do método CENDES-OPS, alguns dos seus métodos continuam válidos até hoje, principalmente para o desenvolvimento de ações e serviços que tenham como objetivo a racionalização de recursos escassos (TEIXEIRA, 2010).

O planejamento estratégico diferente do normativo é um modelo flexível podendo ser modificado de acordo com as circunstâncias, fundamentando-se através do conhecimento sobre a realidade (GIOVANELLA, 1991).

Entre as vertentes do planejamento estratégico, destaca-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus. Trata-se de um método de planejamento por problemas,

sobretudo os mal estruturados e complexos. Apesar de surgir de um setor ou área específica os problemas são abordados por meio de várias vertentes, pois suas causas podem surgir de múltiplos setores ou áreas e sua solução também pode depender de recursos e da interação entre esses vários atores (ARTMANN, 2000).

O PES é composto de quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. O primeiro refere ao diagnóstico onde são identificados os problemas, suas causas. O segundo é o momento do deve ser, formulações de metas e prazos. O estratégico é a análise e construção da viabilidade das ações propostas. O tático-operacional é a tomada de decisão e a execução das ações (GIOVANELLA, 1991).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecer a cultura de planejamento é ao mesmo tempo um avanço e um desafio. Um avanço, pois o planejamento está sendo reconhecido como um importante meio para a gestão, e um desafio porque exige a consolidação de uma cultura que envolve mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais. Desse modo, o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS), acontece através da articulação entre as áreas de planejamento das três esferas de governo, buscando uma atuação contínua, articulada, integrada e solidária. O PlanejaSUS tem como objetivo conduzir o processo de planejamento no âmbito do SUS, considerando as diferenças existentes nas três esferas de governo colaborando para resolutividade e qualidade das ações e serviços oferecidos a população (BRASIL, 2009).

A portaria nº 2.135/13 estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Aborda que o planejamento é responsabilidade individual de cada um dos entes federados devendo ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada. Considerando as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (BRASIL, 2013).

Em oposição ao modelo gerencial hegemônico Campos (2010), sugere uma aproximação entre a gestão e as práticas de saúde através da cogestão. A cogestão é a coparticipação de usuários e clínicos em todas as etapas do processo de gestão, ainda que com papel distinto dos administradores, é uma forma de garantir autonomia ao usuário. Para Castro e Campos (2014), a gestão partilhada institui um espaço onde podem ser expostas todas as dificuldades, e conflitos que fazem parte do cotidiano do trabalho em saúde.

A utilização de referências com mais de cinco anos se deu mediante a dificuldade em encontrar publicações mais atualizadas referentes a planejamento e planejamento em saúde em livros, artigos e outros.

2.2 Planejamento no controle da tuberculose

Durante o desenvolvimento de qualquer atividade em saúde, é importante que haja o planejamento das ações, para que se possa obter o máximo de benefícios com os recursos disponíveis. As ações de controle da TB, seu monitoramento e avaliação são de responsabilidade de todas as esferas de gestão da saúde. Cada município pode estabelecer um responsável para desempenhar as ações de controle da doença, iniciando-se através de uma avaliação da situação epidemiológica e da situação operacional do programa de controle. Fazendo um diagnóstico sobre a organização geral do sistema de saúde em sua área de abrangência, verificando a existência de instituições de longa permanência e serviços particulares e conveniados. Por meio desse levantamento identificar os pontos fortes e fracos do programa de controle e os determinantes que possam influenciar no seu desempenho. Devendo-se elaborar um plano de ações e atividades que venham melhorar o controle da TB, como também estabelecer metas de curto e longo prazo, que serão avaliadas para ajustar ações do programa (BRASIL, 2011a).

Alguns antecedentes da estratégia pelo fim da tuberculose, no ano de 1993 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a tuberculose como uma emergência de saúde global e também lançou a estratégia DOTS (*Direct Observed Treatment Strategy*), e em 1996 o plano emergencial para o controle da tuberculose. Em 2000 e 2001, o Ministério da Saúde (MS) lançou mais dois planos. O Plano Nacional de Mobilização para eliminação da Hanseníase e controle da Tuberculose em municípios prioritários por meio da Atenção Básica e o Plano Estratégico para implementação do plano de controle da tuberculose no Brasil, no período de 2001-2005. Em 2003, a tuberculose foi incluída como prioridade na agenda das políticas públicas do governo brasileiro. Em 2006, foi lançado o plano estratégico para o controle da tuberculose no Brasil no período de 2007-2015. Em 2011, é homologada a Resolução nº 444 que reafirma a priorização pelo MS e enfatiza a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais para o controle da doença. Implantação da rede de teste rápido molecular para o diagnóstico da tuberculose na rede pública no ano de 2014. Com o decorrer dos anos, algumas conquistas foram alcançadas pelos programas de controle da tuberculose em todas as esferas de gestão do SUS. Porém, para conseguir alcançar o objetivo de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil ainda é necessário a superação de alguns obstáculos (BRASIL, 2017b).

Entre as metas globais e indicadores desenvolvidos pela OMS para o controle da TB está o Plano Global para o Combate da Tuberculose (*The Global Plan to Stop Tuberculosis*),

com o objetivo reduzir drasticamente a carga da doença, de acordo com o que foi pactuado nos objetivos do milênio. O plano é dividido em seis componentes: expandir a estratégia DOTS com qualidade; tratar coinfeção TB/HIV, tuberculose multidroga resistente (TB MDR) e as necessidades de populações pobres e vulneráveis; fortalecer o sistema de saúde baseado na atenção primária; empoderar as pessoas com tuberculose e a sociedade civil organizada; envolver todos os prestadores de serviços de saúde; e possibilitar e promover pesquisas (BRASIL, 2012a).

