



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

KARINNE DANTAS DE OLIVEIRA ADÁRIO

**DISCURSOS DOS GESTORES EM RELAÇÃO À TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA DO
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS
DA GRANDE JOÃO PESSOA.**

JOÃO PESSOA – PB
2018

KARINNE DANTAS DE OLIVEIRA ADÁRIO

DISCURSOS DOS GESTORES EM RELAÇÃO À TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA DO
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS
DA GRANDE JOÃO PESSOA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Avaliação da Transferência do Tratamento Diretamente Observado de tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte do Brasil.

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

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A221d Adário, Karinne Dantas de Oliveira.
DISCURSOS DOS GESTORES EM RELAÇÃO À TRANSFERÊNCIA DE
POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA
TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS DA GRANDE JOÃO PESSOA /
Karinne Dantas de Oliveira Adário. - João Pessoa, 2018.
103 f. : il.

Orientação: Anne Jaquelyne Roque Barrêto.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Transferência de Política. 2. Gestão em Saúde. 3.
Tuberculose. I. Barrêto, Anne Jaquelyne Roque. II.
Título.

UFPB/BC

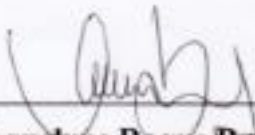
KARINNE DANTAS DE OLIVEIRA ADÁRIO

**DISCURSOS DOS GESTORES EM RELAÇÃO À TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA
DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE EM
MUNICÍPIOS DA GRANDE JOÃO PESSOA.**

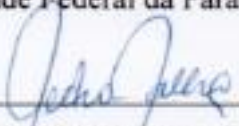
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 25 de maio de 2018.

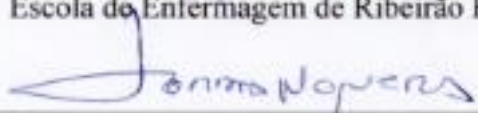
BANCA EXAMINADORA



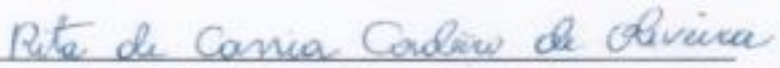
Prof.ª Dr.ª Anne Jaquelyne Roque Barrêto (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha (Membro Externo)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP



Prof.ª Dra. Jordana de Almeida Nogueira (Membro Interno)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Prof. Dra. Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira (Membro Suplente)
Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ



Prof.ª Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva (Membro Suplente)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à três MULHERES DE “AÇO”:

*À **minha mãe**, minha “intercessora terrena”, primeira incentivadora
e idealizadora deste sonho;
À **Adalgisa** (in memorian), minha “amiga-irmã” Dadá, que também
almejou realizar tal sonho em sua vida;
e à **Lenilde** (in memorian), minha “prof.” amada, que tanto
me motivou à concretizar este sonhado momento.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao **Deus** Pai Misericordioso, que me sustentou nos momentos de provas e me fez perseverar com fé durante todo o Mestrado e à minha maior intercessora celestial, **Nossa Senhora** Auxílio dos Cristãos;

Aos meus amores **João Adário**, meu esposo, amigo e conselheiro, pela presteza, compreensão e apoio 24 horas por dia, e ao meu príncipe inspirador **Felipe**, por todo amor, ternura e maturidade em entender as prioridades da mamãe durante os estudos;

Ao meu amado pai **Eudete**, meu exemplo de força, trabalho e perseverança e à minha amada mãe **Francisca**, meu maior exemplo de mulher, por me ensinar a abraçar sempre as oportunidades da vida, enfrentando todas as dificuldades de cabeça erguida com foco e fé. Agradeço principalmente pela reta guarda e compreensão de minhas ausências;

Aos meus queridos irmãos **Valson, Solange e Simone** que tanto admiro e respeito, pelo apoio dado no dia-a-dia dessa jornada e a todos os meus familiares, parentes e aderentes que também torceram por mim;

À **Turma UFPB 2002.1**, representada por **Alessandro Rocha** e, a todos os **amigos**, em especial, àqueles que acompanharam mais de perto: **Anna Karina, Débora Correia, Emília Pimenta, Ilcléia Neves, Janaina Correia, Karina Beltrão, Mabelly Vilar, Maria José, Maria Laurinete, Quitéria Correia e Zuleika Andrade**, pela compreensão das ausências, orações, apoio e conselhos;

À **Adalgisa Gadelha**, *Dadá (in memoriam)*, presente que Deus me deu na graduação e que sempre me incentivou. Jamais esquecerei das doces palavras que ouvi ao me parabenizar com o resultado do tão sonhado Mestrado e, poucas horas depois, você partiu desse mundo de forma tão trágica e precipitada. Eterna gratidão e saudade;

À professora Dra. **Lenilde Duarte de Sá (in memoriam)**, a quem carrego meu apreço e admiração desde a graduação e uma das pessoas responsáveis por plantar em mim a semente do amor pela Enfermagem. Agradeço por me receber de braços abertos no Grupo de estudos e por toda confiança em mim depositada. Minha eterna gratidão e saudade desse ser de luz tão amigo do conhecimento e do “Outro”, que nos ensinou até seu último dia de vida conosco compartilhado;

À minha orientadora querida Prof.^a Dra. **Anne Jaquelyne Roque Barrêto**, exemplo de perseverança e disciplina, por me compreender nos momentos que mais precisei, pela sua amizade e orientações durante todo o estudo, o meu profundo agradecimento;

À amiga Prof.^a Dra. **Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira**, pela presteza desde a minha chegada ao **Grupo/TB-PB**, por todos os momentos compartilhados e pelas estimadas contribuições;

Ao Prof. Dr. **Pedro Fredemir Palha**, que conduziu com tanta gentileza e sabedoria suas preciosas contribuições, pela disponibilidade e pelas reflexões primordiais sobre a Análise de Discurso (AD), juntamente à Prof.^a Dra. Filomena Elaine Paiva Assoline;

À Prof.^a Dra. **Jordana de Almeida Nogueira**, pela disponibilidade, leveza e valiosas contribuições que enriqueceram esse estudo;

À Prof.^a Dra. **Ana Cristina de Oliveira e Silva**, a quem tive o prazer de reencontrar depois de tantos anos, pela disponibilidade e contribuições;

Ao Prof. Dr. **Sérgio Augusto Freire de Souza**, “facilitador dos procedimentos da AD”, pela amizade e pelos ensinamentos conduzidos com suavidade e dedicação;

Aos membros e companheiros do **Grupo/TB-PB**, em especial **Arielli, Amanda, Dayse, Edinha, Janaína, Khivia, Lilian, Patrícia, Renata, Sara, Séfora, Sthefhanie Edja e Tatiana**, pelos ricos estudos e produções científicas compartilhados, como também a todos os demais integrantes do grupo. Jamais esquecerei dos nossos momentos de estudos, de alegrias, mas também das dores sentidas e compartilhadas com tanta fraternidade e prece;

Ao **corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf)** por todo o ensinamento ao longo das aulas e pela contribuição nos meus estudos;

A todos os discentes da Turma de Mestrado 2016.1, pela convivência prazerosa, de modo especial à, **Amanda Narciso, Alyne Fernandes, Brena Stefani, Jiovana de Souza e ao Eduardo Gomes**, pelos momentos de estudos, reflexão, descontração e pelas valiosas trocas de saberes;

Aos funcionários do PPGEnf, em especial à **Nathali** e Sr. **Ivan** pela prontidão e atendimento prestado durante o curso;

Aos **Secretários de Saúde e Coordenadores do Programa de Combate à Tuberculose** nos municípios participantes desse estudo, bem como, aos demais servidores que articularam e facilitaram na viabilização dessa pesquisa, pela disponibilidade, presteza e contribuição;

À toda equipe **DGTES/SMS**, pelo apoio e compreensão e a **Eveline Vilar (DAS/SMS)** pelos momentos de discursão sob o aspecto da Tuberculose.

Deus abençoe abundantemente a todos!

RESUMO

ADÁRIO, Karinne Dantas de. **Discursos dos gestores em relação à Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose em municípios da grande João Pessoa**. 2018. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

Introdução: O Tratamento Diretamente Observado (TDO) para a Tuberculose (TB) é uma estratégia realizada na Atenção Primária à Saúde que contribui na melhoria dos indicadores epidemiológicos desse agravo. A transferência de política ocorre quando uma dada estratégia se desloca de um tempo ou espaço para outro com o intuito de alcançar melhores resultados, levando em conta o compromisso de todos os envolvidos. **Objetivo:** analisar os efeitos de sentidos produzidos nos discursos de gestores sobre a transferência de política do TDO para a TB em municípios da grande região de João Pessoa-PB. **Materiais e Método:** Estudo do tipo descritivo, de natureza qualitativa e abordagem discursiva, realizado no período de agosto à novembro de 2017, por meio da técnica de entrevista, em roteiro semidirigido para gestores de três municípios da Grande João Pessoa: Bayeux, Cabedelo e Santa Rita, sendo, três Secretários de Saúde e três gestores responsáveis pelo Programa de Controle da Tuberculose nos respectivos municípios. O material empírico foi analisado por meio do dispositivo teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) de filiação francesa pecheutiana. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (protocolo nº 0193/2017/CEP/CCS/UFPB). **Resultados:** A maioria dos discursos dos gestores anunciaram propostas principiantes para as ações de controle da TB, deixando para enfatizar o TDO em um segundo momento, considerando que dois municípios passaram por transição de gestão. Alguns gestores enunciaram os recursos e as parcerias existentes como facilitadores do processo para efetivar as ações de TB. Como dificultadores, foi ressaltado a resistência dos doentes em deixarem a unidade de referência estadual para serem acompanhados em seu município, além de destacado o preconceito, o estigma e a rotatividade dos profissionais. Pela AD, foram identificados alguns sentidos contraditórios, o não-dito e outros elementos, como: repetições, paráfrases e metáforas. Também foram observados silenciamentos, principalmente a respeito do TDO. Alguns gestores evidenciaram a importância do compromisso e da sensibilização de todos os envolvidos no controle da TB. **Conclusão:** Sugere-se a continuidade do estudo posteriormente para melhor oferecer subsídios na avaliação referente a transferência de política do TDO, principalmente nos municípios que passaram por transição na gestão. Além de ressaltar algumas propostas para o fortalecimento das ações no controle da TB, embasada na Rede de Atenção à Saúde e na Educação Permanente, o estudo convida o leitor a refletir sobre o “ser sujeito” e o olhar para o “Outro”, a partir do pensamento levinasiano.

Palavras-chave: Transferência de Política; Gestão em Saúde; Tuberculose.

ABSTRACT

ADÁRIO, Karinne Dantas de. **Speeches of managers regarding the Transfer of Policy on Directly Observed Treatment of Tuberculosis in counties of Greater João Pessoa.** 2018. 102f. Dissertation (Master in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2018.

Introduction: The Directly Observed Treatment (DOT) for Tuberculosis (TB) is a strategy carried out in Primary Health Care that contributes to the improvement of the epidemiological indicators of this disease. Policy transfer occurs when a given strategy shifts from one time or space to another in order to achieve better results, taking into account the commitment of all involved. **Objective:** to analyze the effects of senses produced in managers' discourses on the policy transfer from DOT to TB in counties of the great region of João Pessoa-PB. **Materials and Methods:** A descriptive, qualitative and discursive approach was carried out between 2017 August and November, through an interview technique, in a semi-directed script for managers of three counties of Greater João Pessoa: Bayeux, Cabedelo and Santa Rita, being three Health Secretaries and three managers responsible for the Tuberculosis Control Program in the respective counties. The empirical material was analyzed through the theoretical-methodological device of Discourse Analysis (DA) of French pecheutian affiliation. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Paraíba (protocol nº 0193/2017 / CEP / CCS / UFPB). **Results:** Most of the managers' speeches announced beginner proposals for TB control actions, leaving to emphasize the DOT in a second moment, considering that two counties underwent management transition. Some managers outlined the resources and partnerships that exist as facilitators of the process to implement TB actions. As obstacles, the patients' resistance to leaving the state referral unit to be monitored in their county was highlighted, as well as highlighting the professionals' prejudice, stigma and turnover. Through DA, some contradictory meanings were identified, the unspoken and other elements, such as repetitions, paraphrases and metaphors. Silences were also observed, especially regarding DOT. Some managers highlighted the importance of commitment and awareness among all those involved in TB control. **Conclusion:** It is suggested that the study be continued at a later date in order to better offer subsidies in the evaluation regarding the transfer of DOT policy, especially in the counties that have undergone a transition in management. In addition to highlighting some proposals for strengthening TB control actions, based on the Network for Health Care and Permanent Education, the study invites the reader to reflect on "being subject" and looking at the "Other", based on Levinasian thought.

Keywords: Policy transfer; Health Management; Tuberculosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos sujeitos enunciadorez segundo o sexo, formação, tempo no cargo, e pós-graduação, 2017	36
Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios (IDHM) de Bayeux, Cabedelo e Santa Rita-PB, 2010	36

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Análise de Discurso
Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS – Atenção Primária à Saúde
BAAR – Bacilo Álcool-Ácido Resistente
BCG – Bacillus Calmette-Guérin
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEO – Centro de Especialidades Odontológica
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CHCF – Complexo Hospitalar Clementino Fraga
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DOTS – Directly Observed Treatment-short course
EC – Educação Continuada
EP – Educação Permanente
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FD – Formação Discursiva
FI – Formação Ideológica
GEOTB – Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
GS – Gestor em Saúde
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios
IE – Instituições de Ensino
ILTB – Infecção Latente da Tuberculose
Lacen – Laboratório Central

MEC – Ministério de Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Normas Operacionais Básicas
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan - Americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB – Paraíba
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAE – Serviço de Assistência Especializada
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SF – Saúde da Família
Sinan – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SR – Sintomático Respiratório
SUS – Sistema Único de Saúde
Taes – Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TB – Tuberculose
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO – Tratamento Diretamente Observado
TP – Transferência de Política
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UR – Unidade de Referência
USF – Unidade de Saúde da Família
Viepi – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivo.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 Transferência de Política.....	20
2.2 Análise de Discurso: dispositivo teórico metodológico.....	25
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
3.1 Tipo de estudo.....	30
3.2 Cenários do estudo.....	31
3.3 Sujeitos participantes do estudo.....	33
3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	34
3.5 Condições de produção dos discursos.....	35
3.6 Análise do material empírico.....	37
3.6.1 Procedimento da Análise.....	37
3.7 Aspectos éticos	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
Bloco Discursivo I: Perspectivas propostas para as ações de controle da Tuberculose.....	41
Bloco Discursivo II: Aspectos favoráveis para a Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose.....	53
Bloco Discursivo III: Barreiras na operacionalização do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES.....	97
Apêndice A - Instrumento de coleta de dados: Secretários de Saúde.....	98
Apêndice B - Instrumento de coleta de dados: Coordenadores de Saúde.....	99
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	100
ANEXO.....	101
Anexo - Certidão do Comitê de Ética.....	102

1 Introdução

Diante do cenário crítico em que o mundo se encontra, seja na economia, na política, ou em termos sociais, a tuberculose (TB) apresenta-se como espelho dessa realidade no contexto da saúde pública, por ser uma doença de ocorrência predominante na população socioeconomicamente menos favorecida, além de ser considerada a nona principal causa de morte em todo o mundo e a principal causa de óbito por um único agente infeccioso - ranking acima da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (WHO, 2017).

A maioria dos óbitos por TB pode ser prevenida com diagnóstico precoce e tratamento adequado. No período de 2000 a 2016, milhares de pessoas no mundo foram diagnosticadas e tratadas com sucesso pela TB, evitando 53 milhões de mortes. Mesmos assim, ainda existem grandes lacunas na detecção e tratamento (WHO, 2017).

Estima-se que a cada ano 100 milhões de pessoas são infectadas pelo bacilo de Koch em todo mundo, dessas, oito a dez milhões desenvolverão a doença durante a vida. A metade dos infectados apresentarão a forma contagante e três milhões irão a óbito por ano (BARRÊTO, et al. 2013; BRASIL, 2015).

Há mais de duas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de emergência para a TB e os números de pessoas acometidas com a doença continuam preocupantes em todo o mundo. Em 2016, cerca de 10,4 milhões de pessoas ficaram doentes com TB (WHO, 2017).

Com uma visão de um mundo livre da TB até 2035, a OMS e as Nações Unidas compartilham de uma nova estratégia: acabar com a epidemia global de tuberculose. Isto implica a redução de 90% nas mortes por TB e uma redução de 80% na incidência de TB (novos casos por ano) até 2030, em comparação com 2015 (WHO, 2017). Metas desafiadoras que exigem o compromisso político e social de todos para mudar essa realidade na saúde pública mundial.

Para o período de 2016 a 2020, a OMS definiu uma nova classificação de países prioritários a partir das características epidemiológicas, ocupando o Brasil a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV (BRASIL, 2017).

Em 2017, foram notificados 69.569 casos novos de TB no país. Nesse mesmo ano, o coeficiente de incidência foi igual a 33,5 casos/100 mil hab., a partir do qual se pôde observar uma queda média anual de 1,6% no período de 2008 a 2017 (BRASIL, 2018). Em relação ao coeficiente de mortalidade, em 2016 o Brasil apresentou uma queda média anual de 2,0% de 2007 a 2016 (BRASIL, 2018).

No que concerne às unidades federativas no país, os registros do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) mostraram que em 2017 os maiores coeficientes de incidência foram nos estados do Amazonas (74,1/100 mil hab.), Rio de Janeiro e Pernambuco. Já a Paraíba (PB) apresentou entre os de menor risco, com coeficiente de incidência em 25,6/100 mil habitantes (BRASIL, 2018).

Observa-se que o Brasil vem apresentando ao longo dos anos uma discreta redução no coeficiente de incidência da doença, passando de 41,5/100 mil hab. em 2005 para 33,5 casos/100 mil hab. em 2017. Apesar dessa redução comedida, a doença ainda é endêmica no país, concentrando-se em grandes centros urbanos, nos aglomerados populacionais e, sobretudo, em populações mais vulneráveis, como a população privada de liberdade (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018).

Diversos estudos realizados sobre a temática da TB apresentam significados relevantes em relação aos diagnósticos situacionais, epidemiológicos e gerenciais, por realizarem apontamentos tanto positivos, quanto negativos acerca da implementação de ações para o controle dessa doença e dentro dessas ações a estratégia *Directly Observed Treatment-short course* (DOTS) aparece de forma evidenciada (PALHA, 2014).

Considerada a estratégia mais efetiva adotada como resposta global para o controle da TB em grandes proporções, o DOTS, lançado em 1993 pela OMS, é composto por cinco pilares: detecção de casos por baciloscopia entre Sintomáticos Respiratórios (SR) que demandam os serviços gerais de saúde; fornecimento regular de medicamentos; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso político priorizando o controle da TB entre as políticas de saúde e o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e monitorado em sua evolução (SÁ et al, 2011; IBANÊS, 2013).

O TDO consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, visando ao fortalecimento da adesão do doente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos (BRASIL, 2011).

Em 2016, 36,2% dos casos novos de tuberculose pulmonar realizaram TDO no Brasil. Nesse mesmo ano, o percentual de cura de casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial foi de 73,0%, maior do que o valor registrado em 2015 (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

Pesquisas realizadas sobre a implantação e a sustentabilidade do DOTS, especialmente do TDO, identificaram que a implantação desta estratégia causou impacto positivo em relação aos índices de cura e abandono. Todavia, alguns fatores operacionais e o contexto geopolítico funcionaram como barreiras ao oferecimento desta modalidade de

tratamento. Assim sendo, observa-se que as especificidades locais e regionais merecem uma atenção singular por ocasião da pactuação das ações de saúde feitas entre os gestores municipais e estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o TDO, em razão de sua relevância para o enfrentamento da tuberculose, é visto como protagonista da política de descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para a Atenção Básica (AB) (GAZETTA, 2007; PALHA et al, 2009; OLIVEIRA et al, 2015).

Observa-se que a partir da implantação das equipes de AB e a instituição das Normas Operacionais Básicas (NOB) e, posteriormente, das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), o processo de descentralização das ações de controle da TB ocorreu de forma gradual dos Centros de Referências para os serviços de AB em saúde, respeitando a capacidade político-administrativa de cada município brasileiro. Essa reorganização da rede de serviços de saúde a nível municipal representa um processo fundamental na reforma setorial e fortemente dependente da capacidade da gestão (BRASIL, 2002; RUFFINO; VILLA, 2006).

É oportuno destacar que para reorganizar essa rede se faz necessário implantar serviços de saúde que ofertem uma atenção contínua e integral a determinada população, como o modelo de assistência proposto pela Rede de Atenção em Saúde (RAS), coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), o que se considera ainda bastante desafiador, pois o fortalecimento do modelo atualmente proposto, implica romper com os paradigmas convencionais na história do SUS (MENDES, 2011; MENDES, 2015).

Esse desafio vem de encontro aos estudos que comumente discutem a relação entre o processo de transferência das ações de controle da TB e o comprometimento político dos gestores ao assumirem suas responsabilidades, seja no âmbito municipal, seja no estadual.

Na Paraíba, o DOTS foi implantado a partir de 1999 (SÁ *et al*, 2006), já a Transferência da Política (TP) do TDO transcorreu no ano de 2007 para os serviços da atenção básica. Em pesquisa que analisou as entrevistas de gestores que atuavam na implantação e desenvolvimento do DOTS em seis municípios considerados prioritários na Paraíba para o controle da TB, constatou-se que a implantação e a efetividade do DOTS no Estado dependiam da forma como se encontrava organizado o serviço de saúde, bem como do compromisso político do gestor no apoio à estratégia (SÁ *et al*, 2011).

Em João Pessoa-PB, a partir de outra pesquisa que analisou as entrevistas de profissionais da saúde em cargos de gestão com atividades voltadas ao PCT na AB e na Vigilância Epidemiológica (Viep), sob o aspecto da transferência da política do TDO da tuberculose, foi possível perceber que embora alguns discursos tenham apontado

contradições, desconhecimento tanto a respeito desse Programa, quanto da própria doença, bem como resistência, desmotivação e falta de compromisso para operacionalizar o TDO. Já outros participantes demonstraram em seus discursos conhecimento, vontade política e necessidade de investimento na qualificação profissional e na reorientação das práticas para o controle da TB (OLIVEIRA et al, 2015).

Nota-se, portanto, que o processo de descentralização das ações de controle da TB ocorre de forma heterogênea, dependendo do contexto e do cenário em questão e requer do gestor o comprometimento político para investir, prover e articular ações entre os diversos níveis técnico-administrativo-gerenciais do sistema de saúde, a partir das prioridades identificadas em cada realidade (BARRÊTO, 2014; OLIVEIRA et al, 2015).

Frente a essa realidade, como integrante do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba – GRUPO TB-PB há mais de 4 anos, tive a oportunidade de me vincular ao Projeto Universal: “Avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”, a princípio em estudo anterior realizado na Grande João Pessoa, o qual me propiciou maior aproximação junto à temática de transferência de política do TDO. Somada a isso, exercendo minhas atividades na área de gestão em saúde há onze anos, surgiu a motivação para desenvolver esse estudo em outros municípios, a fim de melhor compreender o que efetivamente os gestores entendem sobre a transferência de política do TDO da tuberculose, e como tem sido conduzido esse processo em razão da sua importância para o controle da doença.

Dessa forma, este estudo foi desenvolvido nos municípios de Bayeux, Cabedelo e Santa Rita, municípios da grande João Pessoa, considerados prioritários na Paraíba para o controle da TB pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Para tanto, foi adotado o dispositivo teórico-analítico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa pecheutiana, considerando a importância do discurso no entendimento desse processo junto aos Secretários de Saúde e Coordenadores do PCT dos respectivos municípios.

A escolha desse dispositivo analítico se deu por possibilitar identificar a posição discursiva que o sujeito ocupa e como esta se encontra fundamentada pela união da História, da psicologia e da ideologia, de modo a evidenciar a filiação dos sujeitos a determinadas unidades discursivas e à consequente produção de sentidos (ORLANDI, 2012).

Para a AD, o uso das palavras e das frases é determinado pelas possibilidades do dizer, que por sua vez são determinadas pelas condições sócio-históricas de produção (SOUZA, 2014).

Diante disso, este estudo direcionou-se a partir da seguinte questão norteadora: quais efeitos de sentidos são produzidos nos discursos de gestores em relação à transferência de política do tratamento diretamente observado da tuberculose em municípios da grande região de João Pessoa/PB? Considera-se relevante este estudo em decorrência de posteriormente oferecer subsídios para aprofundar conhecimentos sobre o processo de transferência de política do TDO em diferentes contextos; contribuir para o planejamento, organização, monitoramento e avaliação do TDO, bem como formulação de políticas públicas em saúde no controle da doença, a partir da realidade apresentada de cada município. Também subsidiará o desenvolvimento de pesquisas nas áreas afins, principalmente no que diz respeito às pesquisas sobre a TP, tema ainda pouco explorado no âmbito acadêmico.