Em 2014, foi aprovada a nova estratégia global para enfrentamento da tuberculose, visando um mundo livre da tuberculose até 2035. A estratégia tem como meta, reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil hab. até o ano de 2035 e reduzir o coeficiente de mortalidade por tuberculose para menos de 1 óbito por 100 mil hab. até o ano de 2035. Para se alcançar as metas foi instituído três pilares, o primeiro voltado para a atenção ao paciente, o segundo para o componente social e o terceiro para a pesquisa e inovação (BRASIL, 2017b).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose atua por meios de estratégias inovadoras visando o aumento e fortalecimento da estratégia TDO (Tratamento Diretamente Observado), e também em articulação com outros programas governamentais, buscando ampliar o controle da TB e de outras comorbidades. Prioriza a descentralização das medidas de controle para Atenção Básica, expandindo o acesso da população em geral e das que apresentam maior risco ao adoecimento (BRASIL, 2011a).

A participação e envolvimento de todos os profissionais de saúde se torna essencial para avançar no processo de descentralização e sucesso nas ações de controle da TB. E o enfermeiro é fundamental para a efetivação das ações de controle da TB, garantindo a supervisão do tratamento e evitando possíveis intercorrências que venham contribuir para o abandono, recidiva, e resistência da tuberculose. O enfermeiro deve atuar na parte gerencial com planejamento, organização e avaliação de serviço e na parte assistencial com a organização e realização das ações de cuidado. Estando implícita na portaria da Atenção Básica a realização do diagnóstico da tuberculose como atribuição do profissional de enfermagem (BRASIL, 2011b).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo de abordagem qualitativa que analisa o discurso de profissionais de saúde que atuam na função de gestores envolvidos com o controle da doença, na perspectiva de avaliar o planejamento das ações em saúde, nos municípios da região do Curimataú-PB.

Logo, buscou-se nesse estudo explorar as compreensões subjetivas das pessoas a respeito de sua vida diária, relacionando-as aos significados que os gestores – que lidam com a doença, atribuem as suas experiências do mundo social e como as pessoas compreendem esse mundo, tentando interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão (POPE; MAYS, 2005).

Para Minayo (2010) o estudo 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 análise do discurso se utiliza dos mais diversos textos produzido em campos variados com o objetivo de compreender como acontece o seu funcionamento, sua organização e a produção de seus sentidos. Tentando captar quais as influências sócio-históricas estão implícitas nos discursos (MINAYO, 2010).

3.2 Cenários do estudo

O Território do Curimataú - PB abrange uma área de 3.334 Km², constituído por 10 municípios: Baraúna, Barra de Santa Rosa, Cacimba de Dentro, Cuité, Damião, Frei Martinho, Nova Floresta, Nova Palmeira, Picuí e Sossego.

Está situada na Mesorregião do Curimataú Paraibano - Região Nordeste - uma região tipicamente semiárida, que traz consigo uma história de lutas e organização dos atores sociais em busca de melhoria de sua qualidade de vida. Possui uma população estimada em 97.406 mil pessoas distribuídas em seus 3.334,7 Km², configurando uma densidade demográfica de 29,2 habitantes por Km². Em termos de distribuição espacial, 38.283 habitantes ocupavam a zona rural e 59.123 residiam na zona urbana, configurando um grau de urbanização da ordem de 60,7 habitantes por Km².

De acordo com os dados do Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual - IDEME, o Território do Curimataú do Estado da Paraíba contava, no ano de 2009, com 74 estabelecimentos de saúde, dos quais 67 eram públicos e 7 particulares, destacando-se os municípios de Cuité, com 19 unidades e o município de Picuí, com 17 estabelecimentos juntos, totalizando 36 unidades, o que corresponde a 49% desses estabelecimentos existentes no Território. Há 37 equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas nos municípios da região do Curimataú, assim distribuídos: Frei Martinho (01 eSF), Picuí (06 eSF), Nova Floresta (04 eSF), Cuité (09 eSF), Cacimba de Dentro (03 eSF), Barra de Santa Rosa (06 eSF), Sossego (02 eSF), Baraúna (02 eSF), Nova Palmeira (02 eSF) e Damião (02 eSF).

A pesquisa contemplou os municípios que fazem parte da 4ª Regional de Saúde da Paraíba. Optou-se por realizar a pesquisa com esses municípios por já existir uma inter-relação entre eles, desse modo retiramos o município de Cacimba de Dentro por não fazer parte da mesma. E acrescentamos três municípios além dos que foram aprovados no projeto inicial, tendo em vista que os mesmos também fazem parte da 4ª Regional de Saúde da Paraíba e da região do Curimataú (Pedra Lavrada, São Vicente do Seridó, Cubati).

3.3 Os sujeitos participantes do estudo

Os sujeitos colaboradores desse estudo foram gestores profissionais de saúde, integrantes de equipes gestoras e coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Como integrantes de equipes gestoras, participaram profissionais que atuavam nas equipes do PCT de cada município, e aqueles que exerciam função de coordenadores de vigilância em saúde, coordenadores de Atenção Básica e apoiadores matriciais, a previsão era de 12 colaboradores do estudo, porém só foram realizadas 9 entrevistas tendo em vista que 3 dos gestores não foram encontrados mesmo após agendamento prévio. Os colaboradores foram identificados na sequência em que foram entrevistados G1 a G9.

Para ser incluído na pesquisa o participante deveria ainda aceitar participar da pesquisa, responder o instrumento de coleta de dados e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Contemplaram os critérios de inclusão profissionais de saúde que atuassem nas equipes do PCT de cada município; e aqueles que exercessem função de coordenadores de vigilância em saúde, coordenadores de Atenção Básica e apoiadores matriciais no período da coleta do estudo.

3.4 Universo empírico do estudo

Para a produção do material empírico foi empregada a técnica da entrevista, as entrevistas que formaram o *corpus* para análise. A escolha da entrevista se deu em face de fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema. Segundo Minayo (2010), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo tem a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de um grupo determinado em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

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).

O material utilizado neste trabalho é secundário, extraído do banco de dados do projeto PIBIC intitulado como, Retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: ações da gestão em saúde nos municípios da região do Curimataú – PB, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer n. 1.350.573 e CAAE n. 47483015.1.0000.5575. Ressaltando que os dados utilizados ainda não tinham sido analisados, deste modo foram discutidos e analisados neste trabalho.

As entrevistas foram realizadas de acordo com o cronograma proposto no projeto original, após agendamento prévio de horário e lugar com os colaboradores. Foi dada preferência por realizá-las nos locais escolhidos pelos participantes, pois se entende que as entrevistas deveriam ser realizadas conforme a conveniência do entrevistado (ANEXO A).

No início de cada entrevista os sujeitos foram informados sobre o objetivo da pesquisa e receberam explicações sobre o destino das informações e os direitos garantidos pela Resolução 466/12 do CNS. Uma vez obtida a concordância do participante, solicitou-se a assinatura do TCLE, firmando-se o consentimento por escrito (ANEXO B).

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de MP4 e gravador de áudio portátil, e transcritas na íntegra. Após organização das entrevistas, foram construídas categorias superiores mediante níveis de agregação e que foram analisadas sob a técnica de análise de discurso (AD), de matriz francesa.

3.5 Plano de análise

Já que a abordagem da pesquisa é qualitativa, no processo de análise do material empírico foi utilizada a técnica de análise do discurso. Segundo Minayo (2010, p.57) “as abordagens qualitativas se conformam melhor para investigações de grupos de segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e documentos”.

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. Ou seja, as palavras mudam de sentido segundo as posições dos sujeitos que as empregam. Neste estudo o corpus empírico foi produzido a partir das informações cedidas pelos profissionais, especificamente enfermeiros e gestores de saúde.

Para análise do corpus, constituído a partir das entrevistas com os gestores de saúde/equipe gestora, foi utilizada a fundamentação teórico-metodológica na AD de matriz francesa, que se sustenta sobre três regiões do conhecimento: o Materialismo histórico, na Linguística, e na Psicanálise (ORLANDI, 2009).

O dispositivo da análise discursiva reúne os materiais analisados, a questão da investigação e as diferentes concepções teóricas mobilizadas para a discussão. Ele deve firmar-se sobre um corpus constituído a partir de montagens discursivas, que obedeçam a critérios nascidos de princípios teóricos da AD, face aos objetivos da análise, e que permitam chegar à compreensão proposta no estudo (ORLANDI, 2009).

Na AD empreende-se uma passagem do material bruto, tais como as entrevistas transcritas, para o objeto discursivo, mediante das etapas apresentadas por Orlandi (2009): da superfície linguística para o texto (discurso); do objeto discursivo para a formação discursiva e do processo discursivo para a formação ideológica.

Todas as falas e textos escritos carregam consigo influências sócio-históricas. O material deve ser analisado profundamente, para que se possa encontrar o sentido que se encontra de certa forma invisível nos discursos, sendo necessário que o analista faça uso de técnicas apropriadas para captar o sentido não aparente no discurso (MACEDO, 2008).

De acordo com Souza (2014), para fazer análise de discurso é preciso conhecer como acontece o processo de produção da linguagem. Para a AD todo sujeito de linguagem é ideológico, dessa forma a partir da influência sócio-histórica surge às formações ideológicas (FI), que vão se organizar em discursos, originando as formações discursivas (FD). As FD determinam o que vai ou não ser dito, e essa seleção se chama processo discursivo. Depois de

selecionado o que vai ser enunciado, o sujeito enuncia e ao fazer isso o texto produzido se torna a superfície linguística do discurso, sendo a parte visível. Como a produção da linguagem acontece inconscientemente, o sujeito não tem controle e nem conhecimento desse processo. Tendo a ilusão de que o texto é produzido no momento da fala, a função da ideologia é fazer com que o sujeito esqueça que é sujeito ideológico, conhecido como esquecimento 1. O sujeito também esquece que fez a seleção do que iria ser dito, conhecido como esquecimento 2. Cabendo ao analista identificar o que foi esquecido, através do caminho inverso, por meio da identificação de marcas textuais. Identificando os textos que ficaram de fora (objeto discursivo) o que eles significam (processo discursivo), a que FD pertencem e qual é a sua FI.

Para se realizar uma análise é necessário seguir alguns procedimentos. A análise tem dois momentos distintos e complementares: a análise em si e a escrita da análise. A análise em si compreende a delimitação do conceito-análise, a escolha, interpretação e análise do corpus por meio de perguntas heurísticas. A delimitação do conceito-análise pode surgir de duas formas: conceito-análise a priori definida pelo interesse do analista ou pelo conceito-análise a posteriori surgindo durante o processo de análise. Após a definição do corpus é feita uma leitura flutuante onde surgem as primeiras hipóteses. Em seguida se realiza uma leitura analítica utilizando-se três perguntas heurísticas: 1- Qual o conceito-análise presente no texto? 2- Como o texto constrói o conceito-análise? 3- A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói?. Ajudando o analista a evidenciar os sentidos (SOUZA, 2014).