1.2 Objetivo

Analisar os efeitos de sentidos produzidos nos discursos de gestores sobre a Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose em municípios da grande região de João Pessoa/PB.

2 Referencial Teórico

2.1 Transferência de Política

Os estudos sobre TP foram iniciados na década de 1940, por cientistas políticos e desde essa época vêm sendo discutidos em diversos contextos ao longo da História. Em 1960 as pesquisas sobre TP nos Estados Unidos da América tiveram como foco principal a difusão de políticas entre estados americanos. Na década de 1990, com as ações relacionadas à globalização e à evolução tecnológica, os cientistas políticos demonstraram maior interesse nos estudos de TP entre os países vinculados à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (BISSEL, 2011; DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Na literatura, “transferência de política” trata-se de políticas (ou um programa, plano, estratégia, ferramenta, organização institucional ou administrativa, modo de trabalhar, procedimento, norma ou princípio) que se deslocam de um tempo e espaço para um outro tempo e um outro espaço. Todas elas estão relacionadas à política, já que são parte de como um governo, instituição ou outra organização escolhe melhorar sua ação para alcançar seus objetivos (BISSEL, 2011).

Na TP cinco objetos podem ser observados: políticas, instituições, ideologias e/ou justificativas, atitudes e experiências negativas (DOLOWITZ; MARSH, 1998), sendo também classificados como elementos pesados e leves. Os elementos pesados são aqueles que incluem legislações, regulações, instituições, instrumentos de políticas públicas, abordagens políticas e programas, enquanto os elementos leves abrangem as ideias, princípios, aprendizados e interpretações obtidas por meio das políticas (STONE, 2004).

Essa transferência pode ocorrer entre diferentes territórios, classificando-se como: (1) transferência integral ou cópia, é quando transfere-se uma política de forma direta e completa; (2) emulação, quando não ocorre a transferência integral, apenas as ideias e os princípios gerais da política, e (3) inspiração, quando ocorrem combinações de diferentes ideias ou mixtures que inspiram o desenvolvimento de outras políticas diferentes e sem a necessidade de ter qualquer semelhança entre a política resultante e a política original (DOLOWITZ; MARSH, 1998; 1996).

No que diz respeito aos participantes envolvidos, a TP compreende um processo que conta com o envolvimento de diversos atores para o desenvolvimento e a avaliação da transferência de uma dada política pública em contextos diversos, levando-se em consideração, sobretudo, a informação, o conhecimento e as ações inovadoras voltadas a modificações dos sistemas e serviços, nos quais estas políticas são experienciadas efetivamente (DOLOWITZ, 2003 e BISSEL, 2011).

A política a ser transferida deve ser analisada rigorosamente pelos tomadores de decisão, sendo necessário distinguir e compreender os diferentes tipos de transferência a partir da sua natureza, podendo ser: voluntária, aquela política incorporada naturalmente ou a forçada/coerciva; aquela que os agentes externos impõem ou sugerem fortemente a transferência de uma determinada política, onde o componente de flexibilidade dos atores de um subsistema da política em seguida é nula (DOLOWITZ; MARSH, 1998; 1996 e TURGEON, 2008).

Alguns estudos internacionais têm se dedicado à análise de diferentes formas de TP, nos mais variados níveis, pautadas na convergência e na difusão, apresentando caráter multidisciplinar voltado principalmente para o desenvolvimento de políticas e a tomada de decisão nas organizações (FREEMAN, 2000).

Sumariamente, a convergência refere-se a um padrão de similaridade em termos econômicos, organização social e política entre países, que em essência são impulsionados pelo processo de industrialização e suas consequências, ou seja, considera-se a similaridade básica nas metas ou nos objetivos da política na área proposta. Em diferentes versões, a convergência nas políticas públicas pode ou não ser tomada como expressão de mudanças subjacentes ao econômico, social e político (FREEMAN, 2000).

Já a difusão refere-se a um padrão de aprovação sucessiva ou sequencial de uma prática, política ou programa que trata das questões sobre semelhanças emergentes na área da saúde entre os países como sendo um resultado de movimento ou a própria difusão de pessoas, bens e tecnologias adotadas entre eles (FREEMAN, 2000).

Turgeon (2008), considera a TP como um modelo de mudança política e a classifica em cinco níveis: transnacional, internacional, nacional, regional e local. Operacionalmente, a transferência envolve diferentes sujeitos e/ ou grupos em suas diferentes etapas que são chamados de agentes *oficiais* da transferência e participam do desenvolvimento, da implementação e da avaliação da transferência de uma dada política.

Para DE JONG *et al*, 2002; EVANS, 2004 e DOLOWITZ; MARSH, 2000, a globalização é considerada um fator “acelerador” da frequência de transferências de políticas públicas, devido ao aumento das relações internacionais e transnacionais que hoje ocorrem. Novas tecnologias da informação e comunicação facilitam a troca de conhecimento e experiência em diferentes lugares do mundo, estimulando, através do conhecimento e experiência, o desenvolvimento de instituições e práticas aparentemente mais adequadas.

Segundo Camacho (2011), em estudo que analisou criticamente as teorias existentes sobre a TP públicas entre países e suas deficiências, a autora traz a hipótese da existência de uma grande diversidade de teorias que nem sempre dão conta da complexidade da gestão pública, considerando a complexidade das variáveis envolvidas na transferência dessas políticas e o seu caráter multifacetado. Dessa forma, ao interpretar uma transferência, através de determinado arcabouço teórico, a análise se torna fragilizada pelas próprias incoerências da teoria utilizada.

Tal estudo foi considerado relevante pela autora por nascer a partir da realidade brasileira, em que os gestores públicos, ao detectarem um problema ainda não abordado ou mecanismos institucionais deficientes em uso, emulam políticas públicas dos países desenvolvidos que nem sempre estão de acordo com a realidade local, permitindo um questionamento reflexivo sobre as relações de poder e a influência histórica, econômica e social, envolvidas no processo das transferências de políticas públicas.

No que diz respeito às pesquisas desenvolvidas especificamente sobre TP para o setor saúde, tem-se observado a aplicação de alguns estudos internacionais com abordagens voltadas especificamente para esse campo, no entanto, percebe-se que ainda é um tema pouco explorado, principalmente em âmbito nacional.

Em relação à TP na área da saúde, Freeman (2000) traz uma discussão sobre o problema da aprendizagem no contexto das políticas de saúde e faz explanações de como se dá a negociação entre as instâncias e por que o contexto é importante para o aprendizado, confrontando questões sobre a convergência e a difusão nos processos de internacionalização de produtos e serviços.

Outra pesquisa desenvolvida sobre a TP, mais especificamente sobre estratégia DOTS no controle da TB do México, apresenta uma relevante reflexão quanto à temática abordada, por exemplificar um tipo de estratégia que já está sendo desenvolvida em algum lugar, porém é retomada e aplicada em outro contexto político. Trata-se da reformulação do DOTS para Taes (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), como uma estratégia Mexicana inovadora, focando no componente terapêutico para distingui-la das práticas e diretrizes já existentes. Esta medida foi um processo bastante desafiador, considerando que, desde a implantação do DOTS no país, muitos médicos e acadêmicos especialistas foram resistentes à mudança, levando um tempo para que a estratégia fosse aceita pelas diversas instituições e pelos profissionais de atenção à saúde do país (BISSEL, 2011).

No contexto brasileiro, quando a estratégia DOTS foi proposta em 1998 no PNCT, foram estabelecidas novas diretrizes de trabalho, com vistas à descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB, para o âmbito da atenção primária. No período de 1999 a 2005, foram comprovados avanços significativos nos indicadores epidemiológicos relacionadas à TB no país (SÁ et al. 2011).

Reforçando esse processo de descentralização das ações, é importante ressaltar que em 2006 entra em vigor o Pacto pela Saúde, conceituado como um conjunto de reformas institucionais do SUS, fundamentadas em seus preceitos constitucionais e pactuado entre as três esferas de gestão, objetivando promover inovações nos processos e instrumentos de gestão para alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Este Pacto, define as prioridades de atuação dos diversos atores do SUS, constituído por três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão do SUS. A TB está inserida entre as seis prioridades do Pacto pela Vida, mediante o qual os gestores, sob as diretrizes da regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, deveriam envidar esforços para atingir 85% de cura de casos novos de TB, em todos os municípios prioritários (BRASIL, 2008; PINHEIRO, 2016).

Na Paraíba, a princípio, o DOTS foi inserido no Programa de Saúde da Família (PSF) de dez municípios selecionados como prioritários por apresentarem, na época, população superior a 50 mil habitantes, maior carga bacilar e retaguarda laboratorial de referência (LIMA, 2005), expandindo para vinte municípios paraibanos mediante pactuação entre as instâncias estadual e municipal para a descentralização das ações do controle da TB (PARAIBA, 2002).

No estudo referente ao período de 1999 a 2003, referente à implantação da estratégia DOTS em seis municípios da Paraíba considerados prioritários para o controle da TB, foi possível observar que logo após essa implantação, quatro desses municípios alcançaram percentuais de cura elevados, em média superior a 90%, sendo dois da região metropolitana e dois do Sertão. Dos municípios analisados, em dois deles, os quais fazem parte dessa pesquisa, Bayeux e Santa Rita, foi observada alteração na situação epidemiológica da TB após a implantação da estratégia DOTS, registrando os percentuais de cura acima de 85% ano no período de 2000 a 2003. Entretanto, a pesquisa também apontou fragilidades na manutenção de recursos financeiros e materiais, bem como na qualificação técnica para trabalhadores de saúde, organização dos serviços e do compromisso dos gestores na implementação e manutenção efetiva dessa estratégia (SÁ et al, 2011).

Pensar em minimizar essas e outras fragilidades que possam existir no processo de transferência de uma dada política perpassa por dimensões que vão de encontro também com o modelo de assistência da RAS, na perspectiva da APS, a partir dos seus atributos Essenciais, que são: (1) Primeiro Contato, (2) Longitudinalidade, (3) Integralidade e (4) Coordenação; e os atributos Derivados, que são: (1) Focalização na família, (2) Orientação comunitária e (3) Competência cultural. Tais atributos estão diretamente relacionados às funções de Resolubilidade, Comunicação e Responsabilização, que a APS necessita desempenhar com qualidade para ser de fato o centro coordenador de uma RAS (STARFIELD, 2002; PINHEIRO, 2016).

Considerando que o TDO está inserido na APS, o processo de transferência de política dessa estratégia está embasada em quatro dimensões: informação, conhecimento, inovação e aprendizagem. A *informação* representa o momento em que o serviço e os profissionais que executarão essa política se apropriarão de informações pertinentes ao que está sendo transferido; o *conhecimento* está relacionado ao momento em que os profissionais passam a assimilar a informação recebida compreendendo a política que foi recebida/transferida para o seu local de trabalho; a *aprendizagem* consiste na aquisição de como o conhecimento é adquirido, validado, compartilhado pelos gestores e profissionais da rede de serviços que executaram a política e, por fim, a *inovação*, refere-se ao momento em que estes profissionais iriam incorporar a política a partir de ações inovadoras para a sua operacionalização, manutenção e expansão em seu local de trabalho (BISSEL, 2011; OLIVEIRA, 2015).

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS), o TDO apresenta os seguintes objetivos: melhorar a atenção ao doente por meio do acolhimento humanizado; possibilitar a adesão, garantindo a cura; reduzir a taxa de abandono; interromper a cadeia de transmissão da doença; diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes; reduzir a mortalidade; reduzir o sofrimento humano, transmissível e de alto custo social; realizar uma educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada voltada para orientar e responsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde (BRASIL, 2011).

Colocar em prática essa estratégia de forma efetiva requer grande articulação e negociação entre os gestores responsáveis pelo PCT das esferas subnacionais, com a finalidade de que a transferência dessa política seja compreendida em relação aos seus objetivos para, dessa forma, propiciar um melhor controle da doença (OLIVEIRA, 2015).

Diante de algumas teorias e pesquisas referenciadas nesse capítulo, percebe-se que para transferir uma dada política, incluindo as políticas de saúde, faz-se necessário analisar

rigorosamente todas as etapas envolvidas, como: a viabilidade dessa mudança; a forma como o local está organizado; a vantagem relativa ao que está em vigência, ou seja, o impacto causado; os interesses, as parcerias, as entidades envolvidas nas negociações do processo; os recursos necessários utilizados; os prazos determinados; os facilitadores e os inibidores no processo; o modo como será realizado o planejamento, a aplicabilidade adaptada ao contexto local, a manutenção da estratégia e a avaliação dos resultados; os atores envolvidos, sejam eles os tomadores de decisões, os que irão colocar em prática e os que irão ser beneficiados com a mudança e principalmente, o compromisso político da gestão envolvida.

2.2 Análise de Discurso: dispositivo teórico metodológico

A AD abordada nesse estudo foi fundamenta pelos conceitos teóricos de matriz francesa, fundada por Michel Pêcheux na década de 1960 e difundida no Brasil ainda na década de 1970 pela doutora em linguística Eni Orlandi.

A AD é uma disciplina de entremeio que se estrutura entre a Linguística e as ciências das formações sociais discutindo e refletindo sobre suas contradições. Ela nos permite buscar processos de produção de sentidos e suas determinações histórico-sociais, de forma que a linguagem passa a ser entendida enquanto produção social, considerando-se a exterioridade como constitutiva (SOUZA, 2014).

Dessa forma, a AD encontra-se embasada em três áreas distintas do conhecimento: na *Linguística*, no *Materialismo histórico* e na *Psicanálise*. A Linguística constitui pela afirmação da não transparência da linguagem, através da língua. Já o Materialismo Histórico, apesar de pressupor a existência de um real da história, produzida pelo homem, também não lhe é transparente. A Psicanálise, por sua vez, absorve a compreensão lacaniana de que o inconsciente é estruturado como linguagem e desloca a noção de homem para a de sujeito, ao se levar em conta que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia (OLIVEIRA et al, 2016; ORLANDI, 2012).

Partindo da ideia de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua, a AD trabalha a relação língua-discurso-ideologia, uma relação que se complementa com o fato de que “não há discurso sem sujeito e

não há sujeito sem ideologia”, enfatizado no pensamento Althusseriano: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido (ORLANDI, 2012).

Althusser (1974), em uma de suas opiniões e ideias a respeito da ideologia, afirma que é uma representação da relação imaginária dos indivíduos com as suas condições de existência. Em outras palavras, rotineiramente todo indivíduo é interpelado ou “recrutado” a reconhecer-se como sujeito da ideologia, perante sua existência. Esse indivíduo concreto é transformado no sujeito concreto a partir da interpelação da ideologia, entretanto sempre foi um sujeito concreto.

Segundo Pêcheux (1997), todo processo discursivo se inscreve numa relação ideológica de classes. É importante reconhecer que o modo pelo qual os homens produzem seus meios de vida, dependem da própria constituição já existente e que eles têm de reproduzir. Esse entendimento não deve associar-se apenas à reprodução da existência física dos indivíduos, mas também a uma forma determinada de exteriorizar o modo de sua vida (BARRÊTO, 2014).

Dessa forma, a AD não procura o sentido verdadeiro, mas o real do sentido em sua materialidade linguística e histórica, procurando o que possibilitou o sentido do dizer ser o que é, como e de onde se fala. Assim, a discursividade do sujeito é revelada pelo gesto de interpretação (ORLANDI, 2012). Souza (2014) reitera essa ideia quando relaciona a posição-sujeito com o lugar de onde se fala, um lugar simbólico, construído a partir das relações sociais e que produzem efeitos.

Portanto, ao analista cabe observar os efeitos do jogo da língua na História e os efeitos dessa História na língua, permitindo compreender como um material simbólico produz sentidos e como o sujeito se constitui, não cabendo ao mesmo se o discurso está certo ou errado, visto que cada discurso vai depender do contexto ou condições de produção em que foi dito, da posição do sujeito que falou, bem como da relação de poder que está por trás desse discurso (PINHEIRO, 2016).

As condições de produção dos discursos compreendem fundamentalmente os sujeitos (enunciadores) e a situação. A situação, por sua vez, pode ser considerada em seu sentido lato, aquela situação compreendida pelo contexto sócio-histórico e ideológico mais amplo e em seu sentido estrito, que compreende as circunstâncias da enunciação, o contexto mais imediato (ORLANDI, 2012).

Considerando que a memória faz parte da condição de produção, destaca-se aqui o conceito de memória discursiva, observando-se o atravessamento da língua pela historicidade da própria língua, bem como pela história dos sujeitos discursivos. A memória discursiva se

refere ao “saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra” (ORLANDI, 2012 p. 31).

Nessa perspectiva, outros dois conceitos são essenciais na AD, são eles: o interdiscurso e o intradiscurso. O primeiro compreende o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos, é que já foi dito (ORLANDI, 2012). Já o segundo, se pensarmos que o discurso é uma teia a ser tecida, podemos dizer que o intradiscurso é o “fio do discurso” de um sujeito (SOUZA, 2017).

Existem duas formas de esquecimento no discurso: o esquecimento número um e o número dois. O esquecimento número um ou também chamado de esquecimento ideológico, refere-se ao inconsciente e à maneira de como somos afetados pela ideologia, temos a ilusão de que tudo que dizemos, foi dito pela primeira vez, quando na verdade, retomamos sentidos preexistentes (PÊCHEUX, 1975).

Essas ilusões não são vistas como defeitos, são necessárias para que a linguagem funcione nos sujeitos e na produção de sentidos, ou seja, os sujeitos esquecem o que já foi dito, para que, ao se identificarem com o que dizem, constituam-se em sujeitos. E é dessa maneira que sentidos e sujeitos estão sempre em movimento, significando sempre de muitas e variadas maneiras (ORLANDI, 2012).

O esquecimento número dois é chamado esquecimento enunciativo. Ao falarmos, o fazemos de uma maneira e não de outra e, no decorrer de nosso dizer, constroem-se famílias parafrásticas que indicam sempre podia sempre ser outro. Esse esquecimento produz em nós a impressão de que o que dizemos só pode ser dito com aquelas palavras e não com outras, que só pode ser assim. No entanto, este esquecimento é semiconsciente, é parcial, e muitas das vezes voltamos a esta família parafrástica para especificarmos melhor o que dizemos (PÊCHEUX, 1975; ORLANDI, 2012).

Pela AD, também é definida a noção da Formação Discursiva (FD). Uma FD é marcada por regularidades que funcionam “como mecanismos de controle que determinam o que lhe pertence e o que não lhe pertence [...] será sempre invadida por elementos que vêm de outro lugar, de outras formações discursivas”, ou seja, são atravessadas por outros discursos anteriores e exteriores (SOUZA, 2006 p.89-90).

As FDs são manifestações, no discurso, de uma determinada Formação Ideológica (FI) em uma situação de enunciação específica (Brandão, 2004). Uma FD é definida a partir do seu interdiscurso e, entre FDs distintas, podem ser estabelecidas tanto relações de conflito,

quanto de aliança. Essa noção de FD deriva do conceito de Foucault (1987), quando diz que sempre que puder definir entre um certo número de enunciados uma regularidade, se estará diante de uma FD (SOUZA, 2017).

Já a FI é o sentido em estado bruto, sendo a língua responsável por carrear os sentidos que estão ligados à determinada ideologia, ou seja, a ideologia se organiza na língua em FDs e estas são manifestações da FI em um discurso (SOUZA, 2014).

Ainda outros conceitos da linguagem, quando pensados discursivamente, são comumente presentes na AD, como as paráfrases, polissemias e metáforas. A paráfrase é responsável pela produtividade na língua, em que o sujeito, ao proferir um discurso, recupera um dizer que já está estabelecido e o reformula, representando assim o retorno aos mesmos espaços do dizer. A paráfrase está do lado da estabilização, já a polissemia é o deslocamento, a ruptura de processos de significação, e a possibilidade de se criar o novo, revelando a multiplicidade de sentidos (ORLANDI, 2012; SOUZA, 2017).

Em relação à metáfora, esta é constitutiva de produção de sentido e da constituição do sujeito. O efeito metafórico se dá pelo deslize (a deriva) de sentidos, em que dizemos as mesmas palavras, mas elas podem significar coisas diferentes, a partir da interpretação, ideologia e historicidade (ORLANDI, 2012).

3 Percurso Metodológico

Este estudo foi vinculado ao Projeto Universal *"Avaliação da Transferência do Tratamento Diretamente Observado de tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte do Brasil"*, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o processo nº 458083/2014, coordenado pelo Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha.

Dessa forma, congregou ações colaborativas entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e outras universidades públicas de diferentes regiões do Brasil, cuja coordenação foi liderada e desenvolvida pelo Grupo Interinstitucional de Pesquisa da Área Epidemiológico-Operacional em Tuberculose – GEOTB, <http://www.eerp.usp.br/geotb> (certificado CNPq/2002), que atua de forma articulada à REDE-TB, <http://www.redetb.org/>.

Importante destacar que em momento anterior, a partir do Projeto Universal *"Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte"* (2011-2013), foi realizado estudo de aspectos semelhantes, com João Pessoa como município prioritário contemplado, capital da Paraíba, o qual também investigou a discursividade dos gestores ligados ao PCT referente à TP do TDO em tuberculose.

Conforme as dimensões atingidas pelos estudos nessa temática, assim como pelos resultados relevantes, verificou-se a necessidade e a importância de prosseguir-los, expandindo-os para outros municípios, sendo contemplados no estudo da região Nordeste os municípios da grande João Pessoa: Bayeux, Cabedelo e Santa Rita – Paraíba, considerados também prioritários para o controle da TB.

3.1 Tipo do estudo

Estudo de natureza qualitativa desenvolvido em municípios da grande João Pessoa. Para Minayo (2006) esse tipo de estudo é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Dessa forma, o método qualitativo se aplica ao estudo da História, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, “produtos de interpretações que

as pessoas fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, sentem e pensam” (MINAYO, 2007).

O estudo fundamentou-se no referencial teórico-metodológico da AD, de matriz francesa, filiada teoricamente a três domínios disciplinares – a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise, no qual a AD busca evidenciar a relação entre a língua e ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por sujeitos e para os sujeitos (SOUZA, 2014).

O enfoque qualitativo permite oferecer contribuições no processo de mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos. Portanto, a natureza qualitativa do estudo torna-se pertinente porque privilegia os sentidos e significados que são tradutores das visões de mundo introjetadas pelos sujeitos sociais sobre determinados aspectos da realidade (OLIVEIRA, 2002).

3.2 Cenários do estudo

O estudo foi desenvolvido nos municípios da grande João Pessoa: Bayeux, Cabedelo e Santa Rita, localizados no estado da Paraíba.

Os critérios de escolha dos municípios foram: possuir área geograficamente delimitada com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Unidade Básica de Saúde (UBS); apresentar alta, média ou baixa taxa de incidência de TB e de TB/HIV; possuir DOTS implementado no sistema de saúde; possuir experiência na organização dos serviços da AB e no desenvolvimento de ações de controle da TB; apresentar envolvimento e parceria entre academia e serviços de saúde, gestores/equipes de PCT/Vieira e ESF/UBS (PALHA, 2014).

O município de **Bayeux** está inserido na Região Metropolitana da grande João Pessoa e localiza-se na porção extrema oriental do continente americano. Limita-se ao Norte e ao Leste com o município de João Pessoa (capital do estado da Paraíba); ao Sul com o município de Santa Rita e a Oeste com o Rio Sanhauá. Segundo dados obtidos em novembro de 2017 através da Divisão de Informação em Saúde de Saúde do município, a população residente em 2016 era de 96.583 habitantes. O município de Bayeux está habilitado na Gestão Plena de Sistema em Saúde desde 2003. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado o

município integra a primeira microrregional de saúde - João Pessoa, como sede de módulo assistencial, não tendo município satélite.

O município conta com 14 bairros distribuídos em 05 Distritos Sanitários. A rede de serviços públicos de saúde conta atualmente com 28 equipes de Saúde da Família (SF), perfazendo um total de 96% de cobertura populacional (ago/2017); 02 policlínicas; 01 maternidade, onde é realizada a vacina de Bacillus Calmette-Guérin (BCG); 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA); 01 Laboratório Central (Lacen) municipal, responsável pelas baciloscopias de diagnóstico e controle da TB, 03 postos de coletas de escarro; 01 Unidade Móvel Terrestre para atendimento médico-odontológico; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo II; 01 Centro de Testagem e Aconselhamento em (CTA) DST/Aids; 01 Serviço de Assistência Especializada (SAE) em DST/Aids; 03 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Tipo I; 03 unidades de Vigilâncias (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental). O município contempla o Programa Saúde na Escola (PSE).