O conceito-análise presente na pesquisa está relacionado ao “planejamento de ações de controle para TB”. Estabelecido o conceito-análise, bem como a obtenção do corpus discursivo por meio da pergunta norteadora “Como são planejadas as ações de controle da TB para a pessoa idosa?”. Passou-se a identificação das marcas textuais que evidenciam os sentidos em relação ao conceito-análise, por meio delas também é possível verificar a posição ideológica dos sujeitos. Das marcas textuais emergiu a formação discursiva: Planejamento de ações e a organização do serviço de saúde para o controle da TB. O processo de elaboração da FD acarretou a terceira pergunta heurística que procurou conhecer a que discurso pertence às marcas linguísticas que determinam a forma de planejamento das ações de controle da TB.

3.6 Procedimentos éticos

Atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

A autorização dos sujeitos para gravação e uso das informações foi obtida mediante a assinatura do TCLE, que além de assinado foi datado. Uma cópia foi entregue ao entrevistado e a outra ficou com o 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.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande no dia 03 de Dezembro de 2015, com o parecer n. 1.350.573 e CAAE n. 47483015.1.0000.5575.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O planejamento para o controle da TB é essencial para o diagnóstico e tratamento precoce. Porém, os discursos dos gestores revelam que não há planejamento das ações de controle da TB, a preocupação dos gestores se volta para a TB apenas em épocas de campanhas. Como evidenciado nos fragmentos discursivos.

Recorte discursivo n.01: [...] quando tem a campanha acho que começa mais, desperta mais, tem mais assim um cuidado digamos assim, pra que seja investigado e que solicite baciloscopia [...] a gente não trabalha com isso, não é uma rotina [...] até os próprios médicos não solicitam uma baciloscopia [...]. (G1)

Com a descentralização do cuidado da TB para a Atenção Básica, torna-se responsabilidade desse serviço a realização de planejamento para as ações de controle da TB. Cabendo a gestão e equipes gestoras incentivar e participar da realização do planejamento, compreendendo todas as peculiaridades apresentadas no território (BARRÊTO, 2014).

O discurso do gestor identifica que a prática de planejamento para o controle da TB é realizada de forma esporádica, desse modo o conhecimento passado a população é insuficiente para identificação e procura precoce dos serviços de saúde, contribuindo para o retardo do diagnóstico na população idosa e para a disseminação da TB.

Sá et al. (2013b), abordam que as ações educativas são realizadas apenas em épocas de campanhas ou em função do aumento do número de casos de TB. Além de priorizar as doenças mais incidentes no momento, as ações educativas se resumem apenas a distribuição de panfletos, fixação de cartazes e realização de palestras. Constatou-se que as práticas educativas para o controle da TB, são fundamentadas no modelo de educação tradicional, onde apenas o profissional é detentor do saber. A gestão precisa fornecer para os profissionais de saúde qualificações e mostrar a importância da troca de saberes, aumentando a capacidade dos usuários para enfrentar os problemas que venha a surgir com a TB.

Cardozo-Gonzales et al. (2015), discorrem que por se tratar de uma doença estigmatizante e transmissível as ações educativas proporcionam segurança e vínculo entre o profissional de saúde e o doente, além disso, a frequência com que são realizadas as ações influencia diretamente na capacidade do doente e do familiar em identificar os sinais e sintomas da TB, podendo causar o agravamento da doença aumentando a possibilidade de transmissão da TB.

A falta de informação sobre a TB pode ocasionar a demora do doente em procurar o serviço de saúde, pois na maioria das vezes os sintomas apresentado pelo doente são confundidos com os sintomas de outras doenças do sistema respiratório, causando dessa forma o agravamento da doença e o retardo do diagnóstico. Desse modo a realização de ações educativas contribui para auxiliar o usuário no reconhecimento e enfrentamento da doença. Cabe aos gestores e profissionais se mobilizarem para o planejamento e realização de ações para o controle da TB, uma vez que o modo de organização do serviço de saúde influencia diretamente no retardo ao diagnóstico da TB (SÁ et al., 2013a).

Estudo realizado sobre o conhecimento acerca da TB na Mongólia observou que o conhecimento básico sobre TB ainda é baixo entre agricultores, estudantes, moradores de áreas rurais e pessoas de baixa renda e escolaridade. As ações de educação em saúde precisam ser realizadas regularmente, com uso de materiais adequados que se adaptem a realidade de cada grupo (MA et al., 2015).

Como o idoso apresenta peculiaridades com relação a sintomatologia da TB, na maioria das vezes o agravo é confundido com outras doenças do sistema respiratório, tanto pelos profissionais de saúde como pelo próprio idoso. Além da falta de planejamento de ações de cuidado para o controle da TB, o idoso não é visto pelos serviços de saúde como vulnerável ao adoecimento por TB e sim apenas por doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, de modo que as ações educativas realizadas englobam principalmente essas doenças. A falta de percepção de gestores e profissionais de saúde em considerar a TB como prioridade e o idoso como grupo de risco aliada ao desconhecimento da população idosa, acaba por contribuir ainda mais para o retardo do diagnóstico.

As ações de controle da TB são realizadas apenas por meio do conteúdo abordado em cadernos da Atenção Básica e protocolos.