A descentralização das ações de controle da TB teve início em 2003, com transferência de 02 casos da Policlínica municipal para as Unidades de Saúde da Família (USF). Segundo a coordenação de controle da TB local, os usuários que necessitam de hospitalização são referenciados para o Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), em João Pessoa, município vizinho, onde também são enviadas as amostras para realização de cultura de escarro e exame histopatológico, quando necessário. Segundo informações da coordenação de tuberculose do município, em 2016 foram registrados 17 casos novos de TB (PARAÍBA, 2015).

O município de **Cabedelo** é um município portuário e pertencente à região metropolitana de João Pessoa. Limita-se ao Norte com o oceano atlântico, ao Sul com o Rio Jaguaribe, a Leste com o oceano Atlântico e a Oeste com o Rio Paraíba, com população estimada em 2017 de 68.033 habitantes. É sede de módulo assistencial, conforme o PDR, cujo município satélite referenciado é Lucena. Atualmente a rede de serviços públicos de saúde conta atualmente com 20 equipes de SF, perfazendo um total de 100% de cobertura populacional; 02 policlínicas; 01 maternidade, incluindo um Laboratório de Análises Clínicas, onde também é realizada a vacina de BCG; 01 UPA; 01 unidade de Fisioterapia, um Centro Municipal de Referência em Saúde; 01 Lacen municipal, responsável pelas baciloscopias de escarro para diagnóstico e controle da TB e as culturas; 01 Unidade Móvel Terrestre para atendimento médico-odontológico; 01 CAPS Álcool e Drogas (AD); 01 CEO Tipo II; 01 SAE em DST/AIDS; 02 NASF Tipo I e 03 unidades de Vigilâncias (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental). O município contempla o PSE.

O Programa de TB no município de Cabedelo está inserido nas ações da Viep, sob responsabilidade de um coordenador de doenças transmissíveis. No ano de 2006 foram intensificadas as ações do PCT local mediante a implantação do TDO em 100% das unidades de saúde. Essas realizam busca ativa dos casos sintomáticos respiratórios e fazem o diagnóstico da TB pulmonar; os casos mais complexos são encaminhados à Policlínica municipal, onde os suspeitos são investigados pelo especialista e ainda encaminhados para o CHCF, quando necessário. Em 2016, Cabedelo apresentou 13 casos novos registrados.

O município de **Santa Rita** localiza-se na zona fisiogeográfica do litoral paraibano, incluindo-se Região Metropolitana da grande João Pessoa, juntamente com os municípios de Cabedelo e Bayeux, limitando-se ao norte com o município de Lucena, Rio Tinto, Mamanguape e o Oceano Atlântico, ao sul com Alhandra e o Conde, ao Leste com Bayeux, João Pessoa e o Oceano Atlântico, e a oeste com Pedras de Fogo, Cruz do Espírito Santo e Sapé. Em 2016, apresentou uma população estimada de 133.927 habitantes. O município de Santa Rita é habilitado em Gestão Plena do Sistema. Ele gerencia as ações de saúde à AB de média complexidade do nível 1, além de ser certificado para desenvolver ações de epidemiologia e controle de doenças. A rede de serviços públicos de saúde conta atualmente com 40 equipes de SF, representando um total de 90% de cobertura (nov/2017); 04 UBS; 04 NASF, tipo I; 01 hospital filantrópico; 01 Policlínica; 01 UPA; 01 CEO, Tipo II; 01 CAPS. O laboratório encontra-se desativado e atualmente existem três postos de coleta distribuídos em três USF onde são coletadas as amostras de escarro para baciloscopia e encaminhadas para o serviço terciário ou Lacen estadual, e as solicitações de teste rápido são encaminhados para o serviço terciário ou Unidade de Referência (UR) do município de João Pessoa.

O Programa de Controle da Tuberculose foi implantado no município em janeiro de 1999, e atualmente encontra-se descentralizado para a rede básica de saúde. Em 2016 foram registrados 34 casos novos de TB. Os casos mais complexos são investigados pelo especialista e ainda encaminhados para o CHCF, quando necessário.

3.3 Sujeitos participantes do estudo

Os sujeitos colaboradores desse estudo exercem suas atividades na área da gestão, ligados à coordenação, vigilância e/ou monitoramento dos programas e ações do PCT e os Secretários de saúde dos municípios de Bayeux, Cabedelo e Santa Rita. Os critérios para

inclusão no estudo são: exercer atividades de gestão há pelo menos seis meses no exercício de suas funções quando do período da coleta de dados; ter idade acima de 18 anos; estar no cumprimento ou exercício de suas funções quando da data da coleta de dados e ter interesse em participar da pesquisa. Foram excluídos da amostra gestores afastados de suas atividades por motivos de licença médica.

Sendo assim, participaram do estudo 06 gestores, denominados ainda nesse estudo de gestores de saúde ou enunciadores, que ocupavam cargos de gestão nas Secretarias de Saúde dos municípios adscritos, e desenvolviam suas atividades laborais nas seguintes funções: 01 Coordenador do PCT; 01 Coordenador de Doenças Transmissíveis; 01 responsável pela Divisão de Viej e 03 Secretários de Saúde dos municípios adscritos.

Os sujeitos entrevistados foram identificados com a sigla GS – Gestor em Saúde, acrescido dos algarismos arábicos que representam a ordem das entrevistas (GS1, GS2, GS3, GS4, GS5 e GS6), com a finalidade de preservar o anonimato.

Após comparecimento na sede das três Secretarias de Saúde dos municípios envolvidos - e apresentando-se no Gabinete dos (as) Secretários (as), bem como nas Coordenações de TB - foram explicados os propósitos da pesquisa e realizado o convite para que os sujeitos em questão participassem do mesmo. Após concordância, foi realizada a troca de contatos telefônicos para a confirmação dos agendamentos prévios das entrevistas em local e horário de melhor conveniência para cada entrevistado.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para operacionalizar a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista diretiva e guiada, sendo realizada individualmente com auxílio do dispositivo de áudio portátil nas dependências das Secretarias de Saúde dos municípios adscritos, em locais escolhidos pelos enunciadores, após o devido esclarecimento dos aspectos éticos com leitura, entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

O roteiro para entrevista dos Secretários Municipais (APÊNDICE A) e coordenadores do PCT (APÊNDICE B) era composto, respectivamente, por nove e sete questões semi-dirigidas e relacionadas às informações gerais sobre a transferência de política do TDO da TB.

As entrevistas foram realizadas no período de agosto a novembro de 2017. Apesar dos entrevistados possuírem cargos de gestores de saúde, com rotinas e demandas intensas em suas agendas, todos aceitaram participar do estudo. O tempo das entrevistas variou, apresentando uma média de 28 minutos.

3.5 Condições de produção dos discursos

Considerando que para a AD torna-se essencial relacionar o dizer com a sua exterioridade, oportuno se faz apresentar, em um sentido estrito (contexto imediato), em quais condições foram produzidos os discursos dos sujeitos participantes desse estudo.

Primeiramente, foram observados o ambiente físico e situacional no momento das entrevistas, na tentativa de obter melhores condições para os mesmos, tais como: disponibilidade de local reservado para se manter a privacidade dos enunciadores e sigilo das informações, ambiente sem ruídos e sem interrupções, e por fim, a disponibilidade de tempo para realização das entrevistas. Em relação às interrupções, devido à intensa demanda de cada participante, foi combinado previamente que havendo necessidade, sinalizassem para que fosse interrompida a gravação e logo após seu sinal seria dado continuidade à entrevista. Dos 6 entrevistados, 3 necessitaram desse momento, sem qualquer prejuízo para as entrevistas.

O agendamento prévio das entrevistas contribuiu para que a maioria delas fossem realizadas sem nenhuma alteração de datas, com exceção de alguns casos em que se necessitou de novos agendamentos junto aos gabinetes, considerando as demandas diferenciadas nas agendas dos Secretários com frequentes reuniões ordinárias e extraordinárias e demais eventos pertinentes à sua função.

A cada entrevista gravada, recorreu-se ao caderno de campo onde era realizado o registro das impressões sobre o contato com os enunciadores entrevistados, bem como o ambiente em que se deram as entrevistas.

Pelas condições de produção dos discursos, os enunciadores caracterizaram-se em sua maioria como profissionais da saúde em cargos de gestão na secretaria de saúde dos municípios respectivos. Apenas um dos Secretários de Saúde apresentou graduação em Administração e Economia, contudo, com mestrado na área da saúde.

A tabela 1 a seguir apresenta o perfil desses enunciadores segundo o sexo, formação, tempo no cargo e curso de pós-graduação.

Tabela 1 - Perfil dos sujeitos enunciadorees segundo o sexo, formação, tempo no cargo, e pós-graduação. Bayeux, Cabedelo e Santa Rita-PB, 2017

Gestor	Sexo	Formação	Tempo no cargo	Pós-Graduação
GS1	FEMININO	ENFERMEIRA	8 meses	Especialista em Doenças Transmissíveis / Pneumologia Sanitária
GS2	FEMININO	ENFERMEIRA	3 anos e 6 meses	Especialista em Vigilância em Saúde
GS3	MASCULINO	ADMINISTRADOR/ ECONOMISTA	3 anos e 6 meses	Mestre em Administração Hospitalar
GS4	FEMININO	ENFERMEIRA	1 ano e 1 mês	Especialista em Doenças Transmissíveis / Pneumologia Sanitária / Gestão em Saúde / Vigilância em Saúde
GS5	FEMININO	PSICÓLOGA	1 ano e 1 mês	Mestra em Saúde Coletiva
GS6	FEMININO	ENFERMEIRA	7 meses	Especialista em Gestão em Serviços de Saúde (MBA) / Gestão de Qualidade / Gestão Hospitalar

Fonte: Adário, (2017), dados da Pesquisa.

Vimos, em momento anterior, o perfil de serviços de saúde que cada município adscrito nesse estudo oferece à sua população. Em oportunidade, para somar a ideia do cenário de cada local, trazemos aqui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2010, índice que possibilita através de um número, medir a complexidade de três importantes dimensões: (1) Longevidade - a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável; (2) Educação - de ter acesso ao conhecimento e (3) Renda - de poder desfrutar de um padrão de vida digno (ATLAS BRASIL, 2013).

Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios (IDHM) de Bayeux, Cabedelo e Santa Rita-PB, 2010

LOCAL	POSIÇÃO	POPULAÇÃO 2010	FAIXA	IDHM	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
João Pessoa	1º	723.515 hab.	ALTO	0.763	0.770	0.832	0.693
Bayeux	10º	99.716 hab.	MÉDIO	0.649	0.619	0.779	0.566
Cabedelo	2º	57.944 hab.	ALTO	0.748	0.782	0.822	0.651
Santa Rita	21º	120.310 hab.	MÉDIO	0.627	0.597	0.774	0.534

Fonte: Atlas Brasil, 2013.

Na tabela 2, foram apresentados o Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios (IDHM) adscritos no estudo e, incluído o de João Pessoa, capital do Estado, a fim de possibilitar uma comparação dos dados. Observamos que Bayeux encontra-se no décimo

lugar; Cabedelo encontra-se no segundo lugar do ranking, abaixo apenas da capital e Santa Rita em vigésimo primeiro lugar. Tal destaque do município de Cabedelo pode ser atribuído, não exclusivamente, mas em grande relevância, pelo fato de que é uma cidade portuária.

Esses dados do IDH podem fomentar discussões e reflexões mais amplas sobre o significado do desenvolvimento humano para a sociedade, entretanto, não caberá nesse estudo aprofundar a análise dos dados (ATLAS BRASIL, 2013).

3.6 Análise do material empírico

3.6.1 Procedimento da análise

Souza (2014), fundamentado no dispositivo teórico-analítico da AD para a realização do processo da análise do material empírico, considera dois momentos distintos e complementares: a análise em si e a escrita da análise. A análise em si se inicia com a circunscrição do conceito-análise e a escolha, interpretação e análise do *corpus* utilizando três perguntas heurísticas: qual é o conceito-análise presente no texto? Como o texto constrói o conceito-análise? A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói? Já a escrita da análise é a formatação do relato de análise para a divulgação, é a textualização do que o analista fez e encontrou.

O conceito-análise é o objeto discursivo da análise, ou seja, para fazer uma análise é necessário investigar como o texto constrói determinado sentido sobre o tema. Dessa forma o conceito-análise pode se manifestar de duas formas: (1) conceito-análise *a priori*, pela definição do interesse do analista, ou (2) conceito-análise *a posteriori*, quando surge durante o próprio processo de análise (SOUZA, 2014).

De acordo com Guilhaumou (2002), a constituição do *corpus* não tem por objetivo selecionar os discursos que serão interessantes, mas sim, aqueles representativos, considerando que essa representatividade concorde com o espaço, o tempo e a ideologia existente.

Nesse estudo, o *corpus* foi constituído pelas transcrições das entrevistas realizadas com seis sujeitos, aqui identificados como enunciadores, tendo o conceito-análise *a priori* definido como: Transferência de Política do TDO da tuberculose em municípios de Bayeux, Cabedelo e Santa Rita/PB.

Seguindo os passos propostos por Orlandi (2012), o estudo compreendeu a análise discursiva como uma passagem do material empírico, que aqui caracterizou-se como as entrevistas transcritas, para o objeto discursivo, seguindo três etapas: (1) da superfície linguística (texto) para o objeto discursivo (discurso); (2) do objeto discursivo para a FD; e (3) do processo discursivo para a FI.

Na primeira etapa, após leitura exaustiva sobre a superfície linguística, foram identificadas as ideias e as tendências gerais dos discursos dos sujeitos participantes e a situação das circunstâncias da enunciação no contexto sócio-histórico e ideológico, isto é, as condições de produção (amplas e estritas) que possibilitaram tais discursos (ORLANDI, 2012).

Nesse momento foram analisadas as circunstâncias do dizer e não dizer, “jogando” com as palavras e expressões, na tentativa de identificar paráfrases, polissemias e metáforas, sempre atentando ao que vinha predominando na prática discursiva em questão, ao que foi dito, como foi dito, quem disse e quais as circunstâncias discursivas específicas, contribuindo para as FD (SOUZA, 2014; ORLANDI, 2012).

Na segunda etapa, buscou-se localizar o sentido construído pelo texto a partir das marcas textuais que possibilitam constatar o que ideologicamente sustenta o discurso, bem como, buscar as semelhanças de sentidos, conformando em FDs. Além disso, também procurou-se identificar elementos constituintes do universo discursivo, como: contradições, silenciamentos, atos falhos, repetições e hesitações. Nessa etapa, precisou-se voltar à redefinição do *corpus* para ampliar a quantidade de textos que seriam analisados até obter a saturação, o que configura o desenho espiralado da análise (SOUZA, 2014).

A terceira e última etapa está relacionada com a terceira pergunta heurística, que procurou responder a que discurso pertenceu o conceito-análise construído da forma que o texto constrói. Observou-se nesse momento o funcionamento da ideologia na textualização, vez que a FD permite a ligação do discurso à instância ideológica, bem como é considerada o fio condutor da ligação entre essa mesma ideologia e o indivíduo que deixa de ser unicamente empírico para tornar-se sujeito discursivo (SOUZA, 2014).

Durante todo o processo de análise, retomaram-se os conceitos e noções, pois a AD tem um procedimento que demanda um ir-e-vir constante entre teoria, consulta ao *corpus* e análise (ORLANDI, 2012). Também se retornou para a questão norteadora do estudo: quais efeitos de sentidos são produzidos nos discursos dos gestores em relação à Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose nos municípios da grande região de João Pessoa/PB? A partir dessa reflexão, e com todo o *corpus* segmentado em fragmentos agrupados semanticamente, foi possível conformar três Blocos Discursivos, assim

denominados: Bloco Discursivo I – Perspectivas propostas para as ações de controle da tuberculose; Bloco Discursivo II – Aspectos favoráveis para a transferência de política do TDO da tuberculose; Bloco Discursivo III – Barreiras na operacionalização do TDO, que serão apresentados a partir de fragmentos discursivos respectivos, no capítulo a seguir.

3.7 Aspectos éticos

A presente pesquisa seguiu as observâncias éticas contempladas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), registrou-se o protocolo de nº 0193/2017/CEP/CCS/UFPB–CAAE: 67187617.6.0000.5188).

Todos os pesquisados receberam esclarecimento, pela pesquisadora com leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelas partes envolvidas (entrevistador e entrevistado), mantendo assim a identidade do entrevistado em sigilo, bem como a sua desistência de participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano.

4 Resultado e discussão

Antes de iniciar a discussão dos fragmentos discursivos agrupados de acordo com a semelhança dos sentidos, a partir dos procedimentos heurísticos do analista, e que resultaram nos três blocos discursivos conformados após a leitura analítica, faz-se necessário ressaltar que para preservar o anonimato não foram identificados os municípios, não cabendo nesse estudo realizar análises comparativas entre cada gestor ou município, e sim, analisar os efeitos de sentidos produzidos por cada participantes sob perspectiva da TP do TDO da tuberculose.

Considerando que os sentidos evidenciados nos discursos migram de um bloco discursivo para outro, os blocos são sempre abertos ou seja, alguns sentidos do primeiro bloco, remetem-nos ao segundo ou ao terceiro e vice-versa.

Isso posto, reforça a variabilidade dos sentidos presentes em um discurso, estando sempre aberto a novas interpretações, uma vez que o sentido não está no texto, mas na relação que este mantém com quem o produz, com quem o lê, com outros textos (intertextualidade) e com outros discursos possíveis (interdiscursividade) (PINHEIRO, 2016).

Dessa forma, ao se debruçar sobre um arquivo textual, o analista de discurso faz um “gesto de interpretação”, imprimindo sua marca analítica, a fim de construir um dispositivo teórico-analítico que faça emergir o mosaico de sentidos que caracteriza a heterogeneidade dos enunciados (PINHEIRO, 2016).

BLOCO DISCURSIVO I – PERSPECTIVAS PROPOSTAS PARA AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Este Bloco Discursivo diz respeito às perspectivas propostas para a operacionalização das ações no controle da Tuberculose. A princípio, poderíamos questioná-lo por referir-se às ações no controle da TB e não especificamente à transferência de política do TDO da tuberculose, objeto desse estudo. Entretanto, nas leituras analíticas do *corpus*, foram observados frequentemente discursos que evidenciavam primeiramente as ações gerais que os municípios estavam se propondo a fazer para o controle da doença.

Considerado que os sujeitos desse estudo assumiam cargos de gestão nos municípios adscritos e que dos três municípios, dois deles, passaram por períodos de transição de governo, com mudanças de gestores, tanto dos responsáveis pela TB no município, como dos Secretários de Saúde. Dessa forma, a maioria dos discursos predominou claramente sobre o que se pretendia fazer ou o que estava fazendo dentro da gestão vigente, no que diz respeito às ações voltadas para o controle da doença.

Essa regularidade de sentidos dos discursos nos permitiu o amoldamento das FD, chegando à conformação do Bloco Discursivo I com o tema: Perspectivas propostas para a operacionalização das ações no controle da tuberculose, como destacado em alguns fragmentos discursivos a seguir:

[...] estamos no resgate né disso, porque assim, os pacientes, todos estavam sendo acompanhados lá (UR) e agora, gradativamente a gente, nós estamos trazendo esses pacientes de volta para o atendimento no município (GS1)

[...] aos poucos nós estamos resgatando, conquistando esses usuários para voltar [...] para fazer o tratamento aqui no nosso município. (GS5)

Algumas rodas de conversa com relação a esse tema já foram iniciadas (GS6)

[...] os casos ainda existem, a maioria dos casos são iniciados na referência terciária [...] nós já fizemos o manejo clínico né, como ponta pé inicial (GS4)

Os sentidos percebidos nos fragmentos acima revelam que a gestão dos municípios vem realizando ações principiantes com relação à TB. Nos fragmentos dos enunciadores (GS1) e (GS5), que representam municípios diferentes, é possível observar de modo parafrástico que as palavras “*resgate*” e “*resgatando*” trazem um sentido de recuperar algo que não está ou não estava sendo realizado, respectivamente, e em ambos os fragmentos dizem respeito à necessidade de recuperar os doentes acometidos com a TB que se encontram em outros municípios.

Observa-se no enunciador (GS6) que na expressão “*já foram iniciadas*” o termo “*já*” semanticamente pode fazer referência às ações, nesse caso, às rodas de conversas realizadas com as eSF agora em pouco tempo ou em momento anterior, de forma que corrobore uma iniciativa positiva da gestão atual. Sentido semelhante ocorre quando o enunciador (GS4) menciona a realização do manejo clínico junto às equipes de SF, em decorrência dos casos de TB terem sido iniciados na referência terciária.

Oportuno se faz apresentar brevemente a configuração dessa UR relatada frequentemente pelos enunciadores ao longo do estudo, a fim de melhor compreendermos os discursos analisados a posteriori.

O Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, mais conhecido como Complexo Hospitalar Clementino Fraga – CHCF, foi criado pelo MS, na década de 1950, atuando exclusivamente com o Programa Nacional de Tuberculose para assistir a população carente da Paraíba. Em 1978 passou a ser um hospital-escola, chamando-se Hospital Universitário Clementino Fraga, gerenciado pela UFPB e vinculado ao Ministério da

Educação e Cultura (MEC). Após onze anos, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) assumiu a sua gerência tornando-se referência estadual para o atendimento em pneumologia e dermatologia sanitária. Atualmente integra a rede hospitalar do estado da PB como UR para o diagnóstico e tratamento de pacientes com TB, Aids, hanseníase, hepatites e imunodeficiência primária (PINHEIRO, 2016).

Diante da complexidade de atendimento hospitalar e ambulatorial do CHCF, é notório que sua demanda é elevada. Em 2012 e 2013 este Complexo diagnosticou mais de 70% dos casos de TB no estado, representando o maior serviço de diagnóstico na Paraíba e um relevante campo de pesquisa para a área (SINAN, 2015).

Considerando esse cenário, e conforme analisado anteriormente, os gestores dos municípios envolvidos nesse estudo percebem a necessidade emergente em acompanhar os doentes acometidos pela TB no seu próprio município, como mostram os fragmentos a seguir:

A princípio a gente está meio que apagando um incêndio, [...] identificando esses pacientes que precisam voltar para o território, ela (coordenadora de TB) está pontualmente discutindo com a equipe específica da área de abrangência desse paciente [...] está fazendo uma força tarefa de fato, para que hoje a gente tenha o retrato real da situação da tuberculose no município (GS5)

[...] os casos do Clementino (CHCF) são repassados para eles (equipes de SF), automaticamente eles recebem e sabem que ele tem que conquistar, eu disse conquiste, porque a gente perdeu o diagnóstico precoce, mas agora a gente tem que correr atrás, tem que conquistar, convencer esse usuário que ainda vale a pena ele ficar no município. (GS4)

[...] a gente tem que começar do zero realmente para reimplantar, né, é uma reimplantação na verdade, que a gente está tentando. (GS1)

Ao compreender os sentidos apontados pelo enunciador (GS5), sob o aspecto da AD, identificamos a metáfora na marca “*a gente está meio que apagando um incêndio*”, revelando o sentido de iminência de uma situação, com indícios de que a gestão atual ao assumir o mandato se deparou com um problema pré-existente improrrogável, nesse caso, o desconhecimento, por parte da gestão, daqueles doentes de TB residentes no município. Só após conhecerem a real situação através do trabalho da coordenação de TB, expressado na marca: “*está fazendo uma força tarefa*”, vem sendo possível discutir pontualmente junto à equipe da área de abrangência do respectivo doente.

Semelhantes sentidos são observados nos outros dois fragmentos quando os enunciadore (GS4) e (GS1) trazem, respectivamente, em seus discursos a suposição de que é

necessário: “correr atrás” do prejuízo encontrado e “começar do zero” as ações voltadas para o controle da TB.

Ao tempo em que o enunciador (GS4) aponta uma falha da gestão com um sentido de lamentação ao perder o diagnóstico precoce, ele propõe através de um discurso imperativo, que se conquiste, se convença “*esse usuário que ainda vale a pena ele ficar no município*”.

Propor que se convença alguém a alguma coisa, significa persuadir esta pessoa a aceitar uma ideia, por meio de razões ou argumentos bem fundados. Para tanto, faz-se necessário identificar o que está contribuindo para que o usuário procure primeiro a UR.

Pinheiro, (2016), em sua pesquisa, faz menção aos estudos realizados em serviços de referência que apresentam o menor tempo gasto para a efetividade e resolutividade no diagnóstico da TB e atribui à sua densidade tecnológica ofertada para o diagnóstico e tratamento de doenças, bem como à própria logística de funcionamento, por caracterizar-se como “porta aberta”, proporcionando maior agilidade no atendimento.

A autora alerta ainda que o fato do diagnóstico da TB não está sendo realizado em sua maioria na APS do município no qual o doente reside, pode estar diretamente relacionado à forma do sistema de saúde local se organizar para viabilizar o acesso dos doentes a esse diagnóstico, ressaltando ainda o que já tem sido apontado pela OMS que o problema não está apenas nas formas de detecção e tratamento da TB, mas em um contexto amplo de organização dos serviços de saúde para realizar essas ações (PINHEIRO, 2016).

Importante se faz esclarecer que nesse bloco discursivo não caberá analisar os discursos dos gestores quanto às dificuldades encontradas nos municípios relacionadas ao controle da TB, tendo em vista que será contemplado com maior profundidade no último bloco em que tratará das barreiras na operacionalização do TDO.

A seguir, identificamos alguns discursos que evidenciam sentidos relacionados ao que se pretende investir na gestão para que fortaleça a política de controle de TB no município, bem como, favoreçam o retorno daqueles doentes com TB que por algum motivo não estão sendo acompanhados pelo município de origem.

[...] não justifica o município ter um laboratório e não fortalecer as ações para esse agravo, e nós estamos fortalecendo isso, pretendemos trazer a cultura de Ogawa
[...] (GS4)

[...] estamos fazendo, organizando a parte de laboratório para que o diagnóstico e o tratamento sejam feitos totalmente aqui (GS5)

[...] nós estamos trazendo o pneumologista, para fazer esse diagnóstico no município [...] (GS1)

[...]o município está inaugurando um Centro para a população de rua, [...] eu tenho grandes esperanças que a partir desse centro, de um referencial, a gente consiga tratar os pacientes que são moradores de rua aqui [...] a gente não tinha nenhum dispositivo[...] (GS2)

Educação Permanente nós já começamos, [...] foi um pedido logo no começo da gestão dos agentes comunitários de saúde, porque eles são fundamentais assim, na identificação dos sintomáticos respiratórios, [...] e logo depois nós estaremos fazendo também essa sensibilização com os profissionais né, médicos e enfermeiros de todas as unidades (GS1)

[...] fortalecer na verdade a política de atenção a esse paciente através de rodas de conversa, através de programas, através de ações que na verdade executem a promoção de saúde, promoção e prevenção [...] (GS6)

Os fragmentos supracitados explicitam as perspectivas propostas pela gestão dos municípios no controle da TB, de acordo com a necessidade de cada local.

Inicialmente, os enunciadores (GS4) e (GS5), ambos de municípios diferentes, enfatizam a importância em investir nos laboratórios municipais como proposta de intervenção significativa no diagnóstico e tratamento da TB.

Conforme registrado na descrição dos municípios no capítulo do Percurso Metodológico, dois deles (Bayeux e Santa Rita) coletam o material nos postos de coleta distribuídos nas USF e enviam o material coletado para o Lacen estadual, localizado na capital João Pessoa-PB ou quando necessário, para a UBS Mandacaru, referência nas baciloscopias do município de João Pessoa. Já o município de Cabedelo dispõe da baciloscopia de escarro e as culturas no laboratório local.

O MS ressalta a importância em estruturar a rede de serviços de saúde para identificação de SR e organizar a rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos de TB, considerando que uma das metas das ações para o controle da TB no Brasil é diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados (BRASIL, 2011; PINHEIRO, 2016).

Sabe-se que a pesquisa bacteriológica é método de importância fundamental tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento da TB.

O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil enfatiza que a baciloscopia direta do escarro é a estratégia principal para o diagnóstico de casos novos de TB pulmonar, considerando ser um método simples e seguro, recomendando portanto, a sua

realização por todo laboratório público de saúde e pelos laboratórios privados tecnicamente habilitados (BRASIL, 2011b).

Esse exame, desde que executado corretamente em todas as suas fases, possibilita a detecção de 60% a 80% dos casos de tuberculose pulmonar, apresentando importância epidemiológica, uma vez que os casos bacilíferos são os responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2011b).

Ainda no fragmento (GS4), ao enunciar que pretende trazer a cultura de Ogawa para o município, o enunciador sinaliza uma certa propriedade ao falar desse método. Isso supostamente se dá pelo fato de ter vivenciado a implantação desse método em momento anterior, como revela em outro fragmento: *“aí eu comecei a movimentar e junto com a implantação (do laboratório) eu consegui implantar a cultura de Ogawa, então hoje, até hoje se faz a cultura universal, toda baciloscopia que entra no laboratório faz cultura de Ogawa.”*

O Método de realização da cultura Ogawa-Kudoh é uma opção para os Laboratórios de Referências Municipais ou Laboratórios Locais que desejam realizar cultura e não possuem todos os equipamentos recomendados (especialmente centrífuga refrigerada) para os outros métodos. É econômico e suficientemente sensível para assegurar que a cultura contribua para confirmar o diagnóstico da tuberculose pulmonar, nos casos suspeitos com baciloscopia negativa e útil para recuperar os bacilos de escarros de pacientes bacilíferos que requerem teste de sensibilidade (BRASIL, 2011b).

Embora a pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR pelo método de Ziehl-Neelsen seja a técnica mais utilizada em nosso meio e tendo em vista a possibilidade dos usuários se beneficiarem com a cultura para mico bactérias, o MS, através do PNCT e Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde, vem ampliando o processo de descentralização da cultura em meio sólido (Ogawa-Kudoh).

No que diz respeito à análise discursiva do enunciado de (GS4), observa-se o atravessamento da língua pela historicidade da própria língua e pela história do sujeito discursivo, que nesse caso fala também na posição de gestor, porém referindo-se a outro município do passado.

Outro aspecto que pode ser levantado ainda nos fragmentos do enunciador (GS4) vem de encontro à matéria desse estudo sob o aspecto da TP, tendo em vista que esta transferência incorpora conceitos comumente usados: geração e aproveitamento de inovações e novas tecnologias, práticas de políticas, aprendizagens de experiências, adoção e adaptações de políticas, expansão e escalonamento em diversos níveis e sistemas organizacionais (BISSEL, 2011). Sendo assim, a partir da memória discursiva, o enunciador se revela como o

sujeito protagonista do processo de implantação, tanto do Laboratório, quanto da cultura de Ogawa no município anterior, a partir da experiência considerada exitosa e que o inspira em “transferir” a experiência para o município vigente.

Dando prosseguimento, acerca das perspectivas propostas para as ações de controle da TB, quando o enunciador (GS1) profere: “*nós estamos trazendo o pneumologista, para fazer esse diagnóstico no município*”, o gestor manifesta em paráfrase, a inexistência dessa especialidade no município, também anuncia um sentido de relevância dessa especialidade para o diagnóstico do agravo. Ressalta-se aqui, que a aquisição de profissional com essa especialidade no controle da TB, é indicado no sentido de complementação à assistência, visto que é de competência da APS, o diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Entretanto, o pneumologista ou outro especialista, como neurologista, infectologista, apresentam grande relevância, no sentido de somarem na assistência ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos mais específicos, como no diagnóstico diferencial das pneumopatias, outras comorbidades, TB extrapulmonar ou pulmonar atípica, casos de TB resistentes e outras complexidades, além disso, quando em atendimento ambulatorial na área, podem facilitar a identificação de casos novos em pacientes referenciados por outras indicações a princípio.

Já no discurso de (GS2), o enunciador evidencia um sentido de expectativa a partir da inauguração de um centro específico para moradores de rua, em que será referência para o tratamento da TB nesses pacientes. Vale ressaltar, que além de uma proposta que seria implantada pela gestão vigente com previsão de inauguração dias depois da entrevista, o Centro foi considerado pelo gestor como uma estratégia no combate à TB, vez que acompanharia mais de perto a população vulnerável.

Sabe-se que a TB é uma doença de cunho social, que afeta principalmente a população de baixa renda, dessa forma, a vulnerabilidade social apresenta-se como um complicador nesse processo de controle da doença, por essa razão, será abordado com mais detalhes no bloco III que tratará das barreiras na operacionalização do TDO.

Outra proposta registrada pelos gestores, foi relacionada às ações de educação em saúde nos municípios, conforme evidenciadas pelos enunciadores (GS1) e (GS6). O primeiro, refere-se à Educação Permanente (EP) já iniciada junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas que partiu de um pedido dos próprios agentes, dando indícios de que existia, supostamente na gestão anterior uma fragilidade nesse processo. O enunciador (GS1) ainda revela a importância dessas ações voltadas aos ACS, considerando serem fundamentais na

busca ativa dos SR e logo em seguida inclui nessa sensibilização os demais profissionais da equipe de SF.

O segundo enunciador, (GS6), evidencia as mesmas práticas para os profissionais das equipes de SF, através de rodas de conversas, programas e ações voltadas à promoção e prevenção aos pacientes, entretanto não menciona a EP. Aqui podemos observar que embora ambos os enunciadores, de municípios diferentes, proponham práticas semelhantes, essas são expressadas de maneira diferente e para públicos diferentes. Isto pode se dá pelo fato de que as palavras, expressões, proposições, mudam de sentido de acordo com as posições sustentadas por aqueles que as aplicam, o que significa dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é, às FI (PÊUCHEUX,1997).

Vale ressaltar que a EP está fundamentada nas RAS e frequentemente nos deparamos com conflitos de entendimento quanto a essa temática, desse modo, quando o enunciador (GS6) omite a expressão “Educação Permanente”, dificulta a veracidade dos sentidos interpretados, ou seja, não se sabe ao certo se apaga da memória, ou se desconhece essa metodologia.

Com as mudanças advindas da APS, buscaram-se alternativas às abordagens metodológicas utilizadas na educação dos trabalhadores da saúde, dentre essas a Educação Continuada (EC), uma metodologia de ensino-aprendizagem centralizada na atualização de conhecimentos ou conteúdos previamente estabelecidos e que muitas vezes não representam a necessidade real apresentada naquele cenário. Dessa forma, como abordagem significativa à EC, o MS instituiu a Educação Permanente em Saúde (EPS) configurando-se como eixo organizador da política de trabalho para o SUS (TOLOTTI, 2017).

A EPS é pautada na problematização das situações cotidianas como fonte de conhecimento e de busca de alternativas para gerir os problemas identificados, instigando o olhar crítico e a explicação da realidade vivida pelos atores envolvidos (TOLOTTI, 2017).

Sendo assim, a EPS é a proposta mais adequada para trabalhar a construção desse novo modo de atuar, reorientando as práticas de saúde nas mais diversas áreas a partir da sua realidade.

Do ponto de vista da TP, apesar da EP não ser uma proposta considerada “nova” nos dias de hoje, ao analisar os discursos dos gestores, percebemos uma intenção em transferir e compartilhar informações, conhecimentos por meio de momentos de discussões sobre a temática, em prol da melhoria do município, desse modo, é possível pensar que em determinados espaços, dependendo da intencionalidade e realidade local, os movimentos podem ser considerados inovadores. No caso das rodas de conversas, se observarmos do ponto

de vista da promoção de momentos que facilitam a participação ativa com interação e interlocução de vários atores, pode-se atribuir, nesses espaços e diante da realidade apresentada, uma prática inovadora.

No que diz respeito à área da TB, a detecção dos casos desse agravo está diretamente relacionada ao diagnóstico da doença, que por sua vez está ligado à qualificação dos profissionais, desde o ACS, protagonista na busca ativa de SR por estar mais próximo da comunidade, como todos os profissionais envolvidos e a comunidade, viabilizando a transformação das práticas de saúde de modo a produzir cuidados de acordo com as necessidades de saúde da população local.

Ainda nesse bloco foi possível identificar os seguintes fragmentos relacionados especificamente ao TDO, nos três municípios estudados:

[...] a gente tá pensando em implantar o TDO, pelo menos começando por essas unidades, [...] a gente quer inovar da seguinte forma, começa com essas que elas vão servir de modelo para as outras [...] e daí a gente aos poucos vai tentando implantar em todas as unidades do município (GS1)

[...] elas (equipe de SF) ainda não estão sensíveis à questão do TDO, [...] então, eu não estou querendo lançar tudo ao mesmo tempo, porque o que eu estou querendo é qualidade [...], o que eu posso fazer no segundo momento é uma avaliação, um monitoramento, ver como essas equipes estão e em um segundo momento fortalecer o tratamento diretamente observado (GS4)

[...] todos os casos são direcionados para realizar o TDO [...] aqui como regra geral todo mundo dá para fazer o TDO, né, mas aí os complicadores vão aparecendo e aí isso dificulta (GS2)

Quando o enunciador (GS1) expressa que: “a gente tá pensando em implantar o TDO”, ao tempo em que se percebe que o município não vem implementando efetivamente o TDO, traz um sentido de que é uma proposta para um segundo momento, ou seja, não representa prioridade na gestão, a princípio. Por outro lado, observa-se que a gestão já apresenta uma estratégia para sua implantação, que seria de implantar em algumas unidades como modelo e posteriormente estender às demais unidades, o que traz um sentido de que a gestão já discutiu e/ou vem discutindo o planejamento das ações voltadas ao tratamento da TB, especificamente o TDO. Pela TP, é possível observar um movimento de irradiação, em que se inicia em algum lugar e depois irradia para outro.

O mesmo sentido pode ser observado no fragmento do enunciador (GS4) quando a gestão propõe o TDO para um segundo momento, na verdade, “terceiro”, considerando que o segundo momento seria o processo de “uma avaliação, um monitoramento” e só depois o

fortalecimento do TDO, o que contribui para ratificar a impressão percebida no fio do discurso de que o TDO na prática se encontra fragilizado no município devido à falta de sensibilização das equipes. Entretanto, o gestor, preocupado com a qualidade do resultado, prefere não trabalhar ou disponibilizar todos os recursos ou estratégias de uma só vez.

Ponderando que os discursos estão relacionados à posição em que o sujeito ocupa e às circunstâncias sócio-históricas que o envolvem, conforme afirma Orlandi (2012), percebe-se que ambos os discursos enunciados pelos gestores (GS1) e (GS4) são coerentes com as condições de produção e a posição em que os sujeitos ocupam, vez que as gestões no momento vem redefinindo suas práticas direcionadas ao controle da TB à medida em que delimitam o quadro situacional, como foi possível observar nos discursos anteriormente analisados e apresentados nesse bloco. Entretanto, se levarmos em conta os sentidos trazidos no discurso, que para implementar o TDO nas unidades, o trabalho da gestão no processo de sensibilização precisa ser paulatino, podemos perceber indícios de que existe uma resistência, seja por parte dos profissionais que estarão à frente, seja pelos doentes acometidos ou até mesmo por outros atores envolvidos da gestão, favorecendo a morosidade do processo.

Já no fragmento do enunciador (GS2), há evidências de que o TDO já é uma prática implementada no município, entretanto, quando enuncia que: “*como regra geral todo mundo dá para fazer o TDO*”, a palavra “regra” expressa um sentido de autoritarismo, indícios de um movimento vertical, todavia, o gestor utiliza a conjunção adversativa “mas” para enfatizar que essa regra pode ser quebrada devido aos complicadores que dificultam efetivar essa prática, dificuldades essas que serão discutidas no bloco III desse capítulo.

Sob a perspectiva da TP, a partir dos movimentos de irradiação aqui identificados, é possível perceber, no fio de alguns discursos, sentidos contraditórios, discursos de efeitos positivos e de efeitos negativos. Logo, à medida que alguns revelam sentidos de espontaneidade e horizontalidade, outros dão sentidos de imposição e unilateralidade aos seus discursos. Essa observação pode ser atribuída ao fato de que os discursos são produzidos sob diferentes aspectos, espaços e perspectivas.

Já vimos que o TDO é o elemento chave da estratégia DOTS, e que sua prática reduz os casos de abandono, mortalidade e aumentam a probabilidade de cura. Entretanto, implementar uma política implica em implementar intenções para se obter impactos e consequências. Dessa forma, faz-se necessário envolver estratégias de acordo com as necessidades locais e principalmente, envolver os profissionais para que possa garantir a implementação efetiva do DOTS já que eles constituem a ferramenta fundamental para avaliação do doente desde o diagnóstico até a cura (MITANO, 2016).

A relevância desse envolvimento dos profissionais na realização do TDO é comprovada por diferentes motivos, como o estreitamento do vínculo profissional–usuário, a identificação de necessidades de cunho social, a escuta qualificada, o manejo de reações adversas, todavia, em muitas realidades, é necessária uma ressignificação das práticas desses profissionais (OLIVEIRA, 2015).

Como podemos observar ao longo da discussão gerada nesse primeiro bloco discursivo, os efeitos de sentidos produzidos por alguns gestores, vieram se conformando em expectativas e planos propostos a partir de um movimento de retomada por parte da gestão, em favor da ressignificação das práticas, do avanço e do fortalecimento da política de controle à TB de forma mais generalizada, e não especificamente para a transferência de política do TDO.

Se fizermos um breve resumo das propostas apresentadas até o momento nesse bloco, nota-se que as perspectivas a serem aplicadas poderiam ser divididas em três fases, que aqui ao considerar os procedimentos heurísticos do analista, achou-se por bem representá-las sumariamente com auxílio de marcas linguísticas verbais. Na primeira fase seriam ações voltadas para: buscar, capturar, resgatar, retomar e conquistar os usuários acometidos com a TB que estão sendo diagnosticados e tratados fora do município de origem. A segunda fase estaria compreendida em: investir em recursos materiais e humanos; qualificar as equipes de SF; acompanhar e monitorar tais ações. E só então na terceira fase, seriam os momentos voltados para: implantar, implementar e/ou fortalecer o TDO.

É possível que esta configuração se justifique pela complexidade da situação da TB apresentada nos municípios e dessa forma, a implementação das ações traçadas é feita por prioridade. No fragmento seguinte, é possível conferir este sentido no discurso de um dos entrevistados ao ser questionado quanto às adequações necessárias que o município tem realizado ou proposto para efetivar a TP do TDO:

A questão de instituir um fluxo de informação né, [...] manter a unidade, com recursos necessários, visualizar a questão de pote coletor, de ficha de notificação, qual é o impresso utilizado para a realização da baciloscopia né, a utilização da Ogawa que favorece a realização da cultura e do teste de sensibilidade, é ver a questão do recursos, humanos, recursos materiais, [...], a utilização dos instrumentos de registro, a questão da informação, que aí já vai no segundo momento, que é o monitoramento, né, eu já pedi à Secretaria Estadual a questão do Livro Verde [...] (GS4)

Observa-se que o enunciador (GS4) ao tempo em que recorrendo à sua memória discursiva revela o conhecimento a respeito do planejamento normativo estabelecido para o controle da TB, silencia a respeito das medidas tomadas pela própria gestão para

implantar/implementar o TDO. Entretanto, esse mesmo gestor já enunciou o TDO em fragmento anterior como analisado nesse bloco.

A memória discursiva, segundo Orlandi (2012), refere-se ao “saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra”. Deduz-se dessa forma a existência de relação entre o já-dito e o que se está dizendo, da mesma forma que existe entre o interdiscurso e intradiscurso, entre a constituição dos sentidos e sua formulação.

Considerando que a língua produz sentidos ininterruptamente e os sentidos – múltiplos e inacabados – estão sempre abertos, possibilitando o nascimento de outras interpretações, é possível uma dispersão e deriva de sentidos devido aos seus deslizos. Assim, compreendemos que a língua tem sua ordem própria, mas com autonomia de maneira relativa, pois a mesma está sujeita ao equívoco, à incompletude e ao silenciamento – que são constitutivos do dizer (PINHEIRO, 2016; ORLANDI, 2007).

Destarte, é possível que o enunciador (GS4) tenha omitido as ações relativas ao TDO, por deslize ou até mesmo por querer enfatizar o que está sendo providenciado primeiramente no município, haja vista que diante da situação encontrada naquele momento, o TDO não se configurou, a princípio, como prioridade a ser trabalhada. Esse cenário precário pode ser revelado e resumido com a expressão “*eu já pedi à Secretaria Estadual a questão do Livro Verde*”, considerando que o instrumento ora citado e que supostamente encontra-se em falta, é o livro de registro e acompanhamento do tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) que deve ser usado rotineiramente como importante ferramenta para ações de vigilância epidemiológica nas unidades da APS, servindo para o cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos (BRASIL, 2011).

No Manual de Recomendações do MS, estão contempladas diversas ações envolvidas no controle da TB, que vão desde a detecção de casos; diagnóstico; tratamento (tradicional/TDO/preventivo); condução da TB associada à HIV, ao tabagismo e à população especial; controle de contatos; vacinação; resistência aos fármacos; vigilância epidemiológica com ênfase no sistema de informação, planejamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2011b).

Para desenvolver as atividades em quaisquer dessas áreas, é importante planejar ações bem estruturadas, a partir das prioridades locais, que permitam reorganizar e ressignificar as práticas existentes, a fim de oferecer uma assistência de qualidade, e contribuir efetivamente na adesão do usuário no combate à tuberculose.

BLOCO DISCURSIVO II – ASPECTOS FAVORÁVEIS PARA A TRANSFERÊNCIA DA POLÍTICA DO TDO DA TUBERCULOSE

No bloco discursivo II, serão apresentados e analisados os efeitos de sentidos interpretados a partir das marcas textuais que evidenciaram os aspectos favoráveis percebidos pelos gestores relacionados à TP do TDO para a tuberculose, ou seja, aquilo que os gestores percebem como facilidades, seja no processo de trabalho, seja na articulação com os demais níveis de gestão, que favoreçam o processo de TP do TDO nos municípios.

A TP pode ser facilitada ou impedida por alguns fatores, que vão desde a complexidade política, as restrições institucionais, as restrições na execução, bem como a linguagem utilizada para operacionalizar a transferência (PALHA, 2014).

Neste Bloco, buscamos identificar e compreender alguns fatores que favorecem o fortalecimento do PCT nos municípios, sob o ponto de vista dos gestores, a partir da análise discursiva, como mostram alguns fragmentos a seguir:

[...] então eu cheguei, e como eu também trabalho no Hospital Clementino Fraga, então isso tem facilitado meu trabalho [...] tenho conseguido coisas para o município que assim, se eu não tivesse lá (CHCF) seria difícil, [...] é uma ajuda mútua, [...] eu tô trazendo de volta esses pacientes pra cá né, eu tô desafogando a referência, então é um parceiro também nesse sentido, [...] ele (CHCF) me ajuda e eu ajudo[...] (GS1)

[...] a gente fez uma parceria, com a nutricionista, [...]então essa pessoa [...] ela faz essa ponte, da necessidade do serviço, o que tá faltando, entendeu, se tem algum problema, ela quando vem da unidade, [...] ela já traz para nós o problema que tá acontecendo naquela unidade” [...] (GS1)

[...] esse pneumologista nós já dialogamos para ele ter um olhar com a tuberculose e como ele tem a pós graduação dele e o mestrado na área então já facilitou muito, ele também, tem o olhar do tabagismo” (GS4)

[...]a nossa baciloscopia é realizada aqui no nosso Lacen, nós temos um laboratório somente para realizar isso e o raio X também, [...] no hospital[...] (GS3)

[...] o paciente com suspeita, ele é identificado na unidade e o exame, o escarro ele é feito aqui no município, o resultado positivo o laboratório entra em contato com a coordenação em 24 horas e a gente entra em contato com a unidade que acompanha o paciente [...] (GS2)

[...]o material usado pelo Ministério, que é o Manejo Clínico da Tuberculose, aquele que é bem interativo né, [...] a gente segue as Diretrizes, [...] então assim, dentro do Programa de Tuberculose a gente sabe que no estado da Paraíba a gente sabe que essa Política ela é bem fortalecida [...] (GS4)

Eu acho que uma primeira facilidade é porque existe um Manual que está muito bem escrito e muito referenciado, então a gente tem embasamento teórico para a implantação, né, não é uma coisa inventada, nem é uma estratégia de comodidade de coordenação nenhuma, é uma proposta do MS com justificativa, com um referencial, eu acho que a primeira facilidade para a gestão é essa [...] (GS1)

Ao analisar os fragmentos textuais acima, podemos perceber sumariamente que os gestores atribuem o investimento nos recursos humanos, físicos, tecnológicos, materiais e instrumental normativo, como facilitadores do processo de fortalecimento da política de controle da TB.