Recorte discursivo n.02: [...] *temos os cadernos da Atenção Básica, os protocolos, né? E a partir deles é que os profissionais, eles devem seguir exatamente desde identificação desse paciente, a notificação, é, o envio dessas informações a coordenação de vigilância epidemiológica e a partir daí todo o acompanhamento [...]. (G2)*

Romera et al. (2016), abordam em seus resultados que para os gestores a realização de qualificação contínua para os profissionais de saúde não é necessária, apesar de reconhecer que a doença encontra-se crescente na população idosa, a qualificação não ocorre.

O profissional de saúde não se sente capacitado para realizar o diagnóstico de TB, de modo que transfere essa responsabilidade para outros serviços de saúde. O serviço de saúde não se mostra efetivo, pois é necessário que os profissionais de saúde estejam qualificados para que possam reconhecer e diagnosticar precocemente a TB (OLIVEIRA et al., 2013).

Sá et al. (2013a), corroboram que a realização de qualificações direcionadas para todos os profissionais de saúde e também para todos os trabalhadores que atuam no serviço de saúde é essencial para minimizar a falta de conhecimento sobre a TB e fortalecer a capacidade diagnóstica dos profissionais de saúde.

Como os profissionais de saúde utilizam apenas os cadernos da Atenção Básica e protocolos, não se pode ter a garantia de que as medidas de controle realizadas por eles estão sendo eficazes e se essas ações estão voltadas para a população idosa, tendo em vista que o idoso não é considerado como grupo de risco ao adoecimento por TB, o gestor em seu discurso não deixa claro se há uma supervisão para avaliar as ações realizadas por esses profissionais. Também não se tem por parte do gestor iniciativas para capacitar os profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente idoso portador de TB.

Para os gestores o controle da TB é realizado mediante a realização de ações como busca ativa, avaliação de comunicantes, acompanhamento dos casos.

Recorte discursivo n.03: [...] *a gente faz palestra, faz busca ativa, faz um trabalho de conscientização, faz o acompanhamento dos casos* [...] *faz toda avaliação dos comunicantes* [...]. (G3)

A realização da busca ativa permite a identificação precoce de pessoas que estejam apresentando sintomas sugestivos de TB e a realização de um tratamento precoce, impedindo a transmissibilidade da doença (BRASIL, 2011a).

Touso et al. (2014), abordam em seu estudo que apesar dos doentes apresentarem conhecimento sobre TB, esse conhecimento ainda é insuficiente de forma que, evitam falar o nome da doença fazendo uso de outros termos ao invés da palavra tuberculose. De modo que a realização de orientações é fundamental para que tanto o usuário como familiar possam compreender melhor a doença.

É de responsabilidade dos serviços de atenção primária a realização de ações educativas para o controle da TB, fornecendo informações e possibilitando a formação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário. O acompanhamento do paciente através do tratamento diretamente observado é mais do que apenas ver se o paciente deglutiu a medicação, é preciso que haja interação entre profissional e usuário o que possibilita uma

maior adesão ao tratamento. O controle de contatos é uma ferramenta importantíssima para a prevenção e diagnóstico de casos de TB ativos (BRASIL, 2011a).

As ações desenvolvidas na Atenção Básica são essenciais para o controle da TB em idosos. A realização de busca ativa possibilita a identificação precoce dos casos que aliado a um tratamento eficaz se tornam a combinação perfeita para controlar a TB. A realização de ações de educação em saúde tem por objetivo informar aos idosos que são mais vulneráveis ao adoecimento e a comunidade, tornando-os capazes de identificar os sinais e sintomas sugestivos de TB. É preciso que gestores e profissionais de saúde conheçam a população para que possam planejar as ações de modo que atenda suas necessidades específicas.

De acordo com os discursos dos gestores não há planejamento para a TB, as medidas de controle são realizadas de forma pontual apenas quando há o surgimento de casos novos de TB. Para eles a TB não é uma doença que exige atenção para planejamento de ações de controle, a ênfase para planejamento de ações é dada para doenças que estão em mais evidência.

Recorte discursivo n.04: [...] cada equipe deve, desenvolver sua ação de acordo com, assim os casos notificados [...] mas todos (equipes de saúde) são orientados pra fazerem as palestras educativas e as ações de controle [...] de acordo com as notificações. (G5)

Recorte discursivo n.05: *Uma vez por mês a equipe se reúne, né? Pra gente discutir alguns temas, abordar algumas coisas. Hoje como está mais na moda microcefalia, a gripe, né? Então assim a tuberculose fica até um pouco de lado como os demais temas [...] exclusivo pra tuberculose a gente não tem, a gente não faz assim, não existe essa política, essa preocupação voltada só pra tuberculose.* (G7)

O discurso dos gestores G5 e G7 não diferem de outros estudos como o de Barrêto (2014) realizado em João Pessoa, onde os discursos dos gestores apontam que não há planejamento para o controle da TB na Atenção Básica, a TB é colocada como algo secundário, a realização do planejamento acontece de acordo com o quantitativo de casos havendo uma supervalorização da doença, evidenciando uma ligação dos discursos dos gestores com o modelo assistencial biomédico.

Quando as ações de saúde são realizadas mediante o quantitativo de casos identificados no território, as reais necessidades da população não são atendidas. Para os gestores a TB não é considerada uma problemática, podendo estar relacionado ao desconhecimento sobre a vulnerabilidade que a população apresenta para o adoecimento de TB (BARRÊTO et al., 2012).

Como a TB é considerada um problema de saúde pública o planejamento de ações de controle é essencial para a descoberta e início do tratamento. Para os gestores não existe planejamento para o controle da TB, dessa forma os serviços não se tornam efetivos no enfrentamento da doença (SÁ et al., 2011).

Com a descentralização do cuidado da TB para a atenção primária, cabe a Estratégia de Saúde da Família, elaborar e desenvolver ações e estratégias que assegurem o cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde da população. Para que essas ações sejam eficazes é preciso que o serviço disponha de profissionais de saúde qualificados e uma rede de atenção à saúde fortalecida que garanta uma assistência integral e resolutiva (ROMERA et al., 2016).

As redes de atenção à saúde são organizações de saúde conectadas entre si, com objetivo de garantir uma assistência adequada, integral e resolutiva à população, sendo coordenada pela atenção primária. Porém esses sistemas de saúde se encontram fragmentados, de modo que não existe comunicação entre os níveis de atenção e nem com os sistemas de apoio, comprometendo a assistência prestada a população, além de dificultar o seu acesso ao serviço de saúde, prestando um cuidado descontínuo, sem levar em consideração a integralidade do cuidado ofertado. As ações desenvolvidas pela Atenção Primária em Saúde não garantem resolutividade (LAVRAS, 2011).

Andrade et al. (2016), apontam que a organização das redes de serviços de saúde encontram-se fragilizadas, uma vez que o usuário não procura os serviços da atenção primária, eles partem diretamente para a atenção especializada. Esse fato pode contribuir para o retardo do diagnóstico da TB, dificultando o controle e diagnóstico precoce, colaborando também para o agravamento e transmissibilidade da doença.

Apesar do número crescente de casos de TB, os gestores não mostram em seus discursos uma preocupação quanto à realização de planejamento para a TB. Ocultam em suas falas as consequências que acarretariam para os idosos essa falta de planejamento, uma situação preocupante uma vez que a TB é uma doença que vem se evidenciando nesse grupo, principalmente por apresentarem um sistema imunológico envelhecido e sintomatologia atípica ao agravo, aliada a realização de ações de forma pontual e a falta de planejamento acaba levando ao retardo do diagnóstico e favorecendo a disseminação da doença.

O discurso dos gestores está vinculado a um modelo tradicional de gestão e ao modelo assistencial biomédico. Os gestores não participam diretamente no processo de planejamento das ações de controle da TB, cada equipe de saúde da família é responsável por planejar e desenvolver as ações como evidenciado no fragmento discursivo de G5 “*Cada equipe deve, desenvolver sua ação de acordo com, assim os casos notificados*”. Não existe planejamento para o controle da TB, sendo realizada apenas de forma pontual de acordo com o surgimento de casos novos de modo que a identificação de sintomáticos respiratórios acontece de forma passiva como evidenciado no fragmento discursivo de G7 “*Exclusivo pra tuberculose a gente não tem [...] não existe essa política, essa preocupação voltada só pra tuberculose*”.

No modelo tradicional de gestão as decisões são concentradas e ficam distantes das pessoas que possuem as informações e lidam diretamente com a doença, e que podem fazer com que as decisões tomadas considerem a realidade do doente e de fato sejam efetivas. As tomadas de decisões se tornam lentas e burocráticas (BARBOSA; CARVALHO, 2010). O cuidado prestado ao usuário pelos serviços de saúde acontece de forma centralizada apenas em procedimentos, doenças ou partes do corpo. Sendo prestado apenas quando usuário se encontra no estabelecimento de saúde. Visando apenas o quantitativo de procedimentos, não havendo articulação com outros serviços de saúde pertencente à rede de atenção à saúde, de modo que o cuidado é ofertado de forma fragmentada (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Percebe-se que em seus discursos que os gestores não se colocam como um dos responsáveis pelo processo de planejamento das ações de controle da TB, colocando toda a responsabilidade para os profissionais da Atenção Básica. Nessa perspectiva Barrêto (2014) aborda que as práticas gerenciais no controle da TB, se utilizam de modelos burocráticos onde o cuidado ofertado é fracionado, cada setor ou funcionário fica responsável por uma atribuição específica, e que o gestor não está qualificado para a elaboração do planejamento, que quando acontece é centrado no modelo biomédico prejudicando o controle da TB. Por se tratar de uma doença de cunho social necessita da participação de todos, gestores, profissionais de saúde e comunidade, de modo que as decisões sejam planejadas e tomadas de forma coletiva.

O modelo biomédico ainda se encontra influente nas práticas assistenciais. Suas práticas de saúde estão voltadas para as queixas do indivíduo e tratamento das doenças. A promoção da saúde, o vínculo e o acolhimento não são vistos como prioridade. O planejamento em saúde é pouco utilizado, o cuidado é fragmentado e realizado por meio de demanda espontânea (FERTONANI et al., 2015).

O modelo assistencial utilizado na Atenção Básica é composto pela realização de ações tanto individuais como coletivas, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação, a redução de danos e também a manutenção da saúde. O cuidado prestado ao usuário busca atuar na situação de saúde, autonomia e nos determinantes e condicionantes de saúde, proporcionando uma assistência integral (BRASIL, 2012b).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a análise dos discursos dos gestores sobre o planejamento das ações de controle da TB em idosos, foi possível compreender que para eles o planejamento não é visto como prioridade. Os gestores relatam que não realizam planejamento e quando o fazem é apenas em épocas de campanhas ou com o surgimento de casos novos. Os gestores não promovem capacitações para os profissionais de saúde, quando estes realizam o planejamento para a TB, utilizam apenas os cadernos da Atenção Básica e os conhecimentos adquiridos durante a sua vida acadêmica. Apesar dos gestores contarem que realizam busca ativa e que fazem controle de comunicantes, ainda é uma situação preocupante, pois a TB se apresenta de forma atípica na população idosa dificultando seu diagnóstico e aumentando a transmissibilidade da doença, sendo necessária uma reorganização dos serviços de saúde com o objetivo de identificar de forma precoce os sintomáticos respiratórios para TB.