Inicialmente, observamos que o próprio enunciador (GS1) identifica-se como facilitador, considerando que por exercer suas atividades assistenciais na UR estadual, ele consegue articular com a referência terciária e contribuir no processo de reorganização das práticas voltadas ao agravo a nível de rede, como anunciou: “*tô trazendo de volta esses pacientes pra cá [município ao qual representa] né, eu tô desafogando a referência*”, dessa forma, sua articulação favorece a APS do município no qual exerce suas atividades como gestor, bem como a atenção terciária, nesse caso o CHCF.

Essa dupla função, à medida que sinaliza positivamente por potencializar e fortalecer o processo de controle da TB nos lugares ocupados pelo profissional/gestor, pode relevar aspectos negativos em razão de centralizar em um único indivíduo responsabilidades que facilitam os fluxos dos processos. Fluxos estes que já estão institucionalizados na rede e que deveriam funcionar efetivamente, indo ao encontro com os princípios do SUS e a proposta da RAS.

Mediante essas evidências e sob aspecto da AD, ao compreender a que ideologia o sujeito está filiado, conseguimos interpretar melhor os efeitos de sentidos de determinados discursos que serão analisados nesse estudo, visto que estes efeitos estão diretamente relacionados às condições de produção do discurso: Eu falo do que eu vivo, eu falo do que eu sou (PINHEIRO, 2016).

Com base nisso, logo no seguinte fragmento do enunciador (GS1), em que fala ideologicamente na posição de gestor, ele também identifica no município um profissional nutricionista que exerce importante papel intermediador entre a gestão e a AB, em que podemos considerar como facilitador do processo.

Semelhante conformação de sentido é evidenciado no fragmento de (GS4), quando afirma que o pneumologista do município tem formação na área de TB, revelando a importância

em adquirir um profissional com perfil na área específica a ser investida, a fim de potencializar as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos indicados.

Unis (2012), enfatiza que a complexidade da situação da TB expõe a necessidade de uma abordagem compartilhada por diversos profissionais de saúde e descreve que os profissionais generalistas da AB devem apresentar competências para: indicar e prescrever o esquema básico de tratamento; acompanhar os casos sob TDO e as baciloscopias mensais até o final do tratamento; identificar precocemente os efeitos adversos; receber os casos contra referenciados e encaminhar à UR os casos nas seguintes situações: forte suspeita clínica, radiológica, com baciloscopias negativas, casos de difícil diagnóstico, casos de efeitos adversos que determinem a suspensão do tratamento, falência; qualquer tipo de resistência e casos com evolução clínica desfavorável. Já a referência secundária é responsável por dar suporte à AB com profissionais especialistas ou generalistas com experiência em TB. Enquanto a referência terciária é formada por equipe multidisciplinar formada por especialistas, capacitados para o manejo da TB resistente e sua complexidade.

Seguindo a ordem dos fragmentos discursivos destacados nesse bloco, percebe-se que os enunciadores (GS3) e (GS2) evidenciam em seus discursos sentidos que revelam a importância em investir nos recursos tecnológicos, nesse caso, a oferta da baciloscopia e do Raio X no próprio município bem como, a celeridade nos resultados dos exames de escarro positivo, dando indícios de que a gestão se preocupa em realizar o diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento.

Em relação às evidências verificadas nos fragmentos textuais de (GS4) e (GS1), é possível identificar que ambos os enunciadores consideraram o Manual de Recomendações do MS um instrumento normativo facilitador, nas orientações relacionadas ao manejo da TB.

O referido manual é um instrumento essencial na melhoria das atividades de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento dos casos de TB e para a organização dos serviços do SUS, especialmente aqueles da APS. Seu conteúdo, apresentado de forma prática e acessível, está norteado pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Na tentativa de ampliar a perspectiva de controle da tuberculose no País e para a melhora da saúde de nossa população, também está indicado para movimentos sociais, organizações de base comunitária, instituições de pesquisas, universidades e outras organizações governamentais e não governamentais (BRASIL, 2011).

Além dos recursos físicos, humanos, tecnológicos, materiais e instrumental normativo identificados nos discursos como aspectos favoráveis à TP do TDO, ainda foi apontado um

recurso tecnológicos que facilitou o processo de trabalho dos gestores, profissionais de saúde e comunidade, como mostra a seguir. Importante se faz informar que alguns recortes durante as análises ocuparão maior espaço intencionalmente, para melhor compreender de fato como são utilizados esses recursos, apesar das marcas destacadas para direcionar a análise, conforme adiante:

Olhe, nós estamos com uma ferramenta muito importante, que é um grupo que nós temos de WhatsApp para encaminhar esses pacientes que são transferidos da referência, né, tanto da referência para o município de João Pessoa, como para outros municípios do Estado, então, nós encaminhamos no momento da transferência no Clementino, em tempo real esse paciente vai está no WhatsApp do Estado que vai informar as gerências que esse paciente está chegando. Como do Clementino para o município de João Pessoa, em tempo real esse paciente imediatamente a gente manda naquela hora em que o paciente está sendo transferido, esse paciente a gente passa pelo WhatsApp de João Pessoa, né, e imediatamente já está sabendo, o Distrito já está visualizando, né, então toda a articulação está sendo feita, o Distrito já está sabendo que o paciente vai chegar, já vai providenciar a medicação, já vai falar com a Gemaf para liberar a medicação daquele paciente [...] então é muito importante essa ferramenta que foi criada né, para que a gente não perdesse os pacientes, porque os pacientes antes eram encaminhados e a gente não tinha como saber se ele chegaria ao destino. (GS1)

Outro recurso de informação é através das redes sociais, no caso o WhatsApp, que assim, isso foi um processo de construção, que eu inclusive também participei dentro dessa necessidade de descentralização, né, dos casos da tuberculose, ou seja é, os municípios se informarem dos casos dentro da referência terciária e o município está repassando também em tempo oportuno para as unidades, né, então isso foi fortalecido [...] isso tem facilitado muito, agora lembrando que o Whatsapp não é um recurso oficial, oficial seria você mandar essa informação através de um ofício [...] como nós fazemos também, a gente oficializa [...] a gente até instituiu um grupo né IntegraViep/AB que é assim, já com esse modelo de chegar em tempo oportuno as informações [...] (GS4)

Se o diagnóstico for lá (UR), para nós também é fácil, porque a coordenação, a enfermeira que atendeu o paciente ela manda a notificação dele para mim, através do WhatsApp, então na hora que ela transfere o paciente ela tira uma foto e manda o WhatsApp para mim, [...] e a referência ela sempre transfere com a medicação para ele de estoque, [...] então essa comunicação é muito boa. Existia antes por telefone, mas ela melhorou muito, melhorou 100%, porque assim, telefone era muito frágil né, ligavam para o serviço e não encontravam, mas a partir do momento da ferramenta, do WhatsApp isso melhorou substancialmente, porque assim, [...] a referência está atendendo e manda uma foto para você na mesma hora, pronto é de sua responsabilidade [...] (GS2)

Notadamente, pelos discursos acima, verifica-se o efeito o WhatsApp, aplicativo de rede social que envia e recebe mensagens de texto, documentos, imagens, vídeos, arquivos de voz e faz ligações, como uma ferramenta facilitadora no processo de trabalho de todos os envolvidos.

No fragmento de (GS1), ao descrever o modo como os profissionais utilizam a ferramenta no processo de transferência do doente com TB, seja transferido da UR para o próprio município de João Pessoa ou para outros municípios do Estado, percebe-se que o enunciador enfatiza como característica principal a rapidez da informação, considerando que ao “*chegar em tempo real*” os dados do paciente transferido para o seu município de origem, espera-se que os gestores e/ou profissionais envolvidos agilizem as demais atribuições que são conferidas, facilitando a otimização das ações relacionadas à continuidade do tratamento e ao acompanhamento desse paciente até a sua cura.

Percebe-se ainda, no fio do discurso que a enunciativa ora fala na posição de profissional da assistência da UR: “*nós encaminhamos no momento da transferência no Clementino*”, ora fala na posição de gestor de saúde do município “*para que a gente não perdesse os pacientes*”, reiterando a relação posição-sujeito com o lugar de onde se fala, já discutido nesse estudo.

Semelhante sentido é notado claramente pelo enunciador (GS4), no que diz respeito a importância do repasse das informações em tempo oportuno, tanto da UR aos municípios, como dos municípios para as unidades da APS. Entretanto, faz um alerta quanto à informalidade da ferramenta, que mesmo facilitando todo o processo de articulação da rede, faz-se necessário oficializar, em paralelo tais informações. Além disso, recorrendo à sua memória discursiva (interdiscurso), o enunciador insinua que participou do processo de discussão sobre a necessidade de descentralizar os casos de TB da UR para os municípios, posicionando-se como sujeito ativo.

Prosseguindo com a análise, no fragmento de (GS2) também se percebe a relevante utilidade dessa ferramenta e ainda se observa no fio do discurso que ao tempo em que a UR, preocupada em garantir a continuidade do tratamento por um certo tempo, transfere o paciente com medicação para estoque. O gestor apresenta em seu discurso efeitos de sentidos de que o município “ganha tempo” para se organizar com a chegada desse paciente, entretanto, a partir do momento em que recebe da referência a informação, transfere, portanto, total responsabilidade para o município.

Interessante matéria sobre o uso do WhatsApp em benefício da saúde no Brasil, informa que essa ferramenta “faz parte da rotina de mais de 100 milhões de brasileiros, sendo uma plataforma de conexão que comporta a troca de mensagens em diversos setores da

sociedade, principalmente aqueles que exigem mais agilidade na comunicação, como no caso da saúde...”. Afirmar ainda que por oferecer um sistema privilegiado de privacidade e segurança das mensagens, o WhatsApp tem sido usado por muitos profissionais de saúde. De acordo com os fundadores da ferramenta: "O WhatsApp oferece um serviço rápido, seguro e confiável, e as pessoas confiam na tecnologia para lidar com questões tão importantes como a saúde, por meio do aplicativo", afirmam Jan Koum e Brian Acton, fundadores WhatsApp (MUNDO POSITIVO, 2017).

Isto posto, apesar dessa ferramenta ser utilizada em diversas situações, pode aqui ser considerada uma inovação, sob o ponto de vista da resolutividade e da efetividade na comunicação e, portanto, colaborando nos processos de controle da TB, a partir da realidade apresentada em cada município.

Uma outra conformação de sentidos identificados nos discursos dos gestores diz respeito aos diálogos entre a gestão dos municípios e outros setores envolvidos direta ou indiretamente na organização da rede e fortalecimento das ações no controle da TB, como apresentados a seguir:

[...] através de parcerias, nós tentamos fazer com os serviços, como é o Lacen estadual, para nos dar esse suporte diagnóstico, como é o Laboratório de Mandacaru, que também é um parceiro que tem nos ajudado também nessa luta, e também o Clementino Fraga, né, que a gente tá tentando, então essa descentralização [...] (GS1)

[...] a gente coloca CAPS, [...]o coordenador da Atenção Básica, o apoiador, [...] eu boto coordenador do NASF, divisão de Atenção Básica, responsável pelo CAPS, pela Atenção de Saúde Mental, eu venho dialogando muito com eles [...] (GS4)

[...] tenho a oportunidade de ter a coordenação do Estado muito próxima, né, então assim, qualquer problema a gente entra em contato, eles são muito acessíveis, [...] as referências com o Clementino são ótimas, [...], se a gente precisar de uma intervenção da referência, a gente consegue, [...] dá um suporte muito bom, sabe [...] (GS2)

[...] nós temos as articulações internas especialmente no que diz respeito à Vigilância em Saúde, a Atenção Básica, que são os atores principais dessa política e também nós temos um laço bem estreito com a Vigilância em Saúde do Estado, [...] tem a Ação Social e a Educação. (GS6)

[...]Equipe! Eu sou suficientemente grato à minha equipe, porque eu vejo a dedicação, o profissionalismo e a ética [...] nós temos realizado Campanhas dentro do município e as Campanhas a nível nacional, [...] como eu tenho parcerias com as universidades aqui no município, [...] os acadêmicos eles participam de forma efetiva, com palestras, com aferição, com tudo que se tem direito e inerente à saúde

[...], nós entramos com a logística [...] não só o município ganha mas como toda a comunidade e a comunidade acadêmica ganha também, [...] nós temos uma parceria boa com as outras secretarias, Educação-Saúde-Ação Social, [...] a Secretaria de Comunicação, [...] Secretaria de Finanças também, [...] o próprio gabinete do prefeito que dá todo respaldo, [...] aqui a Saúde é como se fosse uma extensão do Gabinete do Prefeito, para todos os eventos, dá todo o suporte, dá tudo, toda tranquilidade ao gestor fazer esses movimentos. (GS3)

Olhe, principalmente a equipe de atenção básica, [...] a equipe do NASF e especialmente a coordenação que lida diretamente com o tratamento e o acompanhamento da tuberculose [...] o prefeito é médico e ele tem olhado para a saúde como prioridade e ele tem sido um parceiro, todas as demandas que a gente apresenta para ele, ele diz “se for para melhorar a situação de saúde da população pode contar comigo. [...] (GS5)

Mediante uma breve análise, podemos perceber nos fragmentos discursivos acima, que todos os gestores entrevistados fizeram referência positiva a outros serviços, sejam eles do próprio município ou do Estado, conforme discriminadas: Vigilâncias em Saúde – Municipal e Estadual; Lacen – Municipal e Estadual; Laboratório de Mandacaru; CHCF; CAPS; gerência e profissionais da AB; SES; Coordenação de TB do Estado; acadêmicos de Instituições de Ensino (IE) parceiras; Secretarias Municipais de Educação, Ação Social, Comunicação, Finanças; NASF, Gestor executivo municipal.

Dessa forma, foi evidenciada a importância de estabelecer parcerias envolvendo atores que facilitem o processo de descentralização das ações, a exemplo da marca do enunciador (GS1): “através de parcerias, nós tentamos fazer com os serviços, como é o Lacen estadual, para nos dar esse suporte diagnóstico, como é o Laboratório de Mandacaru, que também é um parceiro que tem nos ajudado também nessa luta”, em que o gestor considera “parceiros no suporte de diagnóstico” os laboratórios tanto do estado quanto o laboratório de Mandacaru, que são de referência para João Pessoa-PB, e revela um sentido de que considera uma batalha, um desafio, no fortalecimento dessa Política.

Outras destaques nos fragmentos de (GS2): “as referências com o Clementino são ótimas, [...] dá um suporte muito bom”, e de (GS6): “a Vigilância em Saúde, a Atenção Básica, que são atores principais dessa política e também nós temos um laço bem estreito com a Vigilância em Saúde do Estado”, são discursos que ratificam a relevância em articular com outros serviços que oferecem suporte e apoio, quando solicitados.

De acordo com Turgeon (2008) e Bissel (2011), o processo de TP, deve contar com a colaboração de diversos sujeitos e ou grupos da rede formal ou informal, como: administradores, governantes e profissionais, chamados “agentes oficiais”, capazes de se

envolver nas mais diversas etapas desse processo. Tais agentes são passíveis de ter diferentes recursos, poder e interesses, sendo considerados: produtores, remetentes, facilitadores ou detentores de informação que se apresentam como importantes no desenvolvimento e avaliação da transferência de uma dada política, sobretudo durante o estágio de implementação desta nos serviços.

Assim sendo, pode-se dizer que muito embora alguns dos atores aqui identificados nos discursos não sejam necessariamente responsáveis pela transferência dessa política, podem ser considerados agentes colaboradores na consolidação da mesma, a partir dos espaços ocupados em cada local.

Dando continuidade nas análises, observa-se que o discurso do enunciador (GS3) refere-se às articulações existentes no município em razão das campanhas e eventos oferecidos à população, enfatizando além da parceria com os demais serviços, a participação efetiva dos discentes, como uma “troca” vantajosa tanto para o município, quanto para a comunidade acadêmica.

Quando o enunciador identifica com ênfase as ações de controle da TB no formato de palestras e de campanhas sanitárias, pressupõe-se uma prática educativa pontual e nos faz lembrar da história da Educação em Saúde no Brasil, na década de 70, quando o Modelo Campanhista tinha a ideia de que a doença era determinada pela falta de cuidado do indivíduo. Este pensamento não contribuía para o efetivo controle da TB, uma vez que é uma doença de cunho social e para seu controle necessita de ações que favoreçam o empoderamento dos doentes de TB em busca da melhoria não apenas dos serviços de saúde, mas da qualidade de vida (BARRÊTO, 2014).

Ainda quando o enunciador (GS3) expressa: “ *o próprio gabinete do prefeito que dá todo respaldo, [...] aqui a Saúde é como se fosse uma extensão do Gabinete do Prefeito, para todos os eventos, dá todo o suporte, dá tudo, toda tranquilidade ao gestor fazer esses movimentos*”, percebem-se efeitos de sentidos de um discurso político, propagandístico. Semelhante efeito de sentido é percebido nas marcas evidenciadas do fragmento de (GS6): “ *o prefeito é médico e ele tem olhado para a saúde como prioridade e ele tem sido um parceiro, todas as demandas que a gente apresenta para ele, ele diz “se for para melhorar a situação de saúde da população, pode contar comigo!”*”, podendo ser atribuído à posição política ocupada pelos enunciadores que, assujeitados por determinada ideologia, vão tomando determinadas posições ao longo dos seus discursos.

Entende-se por Assujeitamento o movimento de interpelação dos indivíduos por uma ideologia, condição necessária para que o indivíduo se torne sujeito do seu discurso ao,

livremente, submeter-se às condições de produção impostas pela ordem superior estabelecida, embora tenha a ilusão de autonomia (ORLANDI, 1999; SOUZA, 2017).

O componente compromisso político constituído pelo DOTS, relaciona-se à capacidade dos gestores em dispor e articular recursos de informação e conhecimento, recursos organizativos, políticos e financeiros em razão do tempo e das necessidades prioritárias identificadas nos serviços que assistem o doente de TB (SÁ et al, 2011).

Em estudo realizado com gestores na capital do estado da Paraíba, apesar de apontarem diversas fragilidades, alguns participantes demonstraram interesse, motivação e necessidade de investimento na qualificação profissional na perspectiva de reorientação das práticas para o controle da TB (OLIVEIRA et al, 2015). Tal interesse e motivação foram atribuídos nesse estudo àqueles sujeitos sensibilizados e comprometidos com a questão, configurando-se, portanto, como aspectos favoráveis às questões acerca do controle da TB. Vejamos alguns fragmentos textuais nestes sentidos:

[...] elas (da equipe de SF) estavam receptivas e estavam até sedentes, [...] como quem diz: eu não fazia porque ninguém nunca me cobrou, né, essa questão de ser cobrado, e na realidade a gente tem que sensibilizar para eles buscarem [...] não tem muita resistência não, inclusive quando eu peço alguma informação, elas de imediato respondem, sabe, eu noto que elas ficam empolgadas. (GS4)

[...] a gente consegue fazer reuniões para discutir o tema facilmente, a partir do momento que a gente identifica o problema [...]a gente não tem dificuldade de articular reunião emergencial [...] a gente não conseguiu ainda fixar um tempo, de tanto em tanto tempo, não, a gente vai, infelizmente vendo, mais ou menos a necessidade e as dúvidas e a gente vai percebendo a fragilidade dos serviços e aí vai montando um cronograma [...] (GS2)

[...] os profissionais, eles vêm absorvendo tudo que a gente vem trazendo de inovação no sentido de galgar melhoria constante da qualidade. (GS6)

[...] ela (TB) tem prioridade até porque eu estou aqui, [...] eu fui convidada a assumir né, a coordenação [...] se não fosse prioridade teria só a Vigilância em Saúde, entendeu, a Vigilância como um todo para tomar conta de tudo, mas, como a gente sabe que Tuberculose realmente tem uma incidência muito alta no município, então, se eu estou aqui é porque é prioridade[...] (GS1)

[...] então mesmo eu estando responsável pela Vigilância Epidemiológica mas eu me considero responsável pelo agravo de tuberculose e hanseníase, em especial né, a tuberculose do município, claro que tem que dá conta dos outros agravos, mas é prioritário instituir essa política [...]a equipe da Vigilância é sensível ao agravo de tuberculose, então isso favorece muito, porque às vezes o menos é mais, eu posso ter tudo organizado, mas se eu não tiver a vontade, eu não vou fazer, [...] então não

adianta ter estrutura mas não ter a vontade, os profissionais não estarem sensíveis para esse agravo, para esse olhar e também sensível a sair de sua zona de conforto [...] (GS4)

Observa-se nos fragmentos dos gestores (GS4) e (GS2) que ambos percebem a importância dos profissionais apresentarem-se abertos ao conhecimento e receptivos às novas práticas. Entretanto, atentando para a marca de (GS4): “ *não tem muita resistência não*”, o enunciador não deixa claro se existe ou não alguma resistência por parte dos profissionais, e, em caso de existir alguma resistência, o discurso traria um sentido contraditório, visto que tais profissionais também demonstram estarem interessados e empolgados.

Já nas marcas do enunciador (GS2): “ *a partir do momento que a gente identifica o problema [...] a gente não tem dificuldade de articular reunião emergencial [...] a gente não conseguiu ainda fixar um tempo [...] infelizmente [...] a gente vai percebendo a fragilidade dos serviços e aí vai montando um cronograma*”, o gestor revela que não apresenta dificuldade em articular as reuniões de caráter emergencial, ou seja, aquelas surgidas a partir de uma fragilidade identificada, entretanto, lamenta por não conseguir realizar reuniões ordinárias, o que mostra indícios de que a proposta da EPS aqui discutida encontra-se fragilizada. No Bloco III abordaremos melhor essa discussão.

Quando (GS6) expressa: “*eles vêm absorvendo tudo*”, aparece novamente um discurso, dito por outro enunciador, porém, pautado no mesmo tradicionalismo e gestão verticalizada, onde os profissionais de saúde são meramente receptores de informações.

Existem diversos estudos que abordam o conhecimento na forma de aprendizagem, um deles descreve a aprendizagem em quatro pilares fundamentais e que em um certo momento da vida serão de algum modo os pilares do conhecimento para o indivíduo, são eles: (1) *aprender a conhecer* - permite compreender melhor o meio social e seus diversos aspectos, com senso crítico e reflexivo frente às situações vividas; (2) *aprender a fazer* – permite desenvolver competências e habilidades, tornando os indivíduos preparados para enfrentarem diversas situações e capazes de trabalhar em equipe; (3) *aprender a viver juntos* – estabelecer vínculos, participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; e por fim, (4) *aprender a ser* – desenvolver a sua personalidade e aumentar a capacidade de autonomia, discernimento e responsabilidade social (DELORS, 1999).

Nos dois últimos fragmentos listados nesse bloco, tanto (GS1) como (GS4) revelam, respectivamente, de que a gestão dá prioridade e está sensível ao agravo. Interessante se faz destacar que o gestor (GS1), considera que o fato de ser o coordenador da TB no município, já

revela que o agravo é prioridade na gestão, responsabilizando-se ainda mais pelo êxito esperado através do seu gerenciamento voltado especificamente para a TB. Em contrapartida, o gestor (GS4) de município distinto e na posição de gestor da Viep, também considera-se sensível à causa, e evidencia o “olhar” como facilitador desse processo, ainda que tenha organização e estrutura satisfatória, sem a “vontade” de buscar e de sair da “zona de conforto” dificulta um bom resultado, tanto da gestão como das ações dos profissionais da APS.

Dessa forma, podemos interpretar que a sensibilização e o comprometimento, independem do espaço ocupado pelo indivíduo, nesse caso, tanto para o gestor que gerencia a área específica da tuberculose, como para aquele que assume a Viep, área que não abrange só a tuberculose, mas as principais doenças de notificação compulsória, poderão estar sensibilizados com a causa. É fato que, aquele que coordena as ações de um só agravo, poderá disponibilizar de mais tempo para planejar, implantar, implementar, monitorar e avaliar as ações voltadas para uma só doença, entretanto, se não estiver sensível, motivado e comprometido com a causa, os resultados poderão ser menos satisfatórios do que para quem assume a responsabilidade de gerir vários agravos, ou seja, depende do interesse, do “olhar” diferenciado de cada um para o agravo, para o que a doença representa para ele, para a população e principalmente para aquele que está doente – o Outro.

Para entendermos melhor essa sensibilidade do indivíduo com relação ao outro, achamos por bem adentrarmos um pouco no universo filosófico levinasiano.

Emmanuel Lévinas, foi um filósofo francês que por vivenciar os horrores da guerra e da violência nazista regada de ódio ao ser humano, tornou-se extremamente sensibilizado com os problemas humanos, voltando seus estudos para uma ressignificação da ética dessa relação, sob o olhar que envolve a ética da alteridade e da responsabilidade (SOUZA, 1999; CARVALHO, 2009).