Não foi possível a realização das entrevistas com todos os gestores devido à disponibilidade dos mesmos para a marcação e realização das entrevistas. Destaca-se como limitação, a inclusão apenas de gestores. Sugere-se a realização de outros estudos abordando a temática abrangendo também profissionais de saúde que atuam na ESF. Além disso, aponta a necessidade de abranger outras microrregiões da Paraíba para que se possa ter uma visão mais ampla a respeito das ações de planejamento para o controle da TB em idosos desenvolvida pelos gestores.

Para que o controle da TB se torne efetivo na população idosa é necessário uma reorganização nos serviços de saúde e que gestores e profissionais de saúde passem por processos de qualificação, para que compreendam a importância da realização do planejamento e possam diagnosticar, realizar tratamento, controle de comunicantes, e. A realização de capacitações pode ser utilizada também para a reflexão acerca do processo de trabalho, com o intuito de melhor assistir a população idosa.

É preciso que gestores e profissionais de saúde se articulem para a criação de ações de planejamento para o controle da TB em idosos e que passem a enxergar esse grupo como vulnerável ao adoecimento e a TB como prioridade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. L. E. et al. Tuberculose em pessoas idosas: porta de entrada do sistema de saúde e o diagnóstico tardio. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5702>>. Acesso em: 17 Jul. 2017.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. *Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local*. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>>. Acesso em: 11 Jul. 2017.

BARBOSA, R. P.; CARVALHO, A. I. **Organização e Funcionamento do SUS**. Departamento de Ciências da Administração / UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2010. 190p.

BARRÊTO, A. J. R. **As práticas de planejamento das ações de controle da tuberculose: a discursividade dos sujeitos gestores**. 2014. 95 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

BARRÊTO, A. J. R. et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-84, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013 (Diretrizes para o processo de planejamento no SUS). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 06 Jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Especial Tuberculose**, v. 43. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337634001_Tuberculose-Boletim%20Epidemiologico.pdf>. Acesso em: 04 Out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil**, v.48, n. 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8-Indicadores-priorit-rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa--de-P--blica-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 14 Maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculosis_brasil.pdf>. Acesso em: 16 Ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano nacional pelo fim da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 04 Jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf>. Acesso em: 06 Jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BYNG-MADDICK, R.; NOURSADEGHI, M. Does tuberculosis threaten our ageing populations?. **BMC Infectious Diseases**, v.16, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-016-1451-0>>. Acesso em: 20 Maio 2017.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jun. 2017.

CARDOZO-GONZALES, R. I. et al. Avaliação das ações de detecção de casos de tuberculose na atenção primária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.1-8, 31 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a19.pdf>>. Acesso em: 17 Jul. 2017.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 29-50, Abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jun. 2017.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

FERTONANI, H. P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, Mar. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jul. 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

MA, E. et al. Demographic and socioeconomic disparity in knowledge about tuberculosis in Inner Mongolia, China. **Journal of epidemiology**, v. 25, n. 4, p. 312-320, 2015. Disponível em: <https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/25/4/25_JE20140033/_pdf>. Acesso em: 17 Jul. 2017.

MACEDO, L. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 649-657, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Out. 2016.

MAIOR, M. L. et al. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 202-209, Abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 145-151, Fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2015.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 6. ed. São Paulo, 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

POPE, C.; MAYS, N. **Qualitative Research: Rigour and qualitative research**. *BMJ* 311:109-112; 2009.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jun. 2017.

ROMERA, A. A. et al. Discurso dos enfermeiros gestores relacionado aos condicionantes que (des)favorecem o controle da tuberculose em idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400404&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul. 2017.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SÁ, L. D. et al. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1165-1171, Out. 2013 a. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul. 2017.

SÁ, L. D. et al. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2011.

Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21245>>. Acesso em: 16 Jul. 2017.

SÁ, L. D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 103-11, mar. 2013b. Disponível em:

<<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15246>>. Acesso em: 17 Jul. 2017.

SÁ, L. D. et al. O discurso de enfermeiros gestores relacionado ao retardo do diagnóstico da tuberculose e suas implicações. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4., 2015, Aracaju. **Atas...** Aracaju: Universidade Tiradentes, 2015. p. 487-91. Disponível em:

<<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/112/108>>. Acesso em: 31 Out. 2015.

SCHAAF, H. S. et al. Tuberculosis at extremes of age. **Respirology**, v. 15, n. 5, p. 747-763, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1843.2010.01784.x/pdf>>. Acesso em: 21 Nov. 2015.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. Manaus: Censur, 2014.

TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TOUSO, M. M. et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4577-4586, Nov. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104577&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1289-1296, Dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Set. 2016.

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.

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA**Informações gerais****Data:** _____ **Horário:** _____

Iniciais: _____

Formação: _____ Especialidade: _____

Local de trabalho: _____

Função: _____ Tempo de exercício da função: _____

Outras atividades profissionais: _____

Entrevistador: _____

1. Descreva para mim como está organizado o controle da tuberculose no município?
2. O que você pensa sobre a Tuberculose (TB)?
3. Gostaria que a Sr./Sra. relatasse como está organizado o serviço para atender o doente idoso de tuberculose nas Unidades de Saúde da Família.
4. Poderia descrever o percurso que o doente de TB realiza para obter o diagnóstico?
5. Em sua opinião, o que contribui para o retardo ao diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas?
6. Gostaria que o Sr./Sra. falasse sobre sua experiência como gestor frente às ações de controle da TB.
7. Descreva como são planejadas as ações de controle da TB em pessoas idosas junto com a equipe da Estratégia Saúde da Família.
8. Na sua opinião, que fatores influenciam na demora para se obter o diagnóstico da TB em idosos no seu município?

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre **RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: AÇÕES DA GESTÃO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO CURIMATAÚ – PB**. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição da Universidade Federal de Campina Grande e tem como objetivo analisar as ações de profissionais de saúde gestores ou integrantes de equipes gestoras relacionadas ao retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas em municípios da região do Curimataú – PB.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, o (a) senhor (a) responderá algumas perguntas sobre os seus dados pessoais e perguntas relacionadas ao objetivo da pesquisa, que durará em média 40 minutos, e as informações contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose. Os resultados do estudo poderão ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

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

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas. Terei segurança de que não serei identificado e que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa. Estou ciente de que os riscos do estudo serão mínimos, e que poderão ser de natureza psicológica onde benefícios do estudo irão superá-las.

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

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

Cuité, ____, de _____ de 2016.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

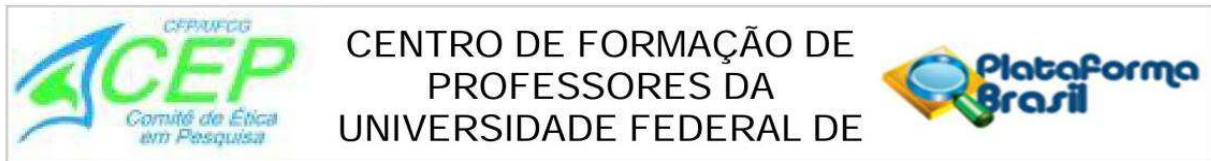
Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Prof.^a Dr.^a Anne Jaquelyne Roque Barrêto

CONTATO: Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Cuité/PB. Endereço: Olho D'Água da Bica a 2Km do centro do município de Cuité – PB
Telefone (0XX83) 3372.1984 *e.mail: anejaque@gmail.com*

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: AÇÕES DA GESTÃO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO CURIMATAÚ - PB

Pesquisador: Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47483015.1.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.350.573

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como título: RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: AÇÕES DA GESTÃO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO CURIMATAÚ - PB. Estudo de abordagem qualitativa que propõe analisar o discurso de profissionais de saúde que atuam na função de gestores envolvidos com o controle da doença. Os sujeitos colaboradores desse estudo serão profissionais de saúde, integrantes de equipes gestoras e coordenadores de PCT.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as ações de profissionais de saúde gestores ou integrantes de equipes gestoras relacionadas ao retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas em municípios da região do Curimataú – PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância na melhoria dos serviços referente ao atendimento da Tuberculose.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Anne Jaquelyne Roque Barrêto redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

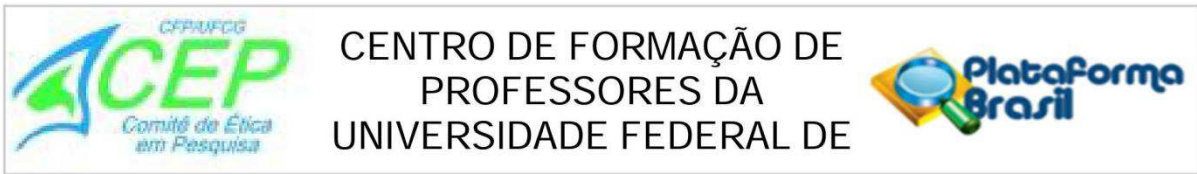
UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.350.573

Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: AÇÕES DA GESTÃO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO CURIMATAÚ - PB, número 47483015.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Anne Jaquelyne Roque Barrêto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_520625.pdf	19/10/2015 18:11:24		Aceito
Outros	Termo_Anuencia.jpg	19/10/2015 18:07:36	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_RISCOS_19_10_2015.pdf	19/10/2015 18:05:42	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_projeto.pdf	19/10/2015 18:05:00	Anne Jaquelyne Roque Barrêto	Aceito
Outros	ROTEIRO DE ENTREVISTA_GESTORES.docx	19/05/2015 09:28:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PIBIC_UFCG_2015_2016_VF_PLATAFORMABRASIL.docx	19/05/2015 09:27:57		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

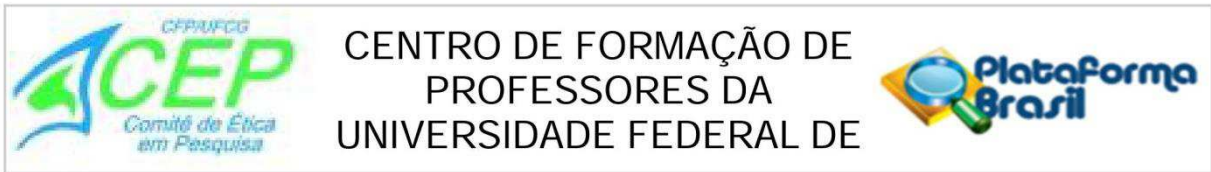
UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.350.573

CAJAZEIRAS, 03 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br