Alteridade do latim *alteritas* ('outro') é a concepção que parte do pressuposto básico de que todo o ser humano social interage e interdepende do outro. Diversos são os autores que tentam reproduzir o conceito de Alteridade dado por Lévinas e, mesmo com formas distintas de definições, todos exaltam o Outro. Para Costa e Caetano (2014) a Alteridade é a constituição para o Outro, através do seu Rosto, onde a partir daí deve ser estabelecida a Sensibilidade da Responsabilidade com o Outro.

Esse rosto do Outro, é o momento do deslumbre, quando o ser humano se reconhece como um ser ético e responsável pelo Outro (LÉVINAS, 2004).

Para Lévinas, a relação entre o eu e o Outro é assimétrica e a minha responsabilidade pelo Outro é infinita. Ele afirma que pelo Rosto do Outro é possível descobrir a verdadeira

identidade do eu. Para Lévinas, o rosto é externo, se abre, é compreensivo, apresentado como transcendente. Já o olhar domina, engloba, é tido como apreensivo (LÉVINAS, 2008; 2009).

Retornando à análise dos discursos apresentados nesse bloco e buscando agora interpretar o Outro à luz da filosofia levinasiana, podemos enxergar que o compromisso abordado nesse estudo - por parte da gestão, pelos profissionais envolvidos, ou pelos familiares e a sociedade - está diretamente ligado à responsabilidade e à sensibilidade para com o próximo - o Outro. A seguir, destacamos dois fragmentos discursivos que podem trazer efeitos de sentidos relacionados a esse contexto.

[...], eu inclusive citei dentro dessa capacitação, gente se apaixonem pela tuberculose, [...] e aí eu tentei passar um pouco da minha energia, do amor que eu tenho pelo agravo, para eles e quando realmente a gente se envolve, a gente acaba se apaixonando mesmo [...] é igual a um paciente em abandono que você liga e dá um telefonema para ele, é o maior presente do mundo, “É a senhora? Ligou para mim? Eu não esperava!”, entendeu, ele se sente importante, então, eu, eu, [voz emotiva] acredito muito nisso [...] (GS4)

[...] eu acho que é mais essa, essa agregação de outros profissionais, não só os profissionais da AB, mas outros profissionais [...] para estar acompanhando o dia a dia desses pacientes não só olhando para o doente de tuberculose, mas para a pessoa em si, fazendo o acompanhamento de forma integral [...] então assim, tudo isso está vindo para contribuir na qualidade de vida dessas pessoas. (GS5)

Observa-se que o enunciador (GS4) antes de falar na posição de gestor, fala na posição de ser humano, de indivíduo como ser sujeito, enunciando um discurso sensível, romântico e emotivo, o que nos faz refletir sob a concepção trazida por Lévinas. Ao expressar as marcas: “*se apaixonem pela tuberculose [...] quando realmente a gente se envolve, a gente acaba se apaixonando mesmo*” ele insinua que esse envolvimento é o compromisso e a dedicação pelo que se faz, é o cuidado com o Outro. Além disso, no fio do discurso, enuncia o que representa uma simples ligação para o doente de TB que abandona o tratamento, evidenciando sentidos de que o Outro, nesse caso o doente, surpreende-se com a atitude do gestor, atitude simples porém, dificilmente colocada em prática.

Vale ressaltar, que no momento em que expressa: “... e aí eu tentei passar um pouco da minha energia, do amor que eu tenho pelo agravo...”, bem como na marca: “... *É a senhora? Ligou para mim? Eu não esperava!*”, temos a impressão de que ambas as marcas atuaram como gatilho na memória discursiva, o que parece trazer à tona sentimentos vividos durante sua vasta experiência com a TB, como revelada em outro fragmento:

[...] “eu estou há 15 anos, há 15 anos eu trabalho com Tuberculose, né, e assim, eu iniciei logo na referência terciária, então já tratava tuberculose lá, a gente observava muito e me angustiava muito essa questão do paciente estar lá mas a unidade não saber que ele está, então isso me inquietava muito...” [...]. (GS3)

Para Lévinas, (2004) a responsabilidade com o Outro, que é o próximo, pode ser melhor compreendida pela premissa cristã de “amarás o teu próximo”, e enfatiza: “ Não gosto muito da palavra amor, que está gasta e adulterada...”, dessa forma, enfatiza que a responsabilidade pelo próximo é, sem dúvida, o nome grave do que se chama amor ao próximo, caridade, amor em que o momento ético é dominante sobre o passional, amor sem concupiscência. Ele acredita ainda que o Outro é o nosso interlocutor a quem devemos dirigir as ações éticas de responsabilidade, sobre as quais, não é possível agir diferente, pois agir dentro da ética levinasiana é agir para além da individualidade (SOUSA; XAVIER, 2012 ; LÉVINAS, 2004).

O fragmento discursivo de (GS5), expressa a importância de envolver mais profissionais e acompanhar o doente de forma integral, adentrando em um dos atributos essenciais da APS, a Integralidade. Dessa forma, subentende-se que o gestor atribui como aspecto favorável à política de combate a TB, o envolvimento ampliado dos profissionais da rede de saúde na prestação de uma assistência que envolva a promoção, prevenção, cura, o cuidado, a reabilitação e os cuidados paliativos ao doente, favorecendo, assim, a uma melhor qualidade de vida ao doente.

No decorrer de toda a discussão do Bloco discursivo, que compreende os Aspectos Favoráveis para a Transferência da Política do TDO, vimos que os gestores, através dos sentidos produzidos pelos seus discursos, identificaram como facilidades já encontradas nos municípios: alguns recursos – físicos, humanos, tecnológicos, materiais e instrumental normativo; as parcerias e as articulações existentes entre a gestão e demais atores envolvidos; o interesse dos profissionais da APS em cooperar e adquirirem conhecimentos; a priorização e a sensibilização da gestão para com a TB, estimulando a humanização e responsabilidade dos profissionais para com o doente e a contribuição dos gestores experientes, responsáveis pelo agravo.

Se observarmos cada um desses “aspectos” podemos perceber que a maioria dos fragmentos, fazem menção às ações que envolvem a política de combate à TB como um todo, e que estão implicadas direta ou indiretamente em todo o processo, como: na busca ativa; na prevenção; no diagnóstico; no acompanhamento; no tratamento, que

supostamente evidencia o tratamento convencional, considerando portanto, uma semelhança entre os dois primeiros blocos desse estudo, no que diz respeito aos poucos pronunciamentos relacionados diretamente às ações voltadas à implantação do TDO.

BLOCO DISCURSIVO III – BARREIRAS NA OPERACIONALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

Nesse último bloco discursivo, serão contempladas as análises dos fragmentos que evidenciaram as dificuldades identificadas na operacionalização do TDO, a partir dos discursos dos gestores.

Considerando que a AD utiliza-se da paráfrase como recurso de interpretação na análise do material estudado, e que o dizer se encontra em constante movimento de idas e vindas, alguns fragmentos serão menos discutidos, vez que já poderão ter sido contemplados com maior ênfase nos blocos anteriores. A exemplo da proposta de investir nos laboratórios, contemplados no bloco I, sendo identificado aqui como uma barreira, será apresentado um discurso mais sucinto, desde que já tenha sido contemplado sentido semelhante nas análises anteriores. Dessa forma, a análise se tornará menos repetitiva para o leitor.

Um outro aspecto que será constituído nesse Bloco, é que apesar de aqui serem identificadas as barreiras, fragilidades ou dificuldades, no TDO, à medida que formos analisando, poderão ser alternados outros fragmentos que evidenciaram estratégias ou práticas de outros enunciadores que poderiam ser aplicadas, com o intuito de já nesse estudo, exercitarmos a troca ou a transferência de experiências exitosas, que muitas vezes poderão ser facilmente aplicadas com resultado rápido e positivo.

Assim, iniciamos nossa análise apresentando enunciados conformados sob aspecto das barreiras identificadas na gestão.

[...] ficaram sem atendimento esses pacientes há mais de 2 anos, então os pacientes eram atendidos todos na referência [...] para o Ministério o que é mais importante é o que está no Sistema, então o que nós tínhamos no Sistema era assim, assustador, [...] quando nós fomos avaliar: a cura lá embaixo, o abandono lá em cima né, os pacientes todos fora do município, sem informação, tinha alguns que você não sabia o que tinha acontecido com ele, [...] (GS1)

[...] o município também vem passando por uma fase difícil, politicamente, [...] sempre está tendo aquela mudança né, [...] rotatividade isso acontece, mas lá isso

está acontecendo com mais frequência durante o ano, [...] a gente tem tido muitas mudanças ainda, remanejamento desses profissionais (GS4)

[...] então, até você convencer a pessoa, de que isso (TDO) é realmente importante né... é complicado, e assim, uma coisa que é um complicador é a rotatividade profissional [...] (GS2)

Os fragmentos acima, ratificam o que apresentamos quanto ao cenário crítico em alguns municípios participantes do estudo. Através dos discursos, os gestores enfatizam que algumas das situações comprometem o avanço das ações de controle da TB, como: pacientes sem acompanhamento no município de origem; sistema de informação fragilizado; subnotificação dos casos e a rotatividade frequente de profissionais, este destacado como uma dificuldade que perdura nas gestões dos municípios, sejam municípios que passaram por transição política ou não.

Alguns estudos realizados na Paraíba, destacam a rotatividade de profissionais da APS e de gestores e responsáveis pelas coordenações de TB, como um obstáculo no processo de continuidade tanto da assistência aos doentes, como do planejamento das ações voltadas para o controle da TB (SÁ et, 2011; TRIGUEIRO et al, 2011; OLIVEIRA, 2015).

Trigueiro *et al* (2011), analisou em seus estudos, a percepção dos gestores de saúde quanto às práticas que norteiam as ações de controle da TB, em municípios da região metropolitana de João Pessoa, PB e, identificou em alguns discursos que as formas inadequadas de contratação dos trabalhadores de saúde provocam a rotatividade frequente de pessoal, tanto dos profissionais da AB, quanto dos gestores responsáveis pelo PCT, prejudicando a continuidade e a organização dos processos de trabalhos já iniciados.

Essa precarização trabalhista poderia ser evitada com a realização de concursos públicos, proporcionando vínculos efetivos junto aos órgãos públicos, bem como, a garantia de salários justos e de uma política de cargos e carreiras fortalecidas.

Se observarmos bem, nos discursos em que os enunciadores se referem à gestão política, às transições e seus efeitos, há indícios de que esses, na posição ideológica de sujeito gestor deixam de descrever com mais detalhadas algumas falas, resultando em um discurso mais superficial. Isto pode ser atribuído ao fato de se tratar de profissionais em cargos de gestão e dessa maneira, um cargo de confiança de um gestor de autoridade hierarquicamente superior, sendo identificado ao longo do dizer uma margem de não-ditos que também pressupõe significados, conforme ratifica Orlandi (2012), quando diz que com as relações de poder em uma sociedade como a nossa produzem comumente o silêncio acompanhado das palavras.

Desse modo, ao longo do dizer, há toda uma margem de não-ditos que também apresentam significados reflexivos. Apesar dos discursos apresentarem indícios de silenciamento influenciados muitas vezes pelas relações de poder que os envolvem, não coube nesse estudo aprofundar a análise sobre esse aspecto. Preocupamo-nos, portanto, em preservar o anonimato e focar no objetivo maior do estudo.

Dando prosseguimento, vimos em fragmentos abordados anteriormente, principalmente no primeiro bloco discursivo, algumas evidências de que as gestões vêm propondo ações para o “resgate” dos doentes de TB que estavam sendo diagnosticados, acompanhados e tratados na UR, mais precisamente, no CHCF. A seguir, podemos compreender melhor as razões pelas quais isso vem acontecendo habitualmente, sob ponto de vista dos gestores participantes desse estudo, como mostram os fragmentos mais detalhados adiante.

A maioria dos casos são iniciados na referência terciária, né, criou-se um vício... tá com dor, tá com febre, e tossindo? Vai para o Clementino Fraga [...] ele pula, muitas vezes ele nem vai para o hospital do seu próprio município que ele não acredita que vai dar resolutividade, muitas vezes existe aquele preconceito e mesmo pela situação mesmo do município... então tem um hospital que não tem leito suficiente, vai e não encontra médico, não encontra um plantonista, um especialista na hora, então ele foge, muitas vezes ele vai para a referência terciária, e muitas vezes ele já chega com hemoptise volumosa, com quadro de perda de peso, emagrecimento e aí realmente não é indicação para a AB, já é a questão da hospitalização e aí quando ele melhora o quadro, é diagnosticado, faz raio X, baciloscopia e outros exames que muitas vezes precisam ser feitos, e ele vai, recebe alta e não quer voltar para o município de origem [...] (GS4)

[...] quando o Estado diz que a referência tem muito paciente dos municípios, aí sabe o que eu disse na última fala? Mande o paciente de volta [...] eu tenho suporte para diagnóstico, para tratamento, para notificação e acompanhamento, não tem porquê vocês segurarem o paciente, aí elas dizem assim: Não, mas a gente tem medo de não notificar o paciente, porque a partir do momento que a gente não notifica, a gente não tem como ir buscá-lo. Por exemplo, se eles (UR) não fizerem o atendimento, eles não têm os dados do paciente, então como é que ele vai dizer: Oh! Município tem o paciente fulano de tal para você procurar, que ele teve aqui [...] eu não percebo assim não, sabe, eu acho que tem que ter um instrumento, alguma coisa para mandar esse paciente voltar, foi fragilidade do município mas foi observado na referência: pronto, a gente vai ficar com você aqui, agora a próxima consulta você tem que ir para o município, mas isso fica a cargo do paciente, o paciente é quem decide aonde ele quer fazer o tratamento, aí enche a referência terciária, aí os casos de MDR por exemplo, ficam todos comprometidos, as coinfeções ficam todas comprometidas porque está atendendo caso novo dos municípios que não dão suporte [...] No

Clementino ele consegue fazer um raio X, uma baciloscopia e uma consulta com pneumo no dia só, [...] ele consegue um teste rápido com duas horas e saber se ele é droga multirresistentes [...] Como é que a gente tem como fazer um diagnóstico em duas horas? Não tem como! [...] (GS2)

Achamos por bem trazer esses dois recortes mais extensos porque apresentam uma emaranhada teia discursiva que, se retirássemos algumas partes das sequências, os sentidos poderiam ficar deslocados.

A partir dos recortes acima, é notório perceber nos discursos o sentido de angústia e de desabafo ao falar de um “nó crítico” existente, que é a prevalência de doentes de TB residentes nos municípios buscarem como primeira opção a UR do Estado para serem tratados e acompanhados. E aqui nesses dois fragmentos, reportamo-nos a municípios distintos, sendo um prejudicado com a transição política e o outro não, de acordo com os discursos dos responsáveis pela TB nos municípios, o que indica que independentemente de como esteja politicamente o município, o problema de fato acontece e incomoda substancialmente os gestores responsáveis pela organização das ações e tentativa de fortalecimento da APS, principalmente no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes.

O enunciador (GS4), servindo-se de sua memória discursiva em experiências vividas no passado, narra a situação de um paciente que não chega a procurar nem a unidade hospitalar do seu município, seja pela falta de recursos humanos ou materiais, ele busca primeiramente o CHCF, tanto pelo “vício” já instalado na população, “*tá com dor, tá com febre, e tossindo? Vai para o Clementino Fraga*”, quanto pelo fato de já se encontrar com complicações do quadro, com indicação caracterizada realmente para procurar a assistência terciária e, ao receber alta hospitalar, resiste em retornar ao município. Diante desses dois cenários no fragmento podemos identificar as seguintes barreiras, respectivamente: a falta de credibilidade da população relacionada à fragilidade na oferta de exames e profissionais nos hospitais municipais e, principalmente, a baixa resolutividade da APS na capacidade de realizar a busca por SR, o diagnóstico precoce e o tratamento, evitando complicações, como foi relatado.

Já o enunciador (GS2), na posição de gestor responsável pela tuberculose no município, quando enuncia “... *Mande o paciente de volta*”, observa-se um sentido de discurso imperativo, reflexo do que afirma a UR “... tem muito paciente dos municípios...”, como de um discurso seguro e convincente ao justificar: “*eu tenho suporte para diagnóstico, para tratamento, para notificação e acompanhamento...*”, entretanto, mesmo o município oferecendo condições estruturais, há indícios de que a UR “segura” o paciente com receio desse

não retornar para a APS. Portanto, para não haver descontinuidade, abandono e até mesmo casos de multirresistência, o hospital garante todo o tratamento. Dessa forma, o recorte, evidencia fragilidade na contrarreferência, quando deixa o paciente “decidir” onde quer se tratar, descaracterizando a assistência terciária ao assumir todos aqueles casos em que a APS deveria acompanhar.

De fato, pelo que nos foi apresentado, qualquer doente numa situação semelhante a esse cenário, sabendo das fragilidades no seu município, tanto de recursos, como de morosidade nos resultados de exames e consultas, e sabendo da existência de uma referência que oferece todos os tipos de assistência, garantindo acessibilidade, agilidade e qualidade, com certeza escolheria ser tratado na UR. Alguns questionamentos surgem: os usuários do SUS, sabem de fato o que o seu município oferece? O que a APS poderia fazer para reverter essa realidade? E quando diagnosticado na UR, por que o paciente “resiste” em retornar ao seu município de origem para a continuidade e acompanhamento do tratamento? Os serviços e os profissionais da assistência de seu município de origem oferecem credibilidade e confiabilidade?

Segundo Sá *et al* (2011), em estudo que abrangeu municípios prioritários para a TB na Paraíba, identificou que o despreparo da equipe local; a precariedade da estrutura técnico-administrativa; a insuficiência da rede laboratorial e a baixa incorporação da busca de SR, dificultaram o processo de implantação do DOTS.

Outro estudo mais recente analisou os “pontos de estrangulamento” ou “gargalos” que afetam os atributos essenciais da APS, a partir dos discursos de profissionais que atuam no CHCF, e identificou pontos que comprometem o diagnóstico e acompanhamento dos doentes de TB no âmbito da APS, dentre eles: a ausência de vínculo e ações de acolhimento dos profissionais da APS; atitudes que sugerem preconceito por parte dos profissionais das USF; dificuldades de acesso à realização de exames e consultas; fragilidades no sistema de referência e contrarreferência, comprometendo assim, os atributos da APS (PINHEIRO, 2016). Apesar dos entrevistados deste estudo estarem na posição de profissionais assistenciais do CHCF, percebe-se uma coerência com os discursos dos gestores que vêm sendo apresentados nesse estudo.

Adiante, o enunciador (GS2) aponta o preconceito por parte dos profissionais como um obstáculo no atendimento ao doente de TB, principalmente para o TDO. Já no discurso do enunciador (GS5) há hipóteses de que se refere ao preconceito por parte dos profissionais e/ou da população. Vejamos a seguir:

[...] a gente sabe que ainda existe muito preconceito do profissional, independente do nível de formação dele, a respeito de atendimento ao paciente de TB, então isso era para ser muito bem explicado e muito bem explícito para a população [...] o fato do preconceito é um dificultador gigante para o TDO. (GS2)

[...] existe ainda aquele preconceito com relação ao usuário de tuberculose e aí como eles estavam se sentindo meio que abandonados eles foram buscar a assistência em João Pessoa [...] ela (TB) é uma doença tradicionalmente que já gera esse tipo de afastamento das pessoas né porque ela tem um risco de contaminação e as pessoas têm um certo preconceito com relação à transmissão [...] (GS5)

O preconceito contra portadores de algumas doenças, que historicamente são estigmatizantes, gera muitas vezes mais sofrimento e sequelas que as próprias doenças (PINHEIRO, 2016). A tuberculose, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, ainda carrega o preconceito e estigma enraizado em nossa cultura.

Os fragmentos destacados acima revelam tanto o preconceito por parte dos profissionais quanto o preconceito por parte da população. As atitudes preconceituosas causam impactos negativos aos doentes de TB, contribuindo para baixa autoestima, má adesão e abandono do tratamento. Além disso, muitas vezes a própria família do doente reproduz atitudes preconceituosas observadas por parte dos profissionais (PINHEIRO, 2016).

Um outro agravante observado pelos gestores e que contribui para o estigma e preconceito são os determinantes sociais envolvidos, como: posição socioeconômica desfavorável; comorbidade de TB e AIDS; alcoolismo, dependência química; má nutrição e barreiras de acesso aos serviços de saúde. Esses determinantes expõem a complexidade do problema e a necessidade do estabelecimento de novas estratégias para o enfrentamento da TB (OLIVEIRA, 2015).

[...] a gente observa dentro de um diálogo, quando a gente vai transferir um paciente, “Ah! Eu conheço, ele é usuário de drogas, é muito difícil! [...] ele é prioritário para casos de tuberculose multirresistente, então existem, eles estão lá soltos dentro das comunidades e a gente precisa identificá-los (GS4)

[...] a gente tem aqui uma grande quantidade de usuários de álcool e droga, que é um grande problema, um grande desafio né pra o Programa. [...] (GS1)

[...] geralmente a maioria dos pacientes de tuberculose são pacientes que é população de rua, que é usuário de droga, [...] você acompanhar um paciente desse é complicado, [...] morador de rua não é de ninguém mas é de todo mundo, mas ninguém quer ser responsável, [...] parece que ele não é cidadão, ele não é tratado

como cidadão, ele é alguém transparente para todo mundo que perpassa por todos os lugares, mas não é de ninguém. (GS2)

[...] por ser uma zona portuária, por ser porta aberta, é muitos migrantes, então, a gente tem esse cuidado de que, não se alastre de forma que a gente perca o controle, [...] muitos a gente detecta que são de fora, são aqueles usuários dos portuários, também os caminhoneiros que vem aqui em busca de seu trabalho [...] a questão sócioeconômica, então tudo desencadeia para um possível candidato a ter a TB [...] temos uma área portuária, que já é uma barreira, já é uma dificuldade, eu tenho essa barreira.(GS3)

Nas análises dos fragmentos acima, percebe-se que os determinantes sociais são complicadores para o tratamento da TB. Pelos discursos, foram identificados que os usuários de droga; moradores de rua; usuários dos portuários e caminhoneiros estão mais vulneráveis aos riscos de serem acometidos pela TB.

Observa-se que o enunciador (GS2) ao expressar “*morador de rua não é de ninguém mas é de todo mundo [...] ele é alguém transparente para todo mundo que perpassa por todos os lugares mas não é de ninguém*”, ao tempo em que evidencia efeito de sentido marcado pela exclusão social em relação aos moradores de rua, denuncia a responsabilização de todos, e aqui incluem-se profissionais de saúde, familiares, coordenadores dos programas, autoridades dos poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário, e toda a sociedade, como protagonistas exercendo direitos políticos e sociais, que contemplem os interesses coletivos e o exercício da cidadania.

Nesse contexto, é importante refletir sobre “ser ou não ser de alguém”, cuja expressão revela uma condição para que o doente “pertença a alguém”. Na prática, se imaginarmos um doente de TB, inserido na APS com a estratégia DOTS implementada e sob os cuidados propostos nessa lógica, deduzimos que ele “pertence” aos profissionais de saúde, e consequentemente, “pertence” à ESF e a toda a rede de assistência. Entretanto, se esse doente for uma pessoa que se encontra em situação de rua temos a ideia de que esse indivíduo não tem um profissional, ou um serviço que seja responsável por ele, que ofereça a devida assistência. Essa reflexão vem ao encontro ao pensamento levinasiano abordado nesse estudo.

Apesar do enunciador (GS3) ser representante do mesmo município de (GS2), à medida que ele identifica outros grupos de vulnerabilidades social no município, destacando a região portuária, como um agravante, ele silencia a respeito dos moradores de rua. O mesmo acontece com (GS2), que dando mais ênfase aos moradores de rua acaba silenciando em seu discurso a zona portuária, que de fato necessita de um olhar mais específico, pela singularidade

em relação aos demais municípios adscritos no estudo e por favorecer realmente à vulnerabilidade social.

Considerando a posição ideológica que esses gestores ocupam e ponderando que diante da sociedade a região portuária representa maior visibilidade que os moradores de rua, há evidências de um possível apagamento inconsciente de (GS3) a respeito dos moradores de rua, tendo em vista que a posição de sujeito ocupada pelo mesmo é interpelada pela ideologia.

O Porto de Cabedelo-PB, idealizado desde 1893, de propriedade da União, atualmente é administrado pela Companhia Docas da Paraíba – Docas/PB, e vinculada à SEP – Secretaria Especial dos Portos. Devido à sua magnitude, com área de influência para diversos estados e envolvendo comércio externo e interno, o Porto apresenta intenso fluxo de cargas e passageiros advindos de diversas cidades e países. Alguns navios atracados já chegaram a receber mais de 2.000 pessoas em um só dia, como ocorrido em dezembro de 2017. Em relação à saúde e meio ambiente, existem os programas de gerenciamento de resíduos; combate à Cólera; à Dengue e à Zika, que contam com diversas parcerias das três esferas. A Secretaria Municipal de Saúde, através da Vigilância em Saúde, participa dos movimentos de prevenção, com campanhas, palestras e outras atividades afins (GOVERNO DA PARAÍBA, 2017).

Diante desse cenário complexo, é notória a especificidade local desse município, quanto aos determinantes sociais favoráveis à tuberculose e demais doenças, e a consequente preocupação em investir em ações estratégicas para o controle das doenças transmissíveis, principalmente em grupos de maior vulnerabilidade.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, juntamente com o PNCT, lançaram o documento “Direitos Humanos, Cidadania e Tuberculose na perspectiva da legislação brasileira”, fundamentados pelos princípios universais de direitos humanos, a Constituição Brasileira e a legislação Nacional, com o intuito de contribuir para a melhoria das políticas públicas; para o fortalecimento da luta pela equidade; na ampliação do acesso das populações mais vulneráveis aos bens e serviços de saúde, oferecendo aos profissionais de saúde informações relevantes na melhoria do exercício de suas atividades em prol das pessoas afetadas pela TB (OPAS, 2015).

Segundo o documento, considerando que a TB atinge marcadamente grupos específicos: população em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, pessoas vivendo com HIV/Aids e população indígena, enfatiza que existem inúmeros obstáculos para a adesão adequada ao tratamento, como: problemas sociais, fome, miserabilidade; falta de expectativa na vida em grupos vulneráveis; preconceito por parte de equipes; fragilidade no acolhimento e vínculo das equipes. Dessa forma, orienta que as equipes de saúde devem oferecer equipe

multidisciplinar qualificada, assistência baseada no acolhimento e inovação com estratégias de acordo com as necessidades locais, dentre inúmeras outras orientações que nesse estudo não conseguiremos detalhar, mas apenas informar a existência desse documento como instrumento de fácil acesso e pesquisa ao leitor (OPAS, 2015).

Dando continuidade, ainda sob o aspecto dos determinantes sociais, um fato interessante foi observado. Dos seis entrevistados, apenas um gestor enunciou em seu discurso a AIDS, como determinante social, conforme segue abaixo, o que podemos interpretar que as outras doenças e/ou determinantes sociais enunciados pelos outros gestores tomaram o espaço da AIDS, ocasionando o silenciamento da doença.

[...] a princípio não tinha a população, o número de casos, a incidência era baixa, a população era pequena, mas pela questão portuária, pela questão da coinfeção TB/AIDS, a gente, a nível de Estado começou a olhar Cabedelo como um município prioritário [...] (GS4)

O enunciador (GS4), utilizando-se de sua memória discursiva, e interpelado pela ideologia, remete-se ao passado, quando na oportunidade exercia suas atividades no município supracitado, evidenciando o sentido de um discurso marcado pelo olhar diferenciado ao identificar uma singularidade naquele município.

Neste norte, oportuno se faz alertar para o que de fato representa esse silenciamento dos demais gestores entrevistados, considerando que a infecção pelo HIV configura-se um grande desafio na atualidade e se constitui como uma epidemia conhecida em todos os continentes, abrangendo aspectos que perpassam os componentes individuais (NOGUEIRA et al, 2017), além disso, a TB é a principal causa de morte, por doença infecciosa, em pessoas vivendo com HIV/Aids, e o uso da terapia antirretroviral em pacientes coinfectedos reduz a mortalidade nesse grupo mais vulnerável. Segundo o MS, a TB é uma importante estratégia na identificação oportuna dessa coinfeção e introdução precoce dessa terapia, entretanto, ainda se encontra limitada e para avançar recomenda-se intensificar o monitoramento da TB envolvendo áreas estratégicas, como a vigilância da Aids e a APS (BRASIL, 2017).

Diante dessa complexa situação, esperava-se que mais gestores, ao se remeterem aos determinantes sociais, incluíssem esse agravo em seus discursos. Nogueira *et al* (2017), em estudo sobre a vulnerabilidade feminina e o HIV, concluiu que mesmo com as limitações enfrentadas pelos serviços de saúde, faz-se necessário ampliar o olhar para a doença, adotar ações sistematizadas e instrumentos específicos e aplicáveis a cada realidade, de forma a

oferecer um cuidado integral e qualificado aos diversos segmentos populacionais. (NOGUEIRA et al, 2017).

Nesse contexto que reforça a relevância da integralidade no cuidado dos doentes de TB, identificamos o fragmento de um enunciador que ao recorrer à memória discursiva, fala não na posição de gestor, mas na posição de profissional da assistência em outra época, na qual o cuidado aos doentes de TB com vulnerabilidade social foi construído pelo sujeito a partir de uma ideologia centrada no acolhimento e esforço do profissional.

Então, pela experiência que eu tenho de tratar alcóolatra, usuário de crack e outras drogas, assim, quando a gente se esforça um pouco não tem muita resistência, porque eles já acham que eles já estão abandonados [...] para quem está fazendo tratamento supervisionado também, o usuário de droga, tem um momento que ele está lá dormindo, né, geralmente eles tem muito o hábito noturno, dorme o dia todo e no finalzinho da tarde começa a sair, [...] outra coisa, aquele tabu: Olhe não pode beber! Se você, for dizer a um paciente de tuberculose que ele não pode beber, ele vai deixar de tomar o remédio, ele não vai deixar de tomar o álcool, né, então você tem que ver [...] mas assim, tudo é estratégia, né, e eu acho assim, a gente tem que fazer o que puder, o máximo que a gente puder [...](GS4)

O enunciador (GS4) enfatiza a importância dos profissionais exercerem o cuidado de forma singular para cada situação encontrada e anuncia que esses doentes, por se sentirem abandonados, não apresentam tanta resistência quanto parece.

Dessa forma, tanto no caso de um doente de TB usuário de droga realizando o TDO, como no caso em que o enunciador se remete ao tratamento convencional em alcoolista, ambos, evidenciam sentidos de um provável abandono ao tratamento se o profissional não tentar encontrar uma melhor forma de conduzir esse processo. O que reforça a importância em planejar estratégias a partir da especificidade de cada indivíduo e esse ser ativo no seu projeto terapêutico.

No fragmento abaixo, o enunciador (GS4), permanecendo na mesma posição de profissional assistencial, refere-se ao acompanhamento de um ex-presidiário, conforme se segue:

[...] já tratei presidiário que acompanhei ele e ele vinha todas às vezes algemado no serviço e ele, um belo dia, ele vem com a bolsa livre nas costas, me procurando nos corredores, quando eu olhei eu disse: Menino, o que tu fizesse? Por quê? Porque ele poderia ter sido solto, mas também poderia ter fugido, e vindo me procurar, e aí ele disse: “[...] fique tranquila, eu recebi minha condicional, tô livre, quero que a senhora me dê meu remédio, porque eu quero me cuidar” [...] tudo é

estratégia, né, e eu acho assim, a gente tem que fazer o que puder, o máximo que a gente puder, e muitas vezes o que a gente acha que é o máximo é o mínimo, então, dentro do limite vamos fazer (GS4)

Ao analisar o fragmento de (GS4), logo se percebe tamanha semelhança com o pensamento Althusseriano, quando o filósofo exemplifica uma cena teórica, em que o indivíduo ao ser chamado pelo policial, é interpelado pela ideologia e naquele momento se reconhece como sujeito (ALTHUSSER, 1974). Nesse contexto, voltando-se para o fragmento e imaginando o cenário apresentado, no momento em que o enunciador (GS4) é chamado, ou seja, interpelado pelo ex-presidiário, o enunciador passa de indivíduo concreto para sujeito concreto e reconhece o chamado na posição de profissional de saúde da assistência.

Observa-se ainda na essência desse fragmento que (GS4), quando enuncia a forma como se reporta ao paciente ex-presidiário, ao tempo em que traz um efeito de sentido de receio ou medo do que estaria trazendo aquele paciente de volta, revela uma certa aproximação e vínculo com o mesmo, e parece-nos que é exatamente esse tipo de relação construída que contribui significativamente com o êxito no resultado, onde o profissional, ciente dos riscos a que pode estar exposto, esforça-se para construir uma relação baseada na confiança e no respeito pelo outro.

Nos fragmentos acima, são relatadas experiências exitosas quando se presta uma assistência humanizada e integral aos doentes: usuário de droga; alcoolista e ex-presidiário acometidos pela TB, no entanto, sabe-se que nem sempre esse resultado é positivo.

A OPAS enfatiza em suas recomendações uma assistência integral por equipe multiprofissional qualificada, principalmente em casos de dificuldades de adesão ao tratamento, que expõe ainda mais aos riscos de infecção em terceiros, especialmente familiares e crianças. Entretanto, mesmo com todo o esforço da equipe, em condições e ambientes adequados, em caso de esgotadas todas as possibilidades de mediação sem que o doente consiga e/ou decida pela adesão ao tratamento, é recomendada uma possibilidade de intervenção judicial para internação compulsória. Esta medida deve ser avaliada criteriosamente, caso a caso, por um juiz competente (orientado por profissionais de saúde e assistentes sociais), através do devido processo legal, garantindo-se o contraditório e a ampla defesa. A OPAS ressalta, que casos como este são consideradas medidas extremas e que não devem ser usados como opção para “solucionar” as deficiências do SUS ou mesmo para o eventual despreparo das equipes envolvidas, devendo, portanto, antes de qualquer passo, empreender todas as etapas do processo

de convencimento do paciente a aderir ao tratamento, que envolvem acolhimento, vínculo, conquista da sua confiança e escuta (OPAS, 2015).

Ao falarmos de vínculo, logo nos remetemos a algo que expressa ligação, laço e, nesse contexto entre profissionais de saúde e os pacientes de TB, não é diferente o comprometimento, a confiança e a responsabilidade construídas de forma que favorecem o fortalecimento dessa relação, contribuindo em vários aspectos e situações singulares na atenção ao usuário com TB (OLIVEIRA, 2015).

Como podemos observar ao longo desse trabalho, o estabelecimento e fortalecimento do vínculo entre o profissional de saúde e o doente vem sendo recomendado por diversos estudos sob a perspectiva da RAS e destacando a relevância da APS.

Como se sabe, a APS propõe uma assistência aos usuários com TB de forma integral por meio do conhecimento de suas reais necessidades, persistência na inserção do doente no processo de reabilitação da saúde e no fortalecimento do vínculo da tríade: usuário, profissional e serviço de saúde, a fim de que as ações realizadas sejam compatíveis com a realidade encontrada de cada paciente com TB, bem como, incorporadas aos atributos essenciais da APS, principalmente a longitudinalidade e a integralidade (PINHEIRO, 2016).

À questão do vínculo também cabe uma reflexão importante, considerando que este tema se tornou frequente nos estudos e nas discussões voltadas à efetividade da APS, mas pouco se é colocado em prática efetivamente. É possível que em algumas situações o fortalecimento efetivo do vínculo possa ser um movimento inovador, como nesse estudo, em que a gestão dos municípios percebe que os doentes de TB muitas vezes criam mais vínculo com a referência estadual à USF do seu próprio município. Desse modo, cabe à gestão e aos profissionais da APS investirem em estratégias efetivas que busquem fortalecer o vínculo não só como uma ferramenta para a adesão ao serviço e ao tratamento por parte daquele doente, mas em sentido mais amplo, como um mecanismo que eleva a condição de sujeito independentemente de estar ou não adoecido por tuberculose.

Em relação ao TDO, considerando ser uma estratégia para a adesão ao tratamento com a observação diária da ingestão do medicamento por parte de um profissional da saúde, excepcionalmente poderá ser realizado por uma pessoa que tenha vínculo com o doente, e nesses casos, os profissionais deverão acompanhar semanalmente o suporte ao tratamento. Alguns municípios vêm adotando outras estratégias para implementação do TDO, como é o caso do “apadrinhamento”, adotado pelo programa municipal de controle da TB em Gravataí/RS, que consiste na identificação de membros da comunidade que têm vínculo com

o usuário e se corresponsabilizam pelo acompanhamento dos casos de TB durante o TDO (BRASIL, 2014).

Desse modo, em meio às dificuldades de adesão ao tratamento, identificar um “padrinho” que atue com maior facilidade e acesso ao doente poderia contribuir significativamente para o êxito no tratamento. A seguir podemos observar um fragmento discursivo que seria possível essa indicação:

[...] em pacientes que trabalham o dia inteiro e fazem uso da medicação muito cedo, o agente de saúde não tá presente, né, tem usuário de drogas, tem muita prostituição enfim, aí é difícil fazer o TDO nesses casos, [...] se já é difícil alguém ir na sua porta tomar o remédio na frente dele, você imagina esse cidadão ir todos os dias para a unidade de saúde, que entende-se como unidade de saúde como algo próximo, mas nem sempre é. (GS2)

O enunciador (GS2) faz menção a uma questão que é comum de acontecer e que vem aparecendo em vários estudos; a incompatibilidade nos horários entre o doente e o profissional da ESF, vez que frequentemente apresentam rotinas de trabalho diferentes. Além disso, o gestor enuncia a dificuldade no acesso à USF quando essa é distante da residência do doente, sendo considerados dois exemplos de barreiras à operacionalização do TDO.

Falar de acesso, nos remete a outro atributo essencial da APS; o Primeiro Contato, vez que a APS representa a porta de entrada dos serviços de saúde, sendo procurado regularmente a cada vez que o usuário precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde (PINHEIRO, 2016).

Oliveira *et al* (2015), através dos discursos de profissionais de saúde que atuam como gestores e coordenadores no controle da TB em João Pessoa/PB, ao identificar problemas quanto ao acesso e à equidade na atenção aos doentes de TB, reforça o que recomenda o Protocolo do TDO ao enfatizar que a garantia ao acesso e à equidade ao doente de TB significa atentarmos para a localização da unidade onde se pretende dar atenção ao doente; escolher local de fácil acesso, próximo ao local de moradia e/ou em unidades próximas ao seu local de trabalho, observando o tempo e meios de transporte utilizados para o seu deslocamento e minimizando as dificuldades a serem enfrentadas pelo doente.

Seguindo as análises desse último bloco discursivo, foram identificados fragmentos que conformaram outros sentidos que fragilizam a operacionalização do TDO. Vejamos a seguir:

[...] acredito que as pessoas não entendem o TDO como parte efetiva de um tratamento medicamentoso né, ele precisa ser observado muito de perto para que ele seja realmente efetivo, mas as pessoas, os profissionais que administram e que fazem esse acompanhamento eles não compreendem como diz a política [...] fazer com que eles entendam que eles precisam passar na casa desse usuário todos os dias e vendo ele tomar a medicação [...] então ele passa um dia, dois, e vê que o paciente tem uma responsabilidade sobre si e ele deixa isso passar, a gente sabe que isso acontece na prática para a maioria do Brasil inteiro, né, então isso não é uma coisa que acontece só aqui no município, eu acredito que seja um obstáculo que acontece para todo mundo que faz TDO. Isso é complicado demais. [...] (GS2)

No fragmento acima de (GS2), o enunciador nitidamente expressa sua impressão quanto à efetividade do TDO no município, evidenciando como barreira para sua operacionalização a resistência dos profissionais da APS por não entenderem de fato a política e os benefícios dessa prática. Pensando dessa forma, permite-nos questionar quanto ao processo de Educação em Saúde que está sendo realizado no município. Para tanto, identificamos outro recorte de fragmentos do mesmo enunciador em que evidencia essa necessidade:

[...] Eles não vão, faltam, e aí parece que o complicador é porque aquele (faltoso) agente de saúde na mobilização e na transferência da atualização é justamente o agente de saúde que vai ter um paciente com tuberculose, [...] se acham muito expert, eu já escutei muito isso também, “ ah, eu já tratei muita gente com tuberculose, já sei como é”, [...] se acham no direito de não ir participar [...] então assim, para a gente mobilizar e retirar todo mundo da área é complicado, porque a gente não pode deixar a área descoberta [...] tem muita gente que já é da equipe de saúde da família há muito tempo, e entendem que é para ser realizado, tanto é, que eles colocam “SIM”, mas que não faz, porque quem tem tratamento diretamente observado não faz abandono, não se admite paciente de TDO com abandono, a não ser que se tenha uma justificativa muito boa [...] tem outros que na notificação deixa em branco, eles nem assumem que não fazem, acho que não se dão ao luxo de perguntar o que é aquilo, o que é que está se falando, o que é aquela pergunta [...] (GS2)

No recorte a acima, utilizando-se de sua memória discursiva, o gestor narra com indignação, que os ACS e demais profissionais faltam às agendas oferecidas pela gestão na área da TB por acharem que já conhecem bem o agravo e seu manuseio. Ainda no fio discurso apresenta outras fragilidades relacionadas ao conhecimento e à informação, por parte dos profissionais da saúde, quando anuncia as inconsistências de dados nos registros de notificação.

Comparando os dois recortes do enunciado (GS2), na medida em que ele afirma que os profissionais resistem à operacionalização do TDO por desconhecimento efetivo de tal proposta, enuncia que o absenteísmo nos eventos de TB oferecidos pela gestão é justificado pelos mesmos devido ao conhecimento excessivo sobre o agravo havendo, portanto, um pensamento contraditório entre a gestão e os profissionais.

De qualquer forma, nos dois exemplos fica clara a necessidade de investir nas atividades de educação, e mais precisamente, na abordagem da EPS, visto que ao enunciar “...*na mobilização e na transferência da atualização [...] para a gente mobilizar e retirar todo mundo da área é complicado, porque a gente não pode deixar a área descoberta...*”, remete-nos ao modelo de atenção à saúde fragmentado e verticalizado, o que dificulta a ressignificação das práticas no modelo da RAS, o qual propõe uma abordagem participativa envolvendo toda a equipe, realizada no próprio ambiente de trabalho, levando em conta o conhecimento e a experiência de cada um, e juntos buscarem soluções a partir dos problemas identificados em cada local.

Dessa forma, considerando que a língua produz diversos sentidos e interpretações, é possível perceber uma deriva de sentidos, quando o sujeito desloca sentidos já estabelecidos por uma determinada ideologia (SOUZA, 2014).

Dando seguimento à análise de fragmentos que conformam as barreiras na operacionalização do TDO, o discurso a seguir também evidencia certa resistência dos profissionais na implantação efetiva do TDO.

[...] tenho tentado mostrar aos profissionais a importância do TDO, a importância dele tá vindo a tomada, [...] ele tem consciência que o paciente curou realmente, porque ele viu que o paciente tomou, engoliu o remédio, entendeu? Então, isso é uma discussão, mas que não é fácil! [...] alguns pacientes realizam TDO porque assim, tem um agente comunitário que veste a camisa [...] eu não vou dizer a você que na sua totalidade, estão realizando o TDO, né, apenas algumas porque antes nós tínhamos um incentivo do município que realmente melhorava essa adesão né e essa aceitação de alguns pacientes de realizar o TDO, né, que no caso seria uma cesta básica que era disponibilizada pelo município, tinha o programa do pão e do leite que os pacientes também eram inseridos, né, então isso é o que nós estamos realmente tentando resgatar [...] o paciente realize o TDO e tenha pelo menos um incentivo, um lanche, um café da manhã, alguma coisa, porque isso a gente sabe que melhora muito a adesão. (GS1)

Quando o enunciador (GS1), expressa “*tenho tentado mostrar aos profissionais a importância do TDO*”, observa-se um discurso de gestor ativo nesse processo na tentativa de

persuadir os profissionais quando à importância da estratégia, haja vista que no fio do discurso evidencia o sentido de que não é fácil convencê-los. A expressão “vestir a camisa” enunciada pelo mesmo, faz menção ao destaque de um ACS comprometido com essa causa.

Em relação aos doentes acometidos pelo agravo, percebe-se um sentido de que alguns incentivos ajudam na adesão ao TDO, cesta básica, programa Pão e Leite, café da manhã na unidade. Por meio da expressão: “...porque antes nós tínhamos um incentivo do município que realmente melhorava essa adesão...”, é possível que esses sentidos reproduzidos sejam reverberados mediante sua memória discursiva, a partir de experiências exitosas no passado.

Ainda em relação à cesta básica, foi possível identificar outro fragmento, dessa vez, enunciado pelo gestor (GS2):

Anteriormente o município oferecia um recurso de uma cesta básica para acompanhar esses pacientes, [...] eu não estava aqui ainda, quando eu cheguei esta prática já tinha sido desfeita, mas entendia-se que por essa população ela ser vulnerável, com relação à saúde, ela também deveria ser assistida, então os pacientes que faziam o TDO eram contemplados com uma cesta [...] a gente entende o TDO como algo diário, e a gente entende cesta básica como algo mensal, então para estratégia do TDO não é diário.

(GS2)

O enunciatador ao mobilizar a memória discursiva, resgata um fato ocorrido antes de exercer suas atividades no município, e evidencia o entendimento na época, para aquela prática. Entretanto, ao ser questionado pelo entrevistador se a cesta poderia facilitar a adesão, o enunciatador atenta para a especificidade do TDO e destaca como uma prática diária, dessa forma, pela AD, podemos identificar que através do não-dito fica subentendido que essa prática não atende à real necessidade da proposta do TDO.

Em complemento a essa discussão, o estudo realizado por Oliveira (2015), faz referência ao Plano de trabalho em parcerias aos gestores de dez municípios prioritários do estado da Paraíba a ser cumprido em 2005-2006, sendo dois desses municípios, contemplados em nosso estudo, Bayeux e Santa Rita, onde foram visitados pela equipe da SES/PB. Aos gestores foi apresentado o projeto do DOTS e ajustado o apoio para deslocamento dos doentes, como veículos e vale transporte; medicação suplementar; café da manhã e cesta básica. Foram selecionados usuários maiores de 15 anos, com baciloscopia positiva e/ou reingresso após abandono, com adesão de 54 pacientes acompanhados pelas equipes locais por seis meses. Ao término do processo, confirmaram o êxito da estratégia ao constar que dos 54 usuários

acompanhados, 96.4% obtiveram cura e 1.8% de óbitos, o que justificou a expansão para mais vinte municípios.

Nesse contexto, Sá *et al* (2012), alerta para o que de fato esses incentivos sociais representam, apesar, de favorecerem a adesão ao TDO, contribuírem na continuidade do tratamento, criação do vínculo e tornarem o paciente de TB um participante ativo e autônomo do seu próprio tratamento, uma vez que tende a permanecer alerta para o término do medicamento, o que pode implicar o recebimento de uma nova cesta no mês subsequente. Ainda assim, é preciso que, somada aos incentivos, assegure-se a qualidade de vida das pessoas doentes, para que não prevaleçam ações assistencialistas em detrimento de políticas e ações intersetoriais que fundamentam a concepção da promoção da saúde e do cuidado integral.

Esses incentivos, fazem parte dos mecanismos constituintes da política de renda, tema bastante discutido na atualidade. Todavia, cabe aqui uma reflexão mais ampliada do ponto de vista da solidariedade, de olhar para a pessoa enquanto sujeito e de quanto os determinantes sociais influenciam na forma e na condição de vida desse sujeito e assim olhar para a política de transferência de renda não só como uma contrapartida da gestão para aderir ao tratamento, mas voltar o olhar para a condição do ser sujeito e não apenas do ser indivíduo.

Como pode ser observado, o último bloco discursivo trouxe algumas dificuldades apresentadas nos discursos dos gestores, algumas já identificadas direta ou indiretamente em blocos anteriores, visto que na AD o dizer tem relação com o não dizer. Algumas repetições foram identificadas, considerando que em outros blocos foram citados, como a situação em que os gestores receberam o município após transição, em que a maioria dos doentes de TB estavam sem acompanhamento. Também foi identificado como dificultador do processo a rotatividade dos profissionais; os determinantes sociais e o absenteísmo por parte dos profissionais da APS às mobilizações oferecidas. Além disso, o bloco permitiu ao longo dos discursos trazer reflexões e propostas que possam ajudar a resolver os problemas aqui identificados, em prol da melhoria da assistência prestada ao doente de TB, a partir da perspectiva da RAS e sobre o olhar para o “Outro” a partir do pensamento levinasiano.

5 Considerações finais

Com o objetivo de analisar os efeitos de sentidos produzidos nos discursos de gestores sobre a Transferência de Política do TDO da TB em municípios adscritos nesse estudo, na perspectiva de melhor compreender esse processo a partir do olhar de cada participante, o estudo notoriamente apontou a fragilidade dos municípios adscritos, quanto à implantação e implementação efetiva do TDO.

Ao longo dos três blocos discursivos foi possível identificar um “nó crítico” ressaltado por um ou dois dos participantes de cada município: a prevalência de doentes de TB residentes nos municípios buscarem como primeira opção a UR do Estado, nesse caso o CHCF, para serem tratados e acompanhados. Esta é uma preocupação que perdura por muito tempo e que já vem sendo apresentada em diversos estudos, não só no estado da Paraíba, mas em todo o Brasil e alguns outros países.

Um fato importante observado foram os discursos dos entrevistados que estavam representando dois dos municípios que passaram por transição de governo e/ou mudanças recentes na composição de sua gestão, sendo evidenciado primeiramente discursos de gestores interessados em implementar ações basilares, como: identificar, resgatar, retomar e acompanhar efetivamente os doentes de TB moradores dos respectivos municípios, e posteriormente, investir na busca ativa, diagnóstico, acompanhamento e monitoramento dos casos novos e casos em tratamento. Esse resultado, demonstra o cenário crítico em que se encontravam tais municípios em relação às políticas de controle da TB, e por isso entendeu-se que não estava sendo prioridade a estratégia do TDO naquele momento.

Apesar de alguns discursos de gestores dos três municípios participantes enunciarem, como facilitadores do processo de TP do TDO da tuberculose, alguns recursos já existentes nos respectivos municípios, pelo menos um desses representantes ratificou a importância em investir em recursos, sejam eles: humanos, físicos, materiais e tecnológicos. Destacou-se nesse momento, por pelo menos um representante de cada município, o uso de um aplicativo de rede social, como ferramenta estratégica que facilita a celeridade e otimização das ações. Mais uma vez, percebeu-se na maioria dos discursos que esses investimentos facilitariam as ações que envolvem a política de combate à TB de forma geral, não especificando diretamente as ações voltadas à implantação ou implementação do TDO.

Outros aspectos favoráveis para o fortalecimento das ações de TB, considerado por todos os gestores, foram o apoio e as parcerias existentes, em que afirmaram manter uma boa relação e articulação entre a gestão e demais atores envolvidos, seja nos níveis técnicos, administrativos e/ou gerenciais, intra e intersetoriais e entre os três níveis de governo. Foi possível perceber que dois daqueles gestores que hoje respondem pela TB do seu respectivo

município atuam também na UR, o que revelou ser um agente facilitador no processo de articulação entre os dois níveis de assistência. Apesar dessas parcerias, não foi possível perceber através dos sentidos revelados nos discursos que tais facilitadores estivessem, naquele momento, sendo utilizados para fins de implementação do TDO junto às equipes de SF.

Quanto às barreiras na operacionalização do TDO, além da resistência dos doentes com TB em serem acompanhados pela USF, devido à UR apresentar maior resolutividade, agilidade e acesso, também foi identificada a rotatividade tanto dos profissionais da APS quanto por parte da gestão, fragilizando a continuidade da assistência aos doentes e o planejamento das ações voltadas para o controle da TB.

A maioria dos entrevistados apontaram os determinantes sociais como dificultador do processo, o que contribui ainda mais para o preconceito e o estigma por parte dos profissionais e da população em relação aos doentes com TB. Apesar de reconhecerem a necessidade de maior atenção aos grupos de maior vulnerabilidade social, pouco se foi falado em relação à comorbidade TB/AIDS, sendo silenciado pela maioria dos entrevistados.

Não obstante, alguns gestores, na posição de responsáveis pela TB em cada município, revelaram em seus discursos que os profissionais da APS se apresentavam interessados em cooperar e participar dos movimentos de educação em saúde oferecidos. Outros discursos apontaram que existe certa resistência por parte de alguns profissionais, em participarem assiduamente das mobilizações por acharem que já dominam o assunto abordado, e que, na verdade, apresentam fragilidades a respeito do conhecimento sobre o TDO, gerando inclusive as inconsistências nos registros de informação.

Ressalta-se que nessa pesquisa, apesar de participarem gestores responsáveis pela TB e gestores responsáveis pela saúde dos municípios respectivos, não coube fazer análises comparativas entre os discursos de um com o outro ou entre os municípios, vez que cada cargo tem suas competências e responsabilidades e cada município suas especificidades. Entretanto, pela AD foi possível evidenciar que os gestores entrevistados falavam influenciados pelas condições de produção, marcados pela história de cada um e sua ideologia. Também foi possível refletir sobre o não-dito, os sentidos contraditórios e identificar alguns elementos, como: repetições, paráfrases, metáforas, assujeitamentos e silenciamentos.

A princípio, retomando as dificuldades aqui apresentadas a partir dos discursos dos participantes do estudo, poderíamos pensar brevemente em algumas propostas ideais para a mudança dessa realidade nos municípios, a exemplo: priorizar as políticas de controle de TB, e estimular o TDO a partir da realidade e especificidade de cada local; investir em recursos, como: laboratórios equipados, tratamento completo garantido, exames radiológicos ofertados,

profissionais qualificados e política de carreira; fortalecer o vínculo na APS e efetivar a referência e a contrarreferência; avaliar e monitorar os indicadores de TB regularmente; reorganizar a rede, sob perspectiva da RAS com seus atributos essenciais e a proposta da EPS, esta, pautada na problematização das situações cotidianas, valorização dos saberes com trocas de experiências exitosas. Essas são algumas das sugestões desafiadoras comumente apresentadas ao final das pesquisas, retratando realidades que persistem por décadas, não só na área de TB mas em várias áreas da saúde.

A partir das análises apresentadas, observou-se no discurso de um dos gestores que, apesar do TDO ser indicado para todos os casos, não está sendo priorizada efetivamente a realização dessa estratégia pelas equipes de SF. Observou-se ainda, que o fato de dois dos municípios estarem “começando do zero” tanto o planejamento, como a implementação das ações no controle da doença, a gestão deixa para enfatizar o TDO junto às equipes em um segundo momento. Isso posto, sugere-se a continuidade dos estudos posteriormente para que possamos obter um melhor parâmetro quanto às ações voltadas especificamente ao TDO, a partir das modificações experienciadas por aqueles municípios.

Sob o aspecto da transferência de política e suas dimensões abordadas, foi possível fazer uma reflexão para além do TDO, a exemplo de algumas ações que foram consideradas inovações em razão da situação encontrada em determinados espaços, o que ressalta a importância da singularidade locorregional em todos os processos.

Embora o objeto desse estudo, o TDO, não tenha sido tão evidenciado nos discursos, alguns gestores, mobilizados pela emoção, destacaram a importância do compromisso político e da sensibilização de todos os envolvidos quanto ao cuidado com o doente de TB, o que nos permitiu refletir sob o olhar para com o Outro, a partir do pensamento levinasiano, o olhar que envolve a ética da alteridade e da responsabilidade, contribuindo para que se eleve a condição do ser sujeito de forma mais ampla e que vai além da doença que o acomete.

Sabendo que algumas das propostas aqui lançadas estão relacionadas diretamente ao interesse político, investimento financeiro, pactuações governamentais e que muitas vezes só serão concretizadas a médio e a longo prazo e, considerando os preceitos éticos da existência humana, bem como as relações de poder presente em todos os espaços, e ainda, se tomarmos como base alguns discursos que enunciaram apresentar uma gestão sensível e comprometida com o agravo e oferecer recursos para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes com TB, poderíamos questionar então o que de fato a gestão necessita para mudar a realidade que persiste por décadas. Qual o real compromisso e a responsabilidade que cada “agente” envolvido tem e que culminam na produção de cuidado ao doente? Será que estamos fazendo o

nosso melhor para o outro? Estamos nos colocando no lugar do outro? A exemplo: o médico do hospital no lugar do médico da AB e o médico da AB no lugar do médico do hospital; o enfermeiro no lugar do doente e o doente no lugar do enfermeiro. E estendendo para outros grupos: o pai no lugar do filho e vice-versa; o professor no lugar do aluno; o idoso no lugar da criança; o bandido no lugar do mocinho, o político no lugar do cidadão... Talvez assim, sairíamos um pouco dos “nossos” espaços e dos “nossos” interesses e, até mesmo com poucos recursos, mas a curto prazo, faríamos o nosso melhor a quem precisa, na tentativa de elevar o sujeito à condição humana, tanto daquele que faz, como de quem recebe.

Referências

ALTHUSSER, Louis. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. Presença, Lisboa, 1974.

ATLAS BRASIL 2013. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Consulta. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking/>. Acesso em: 04 Mai. 2018.

BARRÊTO, A. J. R. **As práticas de planejamento das ações de controle da Tuberculose: a discursividade dos sujeitos gestores**. 2014. 97 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

BARRÊTO, A. J. R. et al. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.** v. 66, n. 6, p. 847-853, 2013.

BISSEL K, LEE K, FREEMAN R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**. 2011; 15(9):1140-8.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise de discurso**. 7 ed, Campinas, SP: editora da Unicamp, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS- SUS 01/02**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle de tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília (DF): MS; 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 45, n. 2, p. 1-13, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 46, n. 9, p. 1-9, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 48, n. 8, p. 1-11, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 49, n. 11, p. 1-18, 2018.

CAMACHO, T. S. **Teorias de transferência de políticas públicas**: um estudo crítico e ilustrado com o caso da transferência do Bolsa Escola para o Equador. 2011. 118 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico). Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

CARVALHO, L. L. P. A extensão da ética como filosofia primeira para Emmanuel Lévinas. **Humanidades em diálogo**, v. 3, n. 1, p. 131-139, nov. 2009.

COSTA, J. X. S.; CAETANO, R. F. A concepção de alteridade em Lévinas: caminhos para uma formação mais humana no mundo contemporâneo. **Revista Eletrônica Igarapé**, n.3, maio 2014.

DE JONG, M.; KONSTANTINOS, L.; MAMADOUH, V. An introduction to institutional transplantation. In: DE JONG, M.; KONSTANTINOS, L.; MAMADOUH, V. **The theory and practice of institutional transplantation**. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2002, p. 1-15.

DELORS, J. **Educação**: Um Tesouro a Descobrir. Relatório da Comissão Internacional sobre a educação para o século XXI. São Paulo: Cortez Editora; 1999.

DOLOWITZ, D; MARSH, D. Who learns what from whom: a review of the Policy Transfer literature. **Political Studies**, XLIV, p.343-357, 1996.

DOLOWITZ, D. P.; MARSH, D. Policy transfer: a framework for comparative analysis. In. MINOGUE, M; POLIDANO, C; HULME, D (Eds.), **Beyond the new public management**. Northampton, MA: Edward Elgar, 1998.

DOLOWITZ, D. P.; MARSH, D. Learning from abroad: the Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. **Governance**, v. 13, n. 1, p. 5–24, jan. 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/0952-1895.00121/pdf>>. Acesso em: 18. jul. 2017.

DOLOWITZ, D. P. **A Policy-maker's guide to Policy Transfer**. The Political Quarterly Publishing Co. Ltd; 2003.

EVANS, M. Is Policy Transfer Rational Policy Making? In: EVANS, M. **Policy Transfer in a Global Perspective Inglaterra**. Ashgate Publishing Limited, 2004, p.1-9.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 20 ed. São Paulo: Loyola; 2010.

FREEMAN, R. Health policy and the problem of learning. **University of Edinburgh. Scotland**; 2000. Scotland; 2000.

GAZETTA, C. E. et al. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 33, n. 2, p. 192-98, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mai. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000200014>.

GOVERNO DA PARAÍBA. Ministério dos transportes, portos e aviação civil. Secretaria de Portos. **Porto de Cabedelo: história**. disponível em: <<http://portodecabedelo.pb.gov.br/porto/historia/>>. Acesso em: 10 dez. 2017

GUILHAUMOU, J. Le corpus en analyse de discours: perspective historique. **Corpus**, v. 1, 2002. Disponível em: <http://journals.openedition.org/corpus/8>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

IBANÊS, A. S.; CARNEIRO JUNIOR, N. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. **ABCS Health Sci.**, v. 38, n. 1, p. 25-32, 2013. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/5>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

LIMA, D. S. **Plano de trabalho, em parceria com os gestores municipais dos municípios prioritários de:** João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras a ser cumprido em 2005-2006. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2005.

LÉVINAS, E. **Entre nós:** ensaios sobre a alteridade. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Totalidade e Infinito.** 3a ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

_____. **Humanismo do outro homem.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Construção Social da Atenção Primária a Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MITANO, F. **Discursos e produção de sentidos:** experiência da transferência da política do tratamento diretamente observado de curta duração para o controle da tuberculose em Moçambique – África. 2016. 296 f. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

MUNDO POSITIVO. **O uso do WhatsApp em benefício da saúde no Brasil.** 23 junho de 2017. Disponível em:<

[http://www.mundopositivo.com.br/noticias/comportamento/20440170-](http://www.mundopositivo.com.br/noticias/comportamento/20440170-0o_uso_do_whatsapp_em_benef%C3%ADcio_da_sa%C3%BAde_no_brasil.html)

[0o_uso_do_whatsapp_em_benef%C3%ADcio_da_sa%C3%BAde_no_brasil.html](http://www.mundopositivo.com.br/noticias/comportamento/20440170-0o_uso_do_whatsapp_em_benef%C3%ADcio_da_sa%C3%BAde_no_brasil.html)>. Acesso em 24 jan. 2018.

NOGUEIRA, J. A. , RODRIGUES, J. A. , SILVA, R. P., et al. Vulnerabilidade feminina ao vírus da imunodeficiência humana - HIV: Perfil sociodemográfico e comportamental sexual de jovens. **Adolesc. Saude.**, v.14, n.1, p. 45-54, 2017.

OLIVEIRA, R. C. C.; et al. Discursos de gestores sobre a política do Tratamento Diretamente Observado para a Tuberculose. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 6, p. 1069-1077, 2015.

OLIVEIRA, R. C. C. ; et al. Discursos de gestores sobre informação e conhecimento relacionado ao tratamento diretamente observado da tuberculose. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 25, n. 2, e3210015, 2016 .

OLIVEIRA, L. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

OLIVEIRA, R. C. C. **Discursos de gestores acerca da Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado para Tuberculose**: distanciamentos, silenciamentos e contradições. 2015. 92 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Direitos humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira**. Brasília (DF): OPAS, 2015.148p. Disponível

em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1514-direitos-humanos-cidadania-e-tuberculose-na-perspectiva-da-legislacao-brasileira-4&category_slug=tuberculose-971&Itemid=965>. Acesso em: 29 jan. 2018.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 1999.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 6ª ed. Campinas - SP: Editora da Unicamp; 2007.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. São Paulo: Pontes, 2012. 100 p.

PALHA P. F. **Avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em municípios prioritários das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte**. Pesquisa (Projeto Universal). Universidade de Ribeirão Preto, São Paulo, 2014.

PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO N. A.; et al. Tratamento diretamente observado (DOT): sustentabilidade no controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo, 1998-2004. In: **Tuberculose: pesquisas operacionais**. [S.l: s.n.], 2009.

PARAÍBA. Secretaria Estadual de Saúde da. Saúde da Família na Paraíba: **Relatório de Atividades**. João Pessoa; 2002.

PARAÍBA. Secretaria Estadual de Saúde da. **Casos notificados de tuberculose**. Base de dados do SINAN/NET. Paraíba, 2015.

PÊCHEUX, M. Les Vérités de la Palice. Maspero, Paris, trad. Bras. Semântica e Discurso, E. Orlandi et al. Editora da Unicamp, 1975.

PÊCHEUX, M. **Semântica e Discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas: Unicamp, 1997.

PINHEIRO, P. G. O. D. **Discursos de profissionais sobre o controle da Tuberculose**: pontos de estrangulamento na Atenção Primária à Saúde. 2016. 145 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

PINHEIRO, P. G. O. D.; et al. Pontos críticos para o controle da tuberculose na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 6, p. 1227-1234, 2017.

RUFFINO, N. A.; VILLA, T. C. S. (Org). **Tuberculose**: Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil: histórico e Peculiaridades Regionais. Ribeirão Preto: REDE-TB. 2006; p. 210.

SÁ, L. D. et al. A experiência da implantação do DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Tuberculose**: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: REDE–TB, 2006, p.210.

SÁ, L. D. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do Programa Saúde da Família (1999-2004). **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 9, p. 3917-3924, set. 2011.

SÁ, L. D. et al. O cuidado à saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar. **Texto contexto enferm.** v. 21, n. 2, p. 409-17, jun. 2012.

SINAN. **Relatório Estatístico e descritivo do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do CHCF 2011- 2014**. Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica. Secretaria Estadual de Saúde. 2015.

SOUZA, S. A. F. **Conhecendo Análise de Discurso**: Linguagem, Sociedade e Ideologia. Manaus: Valer; 2006.

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

SOUZA, S. A. F. **Material acadêmico**: glossário de termos operacionais da Análise de Discurso. Disponível em: <<http://www.sergiofreire.pro.br/ad/ad.html>>. Acesso em: 18 mai. 2017.

SOUSA, C. J.; XAVIER, L. F. O outro no pensamento de Emmanuel Lévinas. **Davar Polissêmica**, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.redebatista.edu.br/index.php/DP/article/view/89>>. Acesso em: 18 jan. 2018

SOUZA, J. T. B. **Emmanuel Lévinas**: o homem e a obra. Revista Symposium, Pernambuco, v.3, n. especial, p. 45-53, jun. 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

STONE, D. Transfer agents and global networks in the ‘transnationalization’ of policy. **Journal of European Public Policy**, University of Warwick, v.11, n.3, p. 545–566, jun. 2004.

TOLOTTI, G. K.; ROTOLI, A.; AIRES, M. Educação permanente em saúde: concepções e práticas dos enfermeiros na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 7, n. 4, p. 550 - 561, nov. 2017. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25273>>. Acesso em: 25 jan. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769225273>

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

TURGEON, J. et al. **Policy transfer and health impact assessment**. Québec (Canadá): Quebec Library and National Archives: 2008, p. 1-18. Disponível em: <http://gepps.telug.ca/GEPPS/docs/EnglishPublications/PT_vf20fev09ang2.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

UNIS, G. Papel da Atenção Básica no controle da Tuberculose. **Rev. epidem. controle infecç.** v. 2, n. 3, p. 120-121. mai.2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/2766/2199.pdf>>. Acesso em: 12 jan.2018.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report**. Geneva: WHO, 2017.
Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf>>.
Acesso em: 12 jan. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE



Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose
Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde



Instrumento de Coleta de Dados Projeto Transferência de Políticas e Tratamento Diretamente Observado

Coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose e Secretários Municipais de Saúde

Número do questionário: _____		Município: _____	
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____	
Local da coleta: _____			
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista: ☐ Sim ☐ Não Justificar: _____			

1.	Iniciais: _____
2.	Sexo: 1- ☐ Feminino 2- ☐ Masculino 3. Data de Nascimento: ____/____/____
4.	Função: _____ 5. Tempo que exerce a atual função: _____ anos 99 ☐ - NSI
6.	Nível de instrução 1 ☐ - Ensino fundamental (primeiro grau) incompleto 2 ☐ - Ensino fundamental (primeiro grau) completo 3 ☐ - Ensino médio (segundo grau) incompleto 4 ☐ - Ensino médio (segundo grau) completo 5 ☐ - Ensino técnico incompleto 6 ☐ - Ensino técnico completo 7 ☐ - Ensino superior (terceiro grau) incompleto 8 ☐ - Ensino superior (terceiro grau) completo - Especifique: _____ 9 ☐ - Especialização completa - Especifique: _____ 10 ☐ - Mestrado completo - Especifique: _____ 11 ☐ - Doutorado Completo - Especifique: _____

Observação: para cada questão, será considerado o nível de coordenação em que o sujeito do estudo se encontra (nacional, estadual, regional municipal e SMS)

Secretários Municipais de Saúde

1. Fale sobre a experiência da transferência da política do TDO para o seu município.
2. Como tem sido a experiência da implantação/implementação da transferência da política do TDO junto aos profissionais de saúde da Atenção Básica ou Unidades de Referência?
3. Como as informações do TDO vêm sendo discutidas com os diferentes níveis de coordenação?
4. Como as informações do TDO vêm sendo discutidas com os profissionais atuantes na Atenção Básica ou Unidades de Referência?
5. Que estratégias vêm sendo utilizadas para envolver/motivar os profissionais atuantes no TDO no âmbito municipal?
6. Que facilidades têm sido encontradas na negociação da implantação/implementação do TDO?
7. Que barreiras têm sido encontradas na negociação da implantação/implementação do TDO?
8. Em sua opinião o que tem sido discutido para a expansão/manutenção do TDO no âmbito municipal?
9. No âmbito municipal, o que você destacaria como inovador em relação à implantação/implementação do TDO?

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS COORDENADORES DE SAÚDE



Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose
Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde



Instrumento de Coleta de Dados Projeto Transferência de Políticas e Tratamento Diretamente Observado

Coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose e Secretários Municipais de Saúde

Número do questionário: _____		Município: _____	
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____	
Local da coleta: _____			
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista: ☐ Sim ☐ Não Justificar: _____			

1. Iniciais: _____			
2. Sexo: 1- ☐ Feminino 2- ☐ Masculino		3. Data de Nascimento: ____/____/____	
4. Função: _____		5. Tempo que exerce a atual função: _____ anos 99 ☐ - NSI	
6. Nível de instrução	1 ☐ - Ensino técnico incompleto 2 ☐ - Ensino técnico completo 3 ☐ - Ensino superior (terceiro grau) incompleto 4 ☐ - Ensino superior (terceiro grau) completo - Especifique: _____ 5 ☐ - Especialização completa - Especifique: _____ 6 ☐ - Mestrado completo - Especifique: _____ 7 ☐ - Doutorado Completo - Especifique: _____		

Observação: para cada questão, será considerado o nível de coordenação em que o sujeito do estudo se encontra (nacional, estadual, regional municipal e SMS)

Coordenadores

1. Fale sobre sua experiência em relação à transferência da política do TDO com os diferentes níveis de coordenação.
2. Como os níveis de coordenação têm se articulado para a efetivação da transferência da política do TDO?
3. Que estratégias têm sido utilizadas entre os níveis de coordenação para a adoção e incorporação do TDO?
4. Quais as facilidades você tem vivenciado na implantação/implementação do TDO?
5. Quais as barreiras você tem vivenciado na implantação/implementação do TDO?
6. A partir do seu nível de coordenação que adequações têm sido necessárias para efetivar a transferência da política do TDO entre os demais níveis de coordenação.
7. A partir do seu nível de coordenação, o que você destacaria como inovador em relação à implantação/implementação do TDO?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada *Discursos dos Gestores em relação à Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose em municípios da grande João Pessoa*. Esta pesquisa faz parte do Grupo Interinstitucional de Pesquisa da Área Epidemiológico-Operacional em Tuberculose – GEOTB, que atua de forma articulada à Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) inserido no Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GRUPO TB/PB). Está sendo desenvolvida por Karinne Dantas de Oliveira Adário, aluna (Mestranda) em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto. Responsabilizamo-nos em cumprir as exigências contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tem como objetivo: analisar os efeitos de sentidos produzidos nos discursos de gestores sobre a Transferência de Política do TDO da tuberculose (TB) nos municípios da grande região de João Pessoa/PB. Nesse estudo espera-se identificar aspectos relevantes no processo de Transferência da Política do TDO da Tuberculose, que contribuirá para o planejamento, organização, adoção/manutenção/implementação do TDO, a fim de otimizar e fortalecer as políticas públicas em saúde no controle da TB. Sua participação consistirá em responder a um roteiro semidirigido sobre a temática, sendo gravada com auxílio do dispositivo de áudio portátil, no local de sua preferência, com horário previamente agendado e após o devido esclarecimento dos aspectos éticos e assinatura do TCLE. Solicitamos a sua participação e autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação em revista científica, e na ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Salientamos que, segundo a Resolução 466/2012 do CNS, toda pesquisa que envolve seres humanos oferece riscos. Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando: oferece elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e dos outros indivíduos. Nesse sentido, são previstos riscos mínimos neste estudo, uma vez que a pesquisa consistirá em responder a um roteiro de entrevistas semidirigido. Esclarecemos que por sua participação ser voluntária, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) à colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decidir não participar do estudo, ou desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo e seu vínculo empregatício não será prejudicado.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicar os resultados. Estou ciente que a pesquisadora estará à minha disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. João Pessoa, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

Karinne Dantas de Oliveira Adário
Aluna (Mestranda) PPGEnf/UFPB

ANEXO

CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

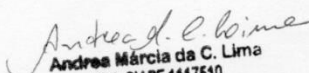


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 27/04/2017, o Projeto de pesquisa intitulado: **“DISCURSOS DOS GESTORES EM RELAÇÃO À TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS DA GRANDE JOÃO PESSOA”** da pesquisadora Karinne Dantas de Oliveira Adário. Prot. nº 0193/17. CAAE: 67187617.6.0000.5188.

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


Andréa Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB