

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

ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO

**AS PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE: a discursividade dos sujeitos gestores**

**JOÃO PESSOA/PB
2014**

ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO

**AS PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE: a discursividade dos sujeitos gestores**

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

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

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

JOÃO PESSOA/PB
2014

B273p Barrêto, Anne Jaquelyne Roque.

As práticas de planejamento das ações de controle da tuberculose: a discursividade dos sujeitos gestores / Anne Jaquelyne Roque Barrêto.--João Pessoa, 2014.

95f.

Orientadora: Lenilde Duarte de Sá

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Tuberculose - controle. 3. Saúde pública. 4. Gestão em saúde. 5. Planejamento em saúde.

ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO

APROVADA EM: 30/12/2014

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Lenilde Duarte de Sá - Presidente

(Universidade Federal da Paraíba-UEPB)



Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha – Membro Externo

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

Profª. Drª. Filomena Elaine Paiva Assolini – Membro Externo

(Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-FFCLRP)

Profª. Drª. Jordana de Almeida Nogueira – Membro Interno

(Universidade Federal da Paraíba-UEPB)

Profª. Drª. Neusa Collet – Membro Interno

(Universidade Federal da Paraíba-UEPB)

Profª. Drª. Tereza Cristina Scatena Villa – Membro Suplente

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

Profª. Drª. Antonia de Oliveira Silva – Membro Suplente

(Universidade Federal da Paraíba-UEPB)

DEDICO

A **Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá** pela oportunidade dada em me orientar pelos caminhos incertos, mas fascinantes da construção do conhecimento. Sempre acreditei que Deus coloca as pessoas certas, nas horas certas na vida de cada um. Você foi e é para mim um exemplo, não só de professora, mas de vida!

Obrigada por sempre acreditar no meu potencial.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha **tia Alcina (tia Noca)** por ter contribuído
na formação da pessoa que sou hoje.

A minha eterna gratidão.

Saudades!

(in memorian)

Agradecimentos

Inicialmente, agradeço a **Deus**, por permitir à vida e mais essa conquista;

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

A **minha mãe** por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida;

Aos meus amados sobrinhos, **Edith Victória, João Eduardo e Pedro Henrique** pela alegria de compartilhar momentos felizes em família e pela torcida;

Aos meus amigos - irmãos **Emanuel Rodrigue e Nilma Farias**, pela amizade sincera e por participarem de todos os momentos da minha vida;

A minha amiga **Sandra Almeida (amiguinha)** que tanto me faz rir, mesmo nas horas mais difíceis da minha vida;

Aos **meus amigos** de trabalho, especialmente a: Suely, Salmana, Eva, Débora, Daiane, Janaina, Matheus, Francilene, Lidiane, Isolda, pelos momentos de alegrias compartilhados;

Aos professores **Dr. Pedro Palha, Dra. Elaine, Dra. Jordana, Dra. Neusa** pelas valiosas reflexões e contribuições dadas na elaboração deste estudo;

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

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

Aos meus **colegas da turma de doutorado** que juntos fizemos parte da história do programa de pós-graduação da UFPB;

Ao **grupo TB/PB** pelos momentos de aprendizado e compartilhamentos;

Aos **gestores e equipes gestoras**, sujeitos deste estudo, que sem a participação deles este não existiria;

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

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

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

O meu muito obrigada!

Quando dizemos que planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar “que nos levem” e tratarmos de ser condutores de nosso próprio futuro, estamos nos referindo a um processo social, no qual o homem indivíduo realiza um ato de reflexão superior e reconhece que só a consciência e a força do homem coletivo pode encarnar tal vontade humana e enfrentar a correnteza dos fatos para desviar seu curso em direção a objetivos racionalmente decididos.

Carlos Matus

RESUMO

A tuberculose permanece como um problema de saúde pública a ser enfrentado nos dias atuais, consistindo em desafio para gestores, trabalhadores de saúde e sociedade civil. O planejamento em saúde pode configurar um instrumento essencial para o alcance das ações de controle da tuberculose, pois potencializa o desenvolvimento do trabalho e esclarece objetivos e compromisso compartilhados nas organizações. A não participação e o desconhecimento dos gestores, sobretudo daqueles que gerenciam os serviços de saúde, no que se refere ao planejamento das ações de tuberculose, revela pouco compromisso político na manutenção e continuidade das ações de controle da doença. Este estudo teve como objetivo analisar a discursividade dos sujeitos gestores relacionada à prática das ações de controle da tuberculose na perspectiva do planejamento em saúde. Estudo de abordagem qualitativa, realizado no município de João Pessoa/PB, considerado prioritário para o controle da tuberculose. Os sujeitos colaboradores foram 25 profissionais de saúde que atuavam na gestão ou equipes gestoras no município. Para análise do material empírico foi utilizado o dispositivo teórico-analítico Análise de Discurso, de matriz francesa. Os discursos dos gestores evidenciaram a ausência de planejamento nos serviços de Atenção Básica para as ações de controle da tuberculose, pois os números de casos da doença são reduzidos e sua detecção ainda é realizada de forma passiva. Naqueles serviços que realizavam planejamento para as ações de controle da tuberculose, os discursos dos gestores evidenciaram, uma prática de planejamento com forte viés centralizador, hierarquizado e fragmentado. Outro aspecto identificado refere-se a uma prática de planejamento com foco em ações eminentemente campanhistas, como apresentação de palestras e dias-D. Desse modo, organização do serviço de saúde é arraigada e orientada pelo modelo biomédico. No campo ideológico, os discursos dos sujeitos gestores filiam-se a prática de planejamento baseada na racionalidade gerencial hegemônica. Assim, sugere-se a implementação de processos pedagógicos e gerenciais que favoreçam o fortalecimento teórico e reflexivo sobre o planejamento das ações de controle da TB, especificamente no planejamento estratégico situacional, considerando ser este um dos pilares da Reforma Sanitária Brasileira.

Descritores: Enfermagem. Tuberculose. Gestão em Saúde. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

Currently, Tuberculosis remains as a big public health problem. It is a challenge to the professionals working in this area and the society in general way too. An essential tool to manage it is the health planning, it grows the development at work and clarifies goals and commitments shared by organizations. The non-participation and lack of knowledge by professionals reveals a little political commitment within the actions to control the disease. This study had as a goal to analyze the speech made by the professionals involved in health area linked to the practice in the actions to control tuberculosis. The approach used was qualitative, done in João Pessoa city, Paraíba state, Brazil. We considered it as priority to control tuberculosis. The subjects that took part of it were 25 professionals from the Health area that actuated in the gesture or gesture teams in the city. To analyze the empirical material we used the technical- analytical material to the speech analyze from French matrix. The professionals' arguments displayed the absence of planning in the services of basic attention in relation to the actions used to control tuberculosis, thus the number of cases are reduced and its detection is still done in a passive way. In those services where they did a planning to control tuberculosis, their speech stressed a practice of planning with strong centralized, hierarchical and fragmented way. Another aspect identified is the practice of planning turned to campaign actions with speeches during some days. In this way, the organization of the health service follows the biomedical model. In the ideological field, the speeches of the professionals are linked to the practice of planning based in the hegemonic rationality management. Than it suggests the implementation of management and pedagogue processes which support the theoretical and reflexive thoughts on the planning of actions to control tuberculosis, in special a strategic planning considering this one as strong base to the Brazilian sanitary reform.

Descriptors: Nursing. Tuberculosis. Health gesture. Health planning.

RESUMEN

La tuberculosis permanece como un problema de salud pública que debe ser enfrentado en la actualidad, consistiendo en desafío para gestores, trabajadores de salud y sociedad civil. La planificación en salud puede configurar un instrumento esencial para el alcance de las acciones de control de la tuberculosis, pues potencia el desarrollo del trabajo y aclara objetivos y compromiso compartidos en las organizaciones. La no participación y el desconocimiento de los gestores, principalmente de aquellos que administran los servicios de salud, en lo que se refiere a la planificación de las acciones de tuberculosis, revela poco compromiso político en el mantenimiento y continuidad de las acciones de control de la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo analizar la discursividad de los sujetos gestores relacionada a la práctica de las acciones de control de la tuberculosis en la perspectiva de la planificación en salud. Estudio de abordaje cualitativo, realizado en el municipio de João Pessoa/PB, considerado prioritario para el control de la tuberculosis. Los sujetos colaboradores fueron 25 profesionales de salud que actuaban en la gestión o equipos gestores en el municipio. Para análisis del material empírico fue utilizado el dispositivo teórico-analítico Análisis de Discurso, de matriz francesa. Los discursos de los gestores evidenciaron la ausencia de planificación en los servicios de Atención Básica para las acciones de control de la tuberculosis, pues los números de casos de la enfermedad son reducidos y su detección aún se realiza de forma pasiva. En aquellos servicios que realizaban planificación para las acciones de control de la tuberculosis, los discursos de los gestores evidenciaron una práctica de planificación con fuerte tendencia centralizadora, jerarquizada y fragmentada. Otro aspecto identificado se refiere a una práctica de planificación con enfoque en acciones eminentemente campañistas, como presentación de ponencias y días-D. Así, la organización del servicio de salud está arraigada y orientada por el modelo biomédico. En el campo ideológico, los discursos de los sujetos gestores se asocian a la práctica de planificación basada en la racionalidad gerencial hegemónica. De esa manera, se sugiere la implementación de procesos pedagógicos y gerenciales que favorezcan el fortalecimiento teórico y reflexivo sobre la planificación de las acciones de control de la tuberculosis, específicamente en la planificación estratégica situacional, considerando ser esta uno de los pilares de la Reforma Sanitaria Brasileña.

Descriptores: Enfermería. Tuberculosis. Gestión en Salud. Planificación en Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde

AD – Análise de Discurso

AM – Apoiador Matricial

APS – Atenção Primária em Saúde

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEPAL – Comissão Econômica para América Latina

CNCT – Campanha Nacional Contra a Tuberculose

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPPS – Centro Panamericano de Planejamento em Saúde

DMP – Departamento de Medicina Preventiva

DOTS – *Directly Observed Treatment Short- Course*

DS – Distrito Sanitário

eAB – Equipe de Atenção Básica

ENPS – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

MDR – Multidrogarresistência

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose

REDE-TB – Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SF – Saúde da Família

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UNICAMP – Universidade de Campinas

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

Lista de Ilustrações

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
1.1 Introdução.....	17
1.2 Delimitação do Objeto de Estudo.....	24
<i>1.2.1 Tuberculose como um problema de saúde pública.....</i>	<i>24</i>
<i>1.2.2 Planejamento em saúde e as ações de controle da tuberculose.....</i>	<i>27</i>
1.3 Objetivo.....	34
CAPÍTULO 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	35
CAPÍTULO 3: CAMINHO METODOLÓGICO.....	44
3.1 Natureza da Investigação.....	44
3.2 Cenário do estudo.....	45
3.3 Sujeitos colaboradores do estudo.....	47
3.4 Constituição do material empírico.....	48
<i>3.4.1 Organização do material empírico – Atlas.ti.....</i>	<i>48</i>
<i>3.4.2 Análise do material empírico.....</i>	<i>49</i>
<i>3.4.3 Condições de produção do material empírico.....</i>	<i>49</i>
3.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	51
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E ANÁLISE.....	52
Bloco Discursivo 1: Planejamento em Saúde para ações de controle da	

Tuberculose: entre o saber e o fazer dos sujeitos gestores.....	53
Bloco Discursivo 2: Planejamento das ações de controle da tuberculose: a prevalência do discurso hegemônico.....	62
Bloco Discursivo 3: Planejamento das ações de controle da tuberculose: educação em saúde e empoderamento do usuário.....	72
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	80

ANEXO

Documento de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa CCS/UFPB

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença milenar cujos avanços tecnológicos favoreceram a possibilidade de cura do agravo. As tecnologias empregadas na descoberta e aprimoramento do tratamento, dos meios de diagnóstico assim como as estratégias adotadas no campo das políticas de saúde contribuíram para a busca do seu controle. A TB permanece, entretanto, como um problema de saúde pública a ser enfrentado nos dias atuais, constituindo-se um desafio para gestores, trabalhadores de saúde e sociedade civil.

No campo da gestão em saúde, a TB é um problema constante e complexo, uma vez que tem acometido as pessoas em situações de vulnerabilidade social, exigindo do poder público ações sistematizadas que considerem tanto os aspectos políticos e econômicos quanto os sociais. Para tanto, faz-se necessário que o gestor da saúde reconheça a TB como uma “*emergência global*”^{1:02} a ser enfrentada no âmbito local, promovendo, dessa forma, uma atenção descentralizada e mais condizente com cada realidade.

Um passo importante nesse sentido teve início com o processo de descentralização dos serviços de saúde, da gestão federal, para os municípios. A descentralização é um princípio que nasce por volta da década de 1970, nos países desenvolvidos, como resposta à crise do Estado de Bem Estar Social^{*2}. No Brasil, representa uma diretriz organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) que orienta o processo de municipalização e reorganização dos serviços e ações de saúde. De fato, a sua finalidade não se restringe à descentralização político-administrativa, pois contribui para um maior nível de capilarização das políticas e programas de saúde.

A descentralização das ações de controle da TB no Brasil ocorreu após a década de 1980, por meio de celebração de convênios entre o Ministério da Saúde (MS) e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo como objetivo central desencadear ações mais efetivas para o controle da doença, consideradas as distintas realidades territoriais²⁻⁴. No primeiro momento, o controle das ações e a oferta de serviços de tratamento da TB ficaram sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), haja vista que, no final da

* Configurou uma nova relação de mediação entre Estado e sociedade, porque, além de assumir a regulação das atividades econômicas, garantiu alguns direitos sociais à população. Assim, a descentralização nesse contexto passa a fazer parte de um conjunto mais amplo de reformas econômicas com intuito racionalizador num Estado que é amplo, centralizador e com presença forte em todas as atividades da vida social e econômica.^{2:20}

década de 1980, os serviços municipais de saúde ainda eram tímidos ou quase inexistentes, o que dificultava o processo de gestão das ações direcionadas a este agravo por cada município.

A partir da implantação das equipes de Atenção Básica (eAB) e a instituição das Normas Regulamentadoras Básicas (NOB) e, posteriormente, das Normas 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 Atenção Básica em Saúde (ABS), respeitando-se a capacidade político-administrativa de cada município brasileiro³.

Ressalta-se que o processo de descentralização apresenta conflitos e dualidades, principalmente relacionados à distribuição de poder e responsabilidades entre os atores dos três níveis de governo. Se, por um lado, existia a dificuldade de transferência de poder do nível federal para o municipal, por outro, havia certa insegurança em relação aos municípios assumirem as novas responsabilidades e atribuições no que diz respeito à gestão, à oferta de serviços e à produção de ações de saúde².

A descentralização das ações de controle da TB foi incorporada nessa conjuntura política e organizacional advinda do Sistema Único de Saúde (SUS). A falta de compromisso e financiamento pelo governo no controle da TB, nesse período, corroborou a desestruturação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o que afetou profundamente as ações de controle da doença no país e, conseqüentemente, colaborou para o aumento dos coeficientes de prevalência, mortalidade e para a diminuição das taxas de cura e detecção de novos casos³. Esse acontecimento tornou-se mais grave ao se considerar que, no mesmo período (final da década de 1980 e início de 1990), o mundo, assim como o Brasil, enfrentava a pandemia da *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* (Aids), quando a principal doença oportunista que levava as pessoas a óbito era a TB.

Compreende-se que o processo de descentralização das ações de controle da TB é fundamental; entretanto, requer do gestor comprometimento político para investir, prover e articular recursos de informação, conhecimento, organização, políticos e financeiros, considerando-se o tempo e as prioridades identificadas^{3,5}. Evidencia-se, contudo, que há dificuldades no compromisso político assumido pelo gestor na captação e manutenção dos diversos recursos necessários para o efetivo controle da doença^{6,7}.

Observa-se também que as peculiaridades locais desafiam os gestores municipais, expõem suas fragilidades como responsáveis pela saúde da população⁸ ao mesmo tempo em

que enfrentam barreiras políticas, operacionais e burocráticas que colocam o controle da TB em segundo plano frente a outros agravos percebidos como prioritários, e que proporcionam maior visibilidade para o governo⁶⁻⁷.

Recentemente, um estudo realizado em uma das capitais da região Nordeste revela a ausência de planejamento específico para TB e, quando este existe, é efetivado de maneira pontual a partir do surgimento de novos casos. Há reconhecimento de que o controle da TB é relevante, mas não prioritário, tendo em vista o número reduzido de casos cadastrados nos serviços municipais de saúde⁹. Nessa perspectiva, há um distanciamento entre o que é necessário para as mudanças operacionais do SUS e o que é realizado no âmbito local, especialmente nas esferas da descentralização e do planejamento das ações de saúde⁸.

Outro aspecto que concorre para a fragilização das ações de controle da TB refere-se à centralização dos recursos financeiros e a sua disponibilização irregular. Esse fato torna-se ainda mais grave pela falta de autonomia de alguns gestores em decidir valores, locais e finalidades em que os recursos deveriam ser alocados. Além disso, a alta rotatividade dos profissionais que ocupam os cargos de gestão, seja pela inexistência de uma política adequada de recursos humanos, seja pelos distintos interesses envolvidos no processo político, coopera para a descontinuidade das ações voltadas ao controle da TB, prejudicando a sua efetividade^{4,6,8}.

Do ponto de vista técnico-burocrático, a não participação e/ou o desconhecimento dos gestores, sobretudo daqueles que gerenciam os serviços de saúde, no que se refere ao planejamento das ações de TB, revelam pouco compromisso político na manutenção e continuidade das ações de controle da doença¹⁰, o que indica avanços insuficientes nos indicadores epidemiológicos e operacionais deste agravo. Acrescente-se, ainda, a desarticulação e fragmentação das atividades de controle. A falta de comunicação entre os gestores dos distintos níveis configura-se como um obstáculo para o sucesso da política e das práticas de planejamento e gestão do cuidado à TB^{4,8}.

Salienta-se que o planejamento das ações de controle da TB, em sua maioria, acontece na esfera central da gestão, sem a participação efetiva tanto dos trabalhadores de saúde quanto dos gestores que as operacionalizam no âmbito local^{4,8-9}. Ademais, as ações planejadas estão direcionadas à negociação e à provisão de recursos necessários para a realização de diagnóstico e campanhas educativas⁸. Assim, o planejamento das ações de controle da TB

mostra-se fragmentado e desarticulado com as necessidades locais. Os “atores que ocupam funções de gestores não conversam entre si e quem executa não participa do planejamento”^{8:4}.

A inexistência de planejamento das ações de TB pelos gestores fragiliza seu controle, visto que é de responsabilidade da gestão prover os recursos necessários para a produção do cuidado à saúde. Consequentemente, tem-se o uso irracional de recursos financeiros; a permanência de profissionais não qualificados para o desenvolvimento das ações de prevenção, controle e cura da doença, nomeadamente nos aspectos relacionados ao social, como a pobreza extrema, o uso de drogas lícitas e ilícitas e a estigmatização¹¹ que contribuem para o retardo do diagnóstico¹²⁻¹⁵, abandono do tratamento¹⁶⁻¹⁹, aumento na disseminação da bactéria e, portanto, do surgimento de novos casos e de cepas multirresistentes²⁰⁻²¹.

Desse modo, o planejamento em saúde não deve ser reconhecido como uma atividade meramente burocrática da gestão, mas, sim, como uma ferramenta estratégica que tem a potencialidade de unir pessoas em função da clareza do significado do seu trabalho e objetivos comuns. Assim, “*o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação [...] e de mobilizar vontades [...]*” dos trabalhadores de saúde da mesma maneira que favorece “*o exercício da cidadania*”^{22:768}. As práticas de planejamento existentes no Brasil possuem, contudo, características normatizadoras com tomadas de decisões verticalizadas, burocratizadas e descompromissadas com a transformação das práticas, com vista à emancipação dos sujeitos²².

O desafio da gestão implica romper com práticas administrativas, permeadas pela racionalização por meio do planejamento da ação e do controle, para trilhar um caminho inovador e transformador que equilibre as interrelações profissionais, no intuito de aperfeiçoar o desempenho do cuidado em saúde, de modo a propiciar a efetividade na gestão do cuidado da TB nos diversos níveis de complexidade²³.

Ao se analisar alguns estudos desenvolvidos no campo da atenção à TB, com referência à efetividade das ações de controle e de tratamento, percebe-se a inadequação dos serviços de ABS para detecção e suspeição de casos de TB²⁴; o diagnóstico oportuno da doença ocorreu em maior número nos serviços especializados²⁵, seguindo na contramão da política de saúde vigente que preconiza as ações de controle da TB na atenção básica em saúde (ABS); a não qualificação de profissionais de saúde concorre para o não comprometimento das equipes da ABS no monitoramento dos doentes de TB²⁵; o tratamento diretamente observado (TDO) mostrou ser a estratégia mais efetiva para diminuição do

abandono e aumento da cura da doença²⁶⁻²⁹. Alguns problemas identificados relacionam-se, entretanto, à descontinuidade de incentivos sociais e econômicos, rotatividade de profissionais de saúde^{25,30} e dificuldades por parte da gestão, na sustentabilidade do TDO nos serviços de saúde³¹⁻³³.

Nesse raciocínio, percebe-se que o processo de gestão é arraigado a valores administrativos hegemônicos orientados nos moldes taylorista/fordista, cuja essência assenta-se sobre a necessidade de se conservar alienada a maioria dos trabalhadores. Esse processo ocorre por meio de métodos disciplinares e de controle que, “em nome da produtividade e da concorrência, procuram instituir expectativas quanto à felicidade, à realização pessoal e ao acesso ao poder”^{34:26}.

Ao longo das décadas, embora tenha ocorrido o advento da sociologia nas organizações, da qualidade total, do envolvimento da psicologia com o gerenciamento de pessoal e de iniciativas da construção de modelos anti-taylor, como a cogestão, a lógica do controle social e de redução do trabalhador à condição de ‘coisa’ não foi superada e tem sido responsável pelo estaque dos processos de trabalho, inclusive no campo da saúde³⁴ onde, entre outras questões que não cabem neste estudo, os aspectos relacionados ao planejamento em saúde são conduzidos por esse enfoque.

Ainda na atualidade, a gestão do cuidado da TB é permeada por simbolismos que remetem à lógica do biopoder por meio de ações de controle da doença e dos doentes. Denominações como “controle”, “busca ativa de casos”, “tratamento diretamente observado”, “faltosos” favorecem a permanência no imaginário social da subjugação dos corpos diante do Estado, isto é, o Estado no ‘controle da vida das pessoas’, nesse caso específico, pessoas acometidas com TB e seus familiares^{11:48}.

A maneira como a gestão conduz esses processos está materializada em discursos influenciados pela história e pela língua, produzindo efeitos de sentidos. Destarte, para compreendê-los, é imprescindível refletir sobre o pensamento de Orlandi³⁵, que define sentido como uma relação determinada do sujeito – afetado pela língua – com a história. É o gesto de interpretação que realiza essa relação do sujeito com a língua, com a história, com os sentidos. A autora complementa que essa é a marca da subjetivação e, ao mesmo tempo, o traço da relação da língua com a exterioridade: ‘não há discurso sem sujeito. E não há sujeito sem ideologia’^{35:47}. Ou seja, o “indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido”^{35:17}.

A ideologia aqui não é vista como conjunto de representações, como visão de mundo ou como ocultação da realidade, e, sim, enquanto prática significativa que aparece como efeito da relação necessária do sujeito com a língua e a história para que haja sentido. Nesse aspecto, pela interpelação ideológica do indivíduo em sujeito, inaugura-se a *discursividade*³⁵.

Partindo do princípio de que, no campo da gestão do cuidado da TB, os sujeitos – gestores envolvidos nesse processo produzem efeitos de sentidos no seu dizer e que este dizer é interpelado pela história, língua e ideologia, faz-se necessária a compreensão da discursividade dos sujeitos gestores relacionada às práticas de planejamento das ações de controle da TB na cidade de João Pessoa-PB.

Apesar de, no município de João Pessoa, o processo de descentralização das ações de controle da TB do serviço de referência para os serviços de atenção básica em saúde ter ocorrido no ano de 2007, dando um passo importante na busca do controle do agravo, em 2009, período da coleta do material empírico deste estudo, o município não apresentou dados epidemiológicos satisfatórios em relação aos índices de cura (59,4%); de abandono (15,7%) e cobertura do TDO (22,4%) nos serviços da atenção básica.

Ocorre que, mesmo após quase sete anos de descentralização das ações de controle da TB para os serviços de atenção básica e de quatro anos da coleta de dados deste estudo, o município de João Pessoa continua a apresentar dados epidemiológicos insatisfatórios para o controle do agravo. De acordo com as informações fornecidas pelo setor da Vigilância Epidemiológica do referido município, o percentual de cura dos pulmonares bacilíferos, no período de 2010 a 2013, foi, respectivamente, de 67,8%, 69,8%, 64,2% e de 54,3%; e de abandono de 17,1%, 20,1%, 19,3% e 17,2%, o que indica tendência decrescente para indicador de cura e tendência crescente para de abandono do tratamento, distanciando-se, dessa maneira, das metas preconizadas pela OMS, que é de se alcançar 85% de cura dos casos bacilíferos positivos e reduzir para 5% o percentual de abandono do tratamento. É importante ressaltar que essa situação denota as dificuldades enfrentadas pelo município na implementação das ações de controle da TB no território local.

Dessa maneira, no município, o controle da TB não pode ser considerado efetivo, uma vez que as taxas de cura e abandono estão em desalinho em relação aos índices determinados pela Organização Mundial da Saúde. Parte-se do pressuposto de que a falta de efetividade das ações voltadas ao controle da doença, no município de João Pessoa, reside no

modo como é realizado o planejamento das ações de controle do agravo no referido município.

O atual estudo faz parte de uma pesquisa intitulada *A efetividade dos modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose na percepção dos doentes, profissionais de saúde e gestores* e que resulta da colaboração de pesquisadores da Área Epidemiológica, Diagnóstica e Operacional da REDE-TB, cujas atividades da pesquisa foram desenvolvidas nas diferentes regiões do Brasil em que eles vêm atuando. No caso deste subprojeto, as atividades foram desenvolvidas no município de João Pessoa, estado da Paraíba, com o intuito de se compreender, a partir da discursividade dos gestores em saúde, a prática de planejamento das ações de controle da TB. Assim, passa-se ao recorte da descrição do objeto de estudo.

1.2 Delimitação do Objeto de Estudo

1.2.1 Tuberculose como um problema de saúde pública

No ano de 2012, cerca de 8,6 milhões de pessoas tiveram TB no mundo, sendo que 6,1 milhões de casos de TB foram notificados pelos serviços de saúde, dos quais 5,7 milhões eram de casos novos da doença e 400 mil de casos de retratamento por abandono ou recidiva³⁶. Supõe-se, entretanto, que menos de 25% de pessoas com TB multirresistente (MDR-TB) foram identificadas.

Segundo a OMS, estima-se que 1,3 milhão de pessoas morreram de TB nesse mesmo ano, sendo que 320 mil óbitos ocorreram com pessoas que estavam com o diagnóstico de HIV-positivo e 940 mil com HIV-negativo. Embora esses números ainda não sejam ideais, considerando-se os avanços tecnológicos de prevenção, controle e cura da doença, houve uma redução de 45% dos óbitos entre 1990 e 2012³⁶.

O coeficiente de incidência (CI) de TB em 2012 foi de 122 casos para cada 100 mil habitantes, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). A mesma entidade enfatiza que houve uma redução média anual no CI de 2% nos últimos dez anos³⁶. Outro indicador importante que reflete a eficácia das ações de controle da TB é a taxa de cura. Essa chegou a um patamar de 87% entre todos os casos novos de TB nesse mesmo ano^{36,37}. Há, contudo, necessidade de melhoria nos resultados do tratamento em algumas regiões no mundo^{36,37,38}.

Tais resultados se devem às estratégias adotadas pelos governos mundiais: como o fornecimento de diagnóstico e tratamento de acordo com DOTS (*DirectObservedTreatmentStrategy*, *Short-Course* – Tratamento Diretamente Observado, em português)/Estratégia Stop TB. A OMS enfatiza que, entre o período de 1995 a 2012, 56 milhões de pessoas receberam alta por cura por TB nos países que haviam adotado a estratégia DOTS/Stop TB, poupando-se cerca de 22 milhões de vidas^{36,37}. Ressalta-se que a TB é a segunda causa de mortes entre as doenças transmissíveis no mundo, perdendo apenas para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)³⁶. Em seu último relatório, a OMS³⁶ revela que o quadro mundial atual de TB vem progredindo positivamente, mas não rápido o suficiente nem de forma homogênea entre os continentes para se efetivar o controle da doença.

O Brasil está entre 22 países que concentram 82% dos casos de TB no mundo. Em 2012, foram notificados 71.123 casos novos no Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN), o que equivale ao coeficiente de incidência (CI) de 35,4/100 mil habitantes.

Quando comparado aos outros países, o Brasil ocupa a 16ª posição em relação ao número de casos absolutos e a 22ª quanto ao CI⁶⁹. Nos últimos dez anos, houve uma redução de 20,4% no CI, o que indica uma tendência decrescente desse índice no país³⁸.

Em 2012, o Brasil já alcançou a meta de redução pela metade da taxa de mortalidade por TB quando comparada a 1990. No período de 2003 a 2013, o número médio anual de óbitos foi de 4.700 e, no último ano dessa série, o coeficiente de mortalidade foi de 2,3/100 mil habitantes^{38,39}.

Sabe-se que o principal indicador para se avaliar as ações de controle da TB é o percentual de cura dos novos casos bacilíferos de TB pulmonar, uma vez que os casos bacilíferos são os responsáveis pela continuidade da cadeia de transmissão da doença. A OMS recomenda um percentual mínimo de 85% de cura desses casos, o que constitui um desafio para alguns países. No Brasil, em 2012, a taxa de cura de TB pulmonar bacilífero foi de 71,6%⁶⁸. De acordo com alguns estudos, o retardo no diagnóstico e o abandono do tratamento são fatores que contribuem para baixa suspeição diagnóstica e, também, para o não alcance do índice de cura da TB no Brasil^{36,40}.

Em João Pessoa, município considerado prioritário para o controle da TB pelo Ministério da Saúde (MS), a taxa de incidência de TB, de todas as formas, em 2009, período da realização da coleta do material empírico, foi de 54,7/100.000 habitantes, com 384 casos novos notificados e de prevalência de 69,9/100.000 habitantes. Entre o número de casos novos, a taxa de incidência de casos pulmonares bacilíferos foi de 28,2/100.000 habitantes. Nesse mesmo período, o número total de casos de TB pulmonar foi de 198 com 58,5% de cura; 15% abandono e com coeficiente de mortalidade de 2/100.000 habitantes. De todos os casos novos de TB, apenas 22,4% fizeram o TDO.

Em 2012, a taxa de incidência de TB de todas as formas foi de 51,7/100.000 habitantes, com 384 casos novos notificados, a de prevalência de 68,4/100.000 habitantes. O número de casos novos pulmonares bacilíferos foi de 214 com o coeficiente de incidência de 28,2/100.000 habitantes. As taxas de cura e de abandono foram de 64,2% e 19,3%, respectivamente, e mortalidade de 2,3/100.000 habitantes. Considerando-se todos os casos novos notificados de TB pelo município, em 2012, apenas 28,1% fizeram o tratamento por meio do TDO.

O número de sintomáticos respiratórios estimados, representantes de 1% da população de João Pessoa para 2009, foi de 7.022 e de 7.424 em 2012. Com isso, a taxa de detecção de

casos de TB nesse município foi de 59,4% e de 64,2%, respectivamente. Salienta-se que, em 2013, a taxa de cura foi de 54,3% dos bacilíferos positivos e de abandono de 17,2% dos casos. O fato caracteriza um déficit na operacionalização da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios no sistema de atenção à TB, situação que dificulta o diagnóstico precoce e a erradicação da cadeia de transmissão⁴¹.

As taxas de cura e de abandono do município de João Pessoa demonstram a necessidade de se aumentar a qualidade na cobertura do tratamento supervisionado, pois são incompatíveis com as preconizadas, sendo as de cura inferiores a 85%, e as de abandono superiores a 5%.

1.2.2 Planejamento em saúde e as ações de controle da tuberculose

No senso comum, a palavra *planejamento* pode indicar ação futura, projetar algo para a vida, elaborar ações para o alcance de determinados objetivos e/ou prover melhor o caminho de sua história. As pessoas podem ou não planejar sua vida, sendo essa decisão, por vezes, influenciada por “sentimentos, crenças e valores”^{22:767}.

Na esfera política e das organizações, sejam elas públicas ou privadas, entende-se por planejamento um “processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vista à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas”^{42:17}.

Na ação coletiva, social e institucional, o planejamento pode expressar também uma *ação social* na medida em que potencializa o desenvolvimento do trabalho e esclarece objetivos e compromissos compartilhados nas organizações. Tem potencial de transformar uma dada situação em uma nova situação, por meio de ferramentas administrativas que irão fundamentar os melhores caminhos e explicitar os propósitos da ‘coisa pública’. Esse ato favorece o “exercício do controle democrático da população, ou seja, o exercício da cidadania”^{22:768}.

Acrescenta Carlos Matus que

o planejamento é a ferramenta para pensar e criar o futuro porque contribui com o modo de ver que ultrapassa as curvas do caminho e chega à fronteira da terra virgem ainda não-palmilhada e conquistada pelo homem. Essa visão ampla serve como suporte das decisões de cada dia: os pés no presente e o olhar no futuro^{43:12}.

Nessa perspectiva, faz-se necessário reconhecer a relevância do planejamento para os governos, as organizações e a sociedade civil. Compreender a construção histórica do planejamento possibilita identificar suas origens política, econômica e ideológica, da mesma forma que evidencia seu valor social na configuração de uma sociedade mais justa e igualitária.

É indispensável discorrer um pouco sobre a configuração do planejamento em saúde na América Latina, a fim de se compreender a constituição deste no Brasil e, conseqüentemente, se conhecer melhor a conformação da planificação nas ações de controle da TB no país.

A noção de planejamento origina-se na esfera econômica por meio da *Comissão Econômica para América Latina* (CEPAL), criada em 1948 pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ONU), com o objetivo de se incentivar a promoção de políticas para o desenvolvimento das diferentes regiões do mundo. Essa ação foi fundamentada pelo pensamento desenvolvimentista[†], cuja proposta doutrinária se baseava na política de substituição de importações ou da industrialização e no protecionismo econômico. Com a crise mundial da década de 1950, há transformação do discurso cepalino ao se reconhecer que o desenvolvimento não depende apenas do crescimento econômico, e, sim, de um processo global onde as estruturas políticas e sociais devem ser consideradas^{43,44}. Essas características, do economicismo e da exclusão das categorias sociais e políticas, foram responsáveis pela visão eminentemente normativa do planejamento.

Na segunda metade do século passado, em virtude do grande desenvolvimento científico e metodológico e das transformações decorrentes na prestação de serviços, com as organizações de redes e sistemas de serviços de saúde, é que a prática do planejamento foi amplamente reconhecida nesse campo, gerando interesses de organismos internacionais para o desenvolvimento de estudos metodológicos sobre planejamento que favorecessem a administração pública dos serviços e sistemas de saúde⁴².

O método CENDES/OPAS (Centro de Desenvolvimento/Organização Pan-Americana da Saúde)^{42,45}, criado em 1965, foi o principal marco metodológico do planejamento em saúde na América Latina⁴⁴, cujo eixo de atuação era a busca da transposição dos princípios econômicos para o campo social, em especial o da saúde^{43,46}. Com características economicistas, buscava aproximação do setor saúde pela proposta diagnóstica, com ênfase na criação de indicadores de saúde, feito por meio do levantamento e sistematização de variáveis demográficas e sociais. Com enfoque meramente descritivo, limitava a explicação da realidade, e a definição de prioridades era tratada de acordo com um referencial economicista de custo-benefício, consoante marco ideológico que preside a época em que surge, onde a saúde da população passou a ser considerada um fator de produtividade, fundamental para o crescimento econômico nesse período^{43,45,47}.

[†]Pensamento desenvolvimentista seria qualquer tipo de política econômica baseada na meta de crescimento da produção industrial e da infraestrutura, com participação ativa do estado, como base da economia, e o consequente aumento do consumo. [...] De modo geral, o que definiria as correntes desenvolvimentistas seria a importância do planejamento econômico visando a um processo ampliado de industrialização, embora o grau de atuação e intervenção do Estado e a posição maior ou menor do capital estrangeiro no processo delimitassem as principais divergências entre as correntes⁴⁸.

Expressão do enfoque normativo do planejamento em saúde, o método CENDES/OPAS foi criticado pelo seu formalismo economicista e complexidade, alicerçado na prática do saber administrativo tradicional, na racionalização de recursos financeiros e com forte controle do Estado^{42-44,49}.

Verifica-se, contudo, a influência do método nas propostas metodológicas da programação em saúde utilizadas no âmbito do SUS. A programação das ações e serviços de saúde, a partir das pactuações e do monitoramento por meio dos indicadores de saúde, são características herdadas do método cepalino e válidos até os dias atuais^{42,43}.

Com o surgimento de governos militares e o enfraquecimento dos ideais desenvolvimentistas em vários países, a partir de 1975, o planejamento passa a ter um caráter político, a começar da publicação do documento *Formulación de Políticas de Salud* pelo Centro Pan-americano de Planejamento em Saúde (CPPS). Inicia-se, então, a ruptura com a lógica normativa do planejamento e passa-se à constituição de um novo campo: o do planejamento estratégico⁴⁷.

A proposta do CPPS alinhava-se à nova percepção de planejamento quando não se restringia à programação de serviços, e, sim, no reconhecimento dos aspectos político-organizacionais do sistema de saúde necessários para o desenvolvimento do setor, quais sejam, financiamento, organização dos serviços e infraestrutura^{44,45}.

É importante esclarecer que a proposta CPPS era contrária à visão racional na construção de políticas e a favor da ampliação do poder normativo do Estado no setor social. No campo ideológico, a proposta CPPS baseava-se nas ciências políticas, algumas de base marxista-estruturalista. O Estado era reconhecido como a única instância capaz de transpor as necessidades em termos de propostas políticas e, embora reconhecesse a participação de outros atores, cabia ao Estado manter o poder e o controle de tal processo^{42-44,47}, espaço de crítica pela unicidade do Estado frente a esses processos.

Apesar das limitações desse método de planejamento, ressalta-se a contribuição do enfoque na definição de grupos humanos prioritários e problemas de saúde emergentes pela via de aproximação ao conceito de necessidades de saúde, assim como ao uso da análise de risco, na definição de categorias de problemas, e na formulação das estratégias de intervenção^{36:23}.

Outros dois importantes representantes do enfoque estratégico foram os estudos de Mário Testa (Pensamento Estratégico em Saúde) e Carlos Matus (Planejamento Estratégico Situacional-PES), pensamentos muito presentes na constituição de um planejamento voltado para o setor saúde no Brasil, mais próximos aos ideais da Reforma Sanitária Brasileira. O

enfoque estratégico pode ser entendido como “formulações que rompem com a normatividade de um *deve ser* que se impõe sobre a realidade”. Ao considerar o problema do poder, a existência de conflitos, entre forças sociais com diferentes interesses e visões sobre o problema, objetiva alcançar o máximo de liberdade de ação à ação realizada, fazendo parte desse a análise da viabilidade política^{50:129}.

O Pensamento Estratégico em Saúde (1989) compreende o planejamento como uma prática histórica; reconhece as necessidades de saúde enquanto problema social e considera o poder como problema central do planejamento em saúde^{48,50}, isso porque defende que o propósito do planejamento é a mudança social, e “pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade” e “intervir na construção de história”^{48:39}. De acordo com Teixeira⁴², a principal contribuição de Mário Testa para o setor saúde refere-se não apenas a aspectos conceituais, mas, sim, a metodológicos, como, por exemplo, o “*postulado da coerência*” que pode ser utilizado como ponto de partida para definição de modelos de análise de processos políticos específicos, como os planos e programas de saúde.

No final da década de 1970 e nos anos subsequentes, foi desenvolvido o enfoque do Planejamento Estratégico Situacional (PES) a ser utilizado, principalmente, pelo nível central da administração/governo, sendo usado amplamente no âmbito da saúde⁴⁷.

O PES é um “cálculo que precede e preside a ação para criar o futuro”, afirma Matus^{43:15}. Esse entendimento, para além do cálculo, favorece a incorporação de elementos da gerência, aspectos organizacionais e a ênfase da conjuntura, avaliação e monitoramento da execução do plano pelos distintos atores, ou seja, “o planejamento vincula-se à ação e aos resultados/impactos e não somente ao cálculo que antecede a ação”^{51:04}.

É reconhecido como um método que melhor responde às expectativas do setor saúde ao considerar a complexidade, fragmentação e as incertezas que caracterizam os processos sociais, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados, e o poder se encontra compartilhado⁵¹. Nessa perspectiva, considera a multissetorialidade dos problemas – política, econômica, social, cultural etc. – e a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma “visão policêntrica” para melhor explicar uma dada situação problema e, consequentemente, possibilitar sua resolução⁴².

Compartilha-se aqui um pensamento de Carlos Matus que evidencia a essência do PES:

[...] o planejamento é uma ferramenta de liberdade. Ganho liberdade à medida que penso e enumero possibilidades futuras, porque me liberto da cegueira ou da prisão de não saber que posso escolher, ou pelo menos, tentar escolher. [...] O único planejamento legítimo é o democrático descentralizado, que minimiza a imposição de valores. Não se deve ter ilusões: cada liberdade tem a sua contrapartida de restrições. O problema consiste em nos pormos de acordo para que as liberdades tenham um alto valor e as restrições sejam mínimas e de baixo valor para a coletividade social^{43:18}.

O PES foi o método mais difundido pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), por meio de processos de formação, em especial de pós-graduações, nos vários núcleos de planejamento e gestão que começaram a espalhar-se pelo Brasil na década de 1980⁴⁷. Tendo como ponto de partida a aplicabilidade desses métodos na construção de políticas, programas e planos de ações em saúde, no Brasil, foram identificadas quatro vertentes, de certo modo, tributárias da reflexão crítica acerca dos aspectos políticos do processo de planejamento, programação e gestão do trabalho em saúde.

A vertente da ação programática em saúde, representada pela produção do grupo vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, destaca-se pela ênfase à teoria do processo de trabalho em saúde que fundamenta a análise das práticas de saúde. Com o foco nas formas multidisciplinares de trabalho em equipe e na valorização da noção de necessidades de saúde, defende o uso inteligente da epidemiologia para análise dos problemas de saúde^{42,44}.

A segunda corrente de pensamento, representada pelo grupo de pesquisa em Planejamento e Programação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), defende o planejamento estratégico comunicativo com base na teoria do agir comunicativo. Esse grupo tomou como ponto de partida a análise crítica da obra de Carlos Matus, realizada por Rivera à luz da teoria da Ação Comunicativa. Desenvolve reflexões sobre componentes importantes no campo do planejamento/gestão como Análises Estratégicas, Liderança e Cultura Organizacional^{42,44,52}.

O Laboratório de Análise e Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Universidade de Campinas (UNICAMP) defende um modelo de gestão colegiada e democrática. Os conceitos e métodos advindos desses estudos podem ser utilizados como referencial para construção do planejamento participativo. O planejamento, nessa vertente, é visto como um instrumental que favorece a construção de sujeitos livres e criativos em espaços democráticos e participativos^{42,44,53}.

E, finalmente, a corrente da Vigilância à Saúde defendida pelo grupo de docentes e pesquisadores do ISC-UFBA. Essa vertente propõe pensar na inversão das práticas de saúde cuja ação deve considerar a intersetorialidade – na linha da promoção à saúde –, paradigma básico da vigilância à saúde, que busca dar conta da integralidade da atenção^{42,44}. Essa vertente incorpora o planejamento estratégico-situacional, como parte da dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de gestão e atenção em saúde, “privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para organização dos processos de trabalho”^{42:42}.

É importante dizer que cada vertente com sua peculiaridade tem sua importância no pensar e refletir sobre planejamento e sua efetividade na produção das práticas de cuidado em saúde no SUS⁴².

Entretanto, segundo Paim²², a área de planejamento em saúde não tem sido alvo de estudos sistemáticos, numa perspectiva histórica e epistemológica, talvez por sua singularidade na “busca pelo *desenvolvimento tecnológico* que constitua a mediação entre os conceitos, métodos e instrumentos com a ação de sujeitos concretos no âmbito das organizações de saúde, tendo em vista a intervenção sobre problemas, necessidades e demandas políticas em saúde”^{22:78}.

Na literatura pesquisada, não foram identificados estudos que evidenciem a efetividade das ações de controle da TB na perspectiva do planejamento em saúde, especialmente no que condiz à discursividade dos sujeitos gestores.

Sobre o aspecto do planejamento das ações de controle da TB, estudos apontam uma prática verticalizada, centralizada e burocratizada; uma vez que o planejamento é realizado, principalmente, no nível central da gestão, cabendo aos outros níveis gerenciais a operacionalização das ações propostas. Por outro lado, os gestores dos serviços de saúde parecem não priorizar e/ou desconhecer as ações de controle da TB, assim como da importância do planejamento para o alcance da sua efetividade^{6-10,13}.

O entendimento da efetividade em saúde atribuída neste estudo refere-se à capacidade do setor saúde em desenvolver e implementar políticas, programas e ações que modifiquem uma dada realidade em uma nova, com sustentabilidade⁵³⁻⁵⁶.

Percebe-se nos estudos identificados que o uso da efetividade se direciona, em sua maioria, na relação do custo-benefício dos programas e ações de controle da TB^{15,27,29,57-59}, o que denota um entendimento equivocado. A efetividade é um conceito complexo que se concentra na qualidade dos resultados, na busca do alcance dos objetivos por meio do êxito das intervenções. É considerado, sobretudo, a real necessidade e a possibilidade de ação a fim de que essas, de fato, modifiquem a vida real⁵³⁻⁵⁸.

Embora planejamento, gestão e efetividade em saúde sejam conceitos distintos, são convergentes entre si, uma vez que, em seus preceitos, buscam a melhoria da qualidade de vida de uma dada sociedade. A gestão, por ter o poder de coordenar espaços dialógicos de construção da viabilidade da política pública; o planejamento, pela capacidade de instrumentalizar as decisões e estratégias a serem adotadas pela gestão; e a efetividade, por ser uma medida de avaliação de impacto que irá ratificar ou não o sucesso de determinadas políticas, programas e ações de saúde.

Neste estudo, utilizar-se-á a concepção do planejamento estratégico proposta por Carlos Matus por ser o tipo de planificação em saúde adotada pelo município estudado e também por acreditar que melhor responde às necessidades do setor saúde, principalmente aquelas de cunho social, como é a TB.

No que condiz ao planejamento para controle da TB, esse constitui-se uma ferramenta essencial para efetividade de suas ações, considerando-se que a TB é área prioritária nas políticas de saúde no Brasil.

Nessa perspectiva, os efeitos de sentidos dados pela gestão ao planejamento e sua prática nos diversos serviços e programas de saúde produzem um dizer que necessita ser compreendido em sua discursividade que, por sua vez, não está na essência das palavras, e, sim, na maneira como, no discurso, a ideologia produz seus efeitos, materializando-se nele. Desse modo, segundo Orlandi^{35:43}, “os sentidos sempre são determinados ideologicamente”.

Ressalta-se que os programas e planos para o controle da TB, ao longo da história, foram produzidos a tornar o doente de TB subalterno a um sistema de controle e tratamento em prol da luta contra a doença. Pôrto^{11:8} enfatiza que, além do controle dos corpos – das pessoas doentes de TB –, o Estado controlava a vida dessas pessoas. A exclusão do convívio familiar, do social e a estigmatização da doença favoreceram a constituição do “horror à tuberculose ser menos à condenação à morte física do que à condenação à morte moral”^{11:46}.

Esses vestígios, que, atualmente, podem ser constitutivos do imaginário social poderão materializar-se nos discursos dos sujeitos, sendo, neste estudo, os gestores.

Acrescente-se que o “adoecimento por TB é um processo subjetivo e interpenetrado por saberes, discursos e práticas, produzidos histórico-culturalmente na vida social e nutridos em um *interdiscurso* (sobre a doença e o doente), que afeta o modo como o sujeito significa a sua experiência”^{60:21}. Essa apreensão é necessária, visto que compreender, por meio do discurso, é saber como um objeto simbólico produz sentidos, ou seja, é saber como as interpretações funcionam; é procurar a explicitação dos processos de significação e como eles se constituem, como eles estão “investido[s] de significância para e por sujeitos”^{35:26}. O sujeito é interpelado pela ideologia, enquanto prática significante; a ideologia aparece como efeito da relação necessária do sujeito com a língua e com a história para que haja sentido³⁵.

Dessa maneira, considerando-se a escassez de estudos que versem sobre a efetividade das práticas de planejamento das ações de controle da TB, na perspectiva do discurso de gestores, espera-se contribuir para a produção do conhecimento no cenário brasileiro, sobretudo para a compreensão pelo prisma que envolve a discursividade no campo da gestão, do planejamento em saúde e da TB. Para melhor clareamento sobre o objeto de pesquisa em questão, utilizar-se-á um dispositivo inovador e pouco empregado nos estudos científicos da saúde, denominado de Análise de Discurso (AD), de matriz francesa.

1.3 Objetivo

Analisar a discursividade dos sujeitos gestores relacionada à prática das ações de controle da TB, na perspectiva do planejamento em saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA

A Análise de Discurso (AD) de matriz francesa se constituiu no final dos anos 1960 a partir dos estudos teóricos de Michel Pêcheux e colaboradores^{35,52-53}. Sendo um dos teóricos fundadores da AD, Michel Pêcheux pressupôs uma *desterritorialização disciplinar*, no interior da qual são apontadas as insuficiências de campos de saber instituídos como a Linguística e as Ciências Sociais. Defendia que o uso da língua na história não é apenas combinação de unidades formais, conforme poderia pensar a Linguística, nem, tampouco, a veiculação de conteúdos independentes de sua formulação simbólica, conforme poderiam acreditar as Ciências Sociais⁵².

Nesse período, a AD foi considerada o acontecimento teórico mais importante, depois do estruturalismo na França, pois não nasce apenas como um simples campo de estudo, mas como um instrumento de luta política. Propôs como grande questão a relação da estrutura com a história, do indivíduo com o sujeito, da língua com a fala⁵². Em outras palavras, reconhecia

a articulação entre a linguística e a psicanálise, sob a égide do materialismo histórico, ocasionou a emergência de um domínio teórico em que a língua, o sujeito, a história e o sentido são concebidos no interior das relações sociais em que saberes e poderes não se dissociam no processo discursivo^{53:16}.

Logo, a Linguística, a Psicanálise e o Materialismo Histórico conformam o campo de conhecimento dos quais a AD se filia. De modo geral, a contribuição da Linguística se deu pelo deslocamento da noção de fala para discurso; do Materialismo Histórico, emergiu a teoria da ideologia; e da psicanálise, o deslocamento da noção de homem para a de sujeito^{35,54}.

A AD relativiza a autonomia do objeto da Linguística ao reconhecer o deslocamento da noção de fala para o discurso. Esse, que é um objeto sócio-histórico e no qual está implícita a intervenção do linguístico^{35,55}, busca entender como a “ideologia se materializa no discurso e como o discurso se materializa na língua, de modo a entender como o sujeito, atravessado pela ideologia de seu tempo, de seu lugar social, lança mão da língua para significar(-se)”^{55:17}.

A Linguística constitui-se pela afirmação da não transparência da linguagem, da noção de materialidade do significante e que a relação linguagem/pensamento/mundo não é unívoca. Nessa perspectiva, os estudos discursivos procuram compreender a língua não apenas como estrutura, mas, sobretudo, como acontecimento³⁵. “Reunindo a estrutura e acontecimento a forma material é vista como o acontecimento do significante em um sujeito afetado pela história”^{35:19}.

Nesse entendimento, entra a contribuição da *Psicanálise*, com o deslocamento da noção de homem para a de sujeito, a qual se constitui na relação com o simbólico, na

história^{35:19}. Na AD, o sujeito é o resultado de uma estrutura complexa, efeito de linguagem e, consequentemente, clivado, cindido, ou seja, incapaz de dominar os efeitos de sentidos de seu dizer⁵¹. Por outro lado, o *Materialismo Histórico* pressupõe que há um real da história, fabricada pelo homem, mas que também não lhe é transparente^{35:19}.

Sobrinho⁶¹, em seu texto intitulado *Análise do Discurso e a Insuportável Luta de Classes na Teoria e na Prática*, reflete sobre AD e sua interlocução com o materialismo histórico como teoria das formações sociais e de suas transformações. Afirma que a AD é uma disciplina historicamente constituída e que, por isso, não pode se desviar, nem na teoria nem na prática, da luta de classes. A AD, por sua vez, procura entender os efeitos dessa luta nas produções materiais de sentidos e que, muitas vezes, nos estudos realizados de AD, especificamente nas análises, são esquecidos. Isso se torna evidente quando, nas análises, não são identificadas nos discursos as contradições sociais em sua concretude histórica e, sim, “o discurso em si e por si mesmo”^{61:22}.

Sobre isso, Pêcheux^{57,61} afirma que compreender o processo das condições de produção é fundamental, principalmente no que se refere a situar o sujeito/objeto de estudo; entretanto, “não se fica quite com o materialismo histórico com a simples referência às condições de produção sócio-históricas do discurso”.

O discurso é efeito e trabalho no processo histórico-social, nas lutas e conflitos que constituem o interpretar e o dizer sobre o mundo. Em face desse entendimento, os discursos emanam das práticas dos sujeitos em determinada sociedade e, dialeticamente, é trabalho sobre elas^{57:27}.

Por isso, é preciso estar atento e insistir: só quando articulamos o dizer com suas condições de produção (relações sociais de caráter material e historicamente determinadas) é que as contradições do discurso reaparecem e desvelam a complexa face de suas contradições, ou seja, o seu real – o caráter material do sentido.

É importante dizer, segundo Orlandi³⁵, que a AD, ao trabalhar na confluência desses campos de conhecimento, possibilita ruptura em suas fronteiras e favorece a produção de um novo recorte de disciplinas, constituindo um novo objeto que é o discurso.

Etimologicamente, a palavra *discurso* tem em si a ideia de movimento, prática de linguagem, onde se observa o homem falando. Pinho⁵⁸ afirma que o discurso é ação social, uma vez que está imerso nas atividades diárias da vida humana, na materialidade sócio-histórica do sujeito e na construção da existência social.

Por isso não há discurso neutro, pois todo discurso é atravessado pelo tipo de relação do sujeito no processo de produção da vida de uma sociedade, ou seja, o lugar que o sujeito

ocupa na vida social imbrica valores, crenças e visões de mundo que irão constituir o discurso⁵².

Assim, a AD não trata da língua; ela trata do discurso. Procura compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, e parte do social, constitutivo do homem e da sua história. Reconhece no homem sua capacidade de significar e significar-se, uma vez que, na relação entre homem, realidade natural e social, torna possível identificar, por meio do discurso, a permanência e a continuidade quanto ao deslocamento e à transformação deste e da realidade em que ele vive³⁵.

Na AD, procura-se compreender a língua na produção de sentidos, enquanto trabalho simbólico, na relação da língua com a constituição do homem e da sua história. Observa-se que a AD trabalha com a língua no mundo, com maneiras de significar e ressignificar, considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas^{35:16}.

A AD, portanto, concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social. A língua é entendida como materialidade linguística e, em virtude de sua porosidade, pode ser desconstruída pela análise do funcionamento discursivo e oferecer possibilidades de interpretação distintas, pois sempre existirão outros sentidos a descobrir, ao considerar as diversas possibilidades de ressignificação⁵⁹.

Nessa perspectiva, o discurso é efeito de sentidos entre locutores, pois as relações de linguagens são relações de sujeitos e de sentidos, e seus efeitos são múltiplos e variados. Ele permite observar as relações entre a ideologia e a língua, o que favorece a análise dos efeitos de sentido da língua na história e desta com a língua^{35:21}.

O discurso não se fecha. É um processo em curso, em movimento, ele não é um conjunto de textos, e, sim, uma prática. Nessa acepção, considera-se o discurso no conjunto das práticas que constituem a sociedade na história, com a diferença de que a prática discursiva se especifica por ser uma prática simbólica^{35:71}.

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 na relação língua-discurso-ideologia. Essa relação se complementa com o fato de que “não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido”^{35:17}.

Segundo Pêcheux, todo processo discursivo se inscreve numa relação ideológica de classes^{57,61}. É importante reconhecer que o modo pelo qual os homens produzem seus meios de vida depende 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, e,

sim, como uma forma determinada de exteriorizar o modo de sua vida. Já afirmava Marx: “o que eles são coincide, pois, com sua produção, tanto com o que produzem como também com o modo como produzem. O que os indivíduos são, portanto, depende das condições materiais de produção”^{62:87}. O reconhecimento das condições materiais de produção é *sinequa non* para a compreensão da discursividade dos sujeitos.

A ideologia de Marx, em uma concepção mais ampliada, reconhece as formas ideológicas pelas quais a sociedade toma consciência da vida real; essa, por sua vez, é deformada da realidade que se dá por meio da ideologia dominante, ou seja, “as ideias das classes dominantes são as ideologias dominantes da sociedade”^{62:12;63}.

É necessário explicar o conjunto desigual e contraditório identificado nas formações discursivas em jogo numa situação real, uma vez que estarão sob a dominação do conjunto das formações ideológicas, determinadas pela luta ideológica das classes^{57,61}.

Assim, reconhece-se a ideologia na AD como mecanismo estruturante do processo de significação. Ela liga-se inextricavelmente à interpretação enquanto fato fundamental que atesta a relação da história com a língua, na medida em que esta significa³⁵.

A conjunção da língua/história só pode se efetivar pelo funcionamento da ideologia, e isso se dá ao se observar o objeto discursivo como lugar específico em que se apreende o modo como a língua se materializa na ideologia e como esta se manifesta em seus efeitos na própria língua. Nessa perspectiva, ao considerar-se o imaginário na relação do sujeito com a linguagem, dá-se um novo lugar à ideologia^{35:96}.

É a ideologia que torna possível a relação palavra/coisa. Para isso, têm-se as condições de base, que é a língua, e o processo, que é discursivo, onde a ideologia torna possível a relação entre o pensamento, a linguagem e o mundo. Ou em outras palavras, reúne o sujeito e sentido. Desse modo o sujeito se constitui e o mundo se significa. Pela ideologia.

A ideologia se produz justamente no ponto de encontro da materialidade da língua com a materialidade da história. Como o discurso emerge na articulação entre materialidades da língua e da história, concebe-se que essa materialidade é o lugar da manifestação das relações de forças e de sentidos que refletem os confrontos ideológicos⁶⁴. Compreender como um objeto simbólico produz sentidos e como ele está investido de “significância para e por sujeitos”^{35:26}, implica explicitar como o texto organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido.

Salienta-se que há gestos de interpretação que constituem o processo de explicação, e que o analista, com seu dispositivo, deve ser capaz de compreender. Compreender é saber como um objeto simbólico produz sentidos, como as interpretações funcionam. Ao

interpretar, já se está preso em um sentido, porque a compreensão procura a explicitação dos “processos de significação presentes no texto e permite que se possam ‘escutar’ outros sentidos que ali estão, compreendendo como eles se constituem”^{35:26}.

É entender o real em vários sentidos, um real que não se reduz à ordem das coisas, e, sim, no reconhecimento de outros tipos de saberes. É um saber que não se transmite, não se aprende, não se ensina, e que, no entanto, existe produzindo efeitos⁶⁰.

Compreender os efeitos de sentidos dados pelo sujeito que produz o discurso não é tarefa fácil; ao contrário, é complexo e desafiador. De tal modo que é necessário discorrer, um pouco, sobre algumas questões teóricas necessárias para a análise do objeto discursivo, tais quais: condições de produção e interdiscurso; esquecimentos; paráfrase e polissemia; formações imaginárias e formações discursivas.

As condições de produção, conforme já mencionado anteriormente, compreendem fundamentalmente os sujeitos, a situação e também a memória. Em sentido mais restrito, é o contexto imediato e, mais amplo, incluem o contexto sócio-histórico e ideológico³⁵. A respeito, Silva⁵⁵ especifica que, ao visualizar-se o sujeito em determinadas estruturas sociais, das quais decorrem formações imaginárias diferentes, determinar-se-ão também os diferentes discursos que serão influenciados pela imagem que cada um faz de seu próprio lugar e do lugar do outro.

A memória, nessa perspectiva, é tratada como interdiscurso. O interdiscurso é aquilo que fala antes, em outro lugar, é um processo de reconfiguração constante, pelo qual uma formação discursiva é conduzida a incorporar elementos pré-construídos, produzidos no exterior dela própria. É esse saber discursivo que torna possíveis todos os dizeres já-ditos e esquecidos em uma estratificação de enunciados que, em seu conjunto, representam a base do dizível^{35,55}.

Por trás de todo dizer, existe um não dizer. Esse entendimento é importante, uma vez que, segundo Tfouni⁶⁵, a existência de um dizer completo seria a morte da linguagem. Por conseguinte, para que o campo do dizível continue aberto, é preciso que não se diga tudo, e que a linguagem seja carregada de um não-dizer. Continua a autora, “o interdito é um impedimento estrutural e estruturante ao dizer completo, impedindo que se diga tudo, e, por isso mesmo, permitindo que se diga algo”^{65:188}. Assim, o interdiscurso é da ordem do saber discursivo, memória afetada pelo esquecimento ao longo do dizer, por onde há o silenciamento³⁵.

Existem dois tipos de esquecimentos: o número um, que trata da instância do inconsciente e resulta do modo pelo qual somos afetados pela ideologia, por isso também

reconhecido como esquecimento ideológico. E o esquecimento número dois, que é parcial, mexe com o semiconsciente, dá ao sujeito a ilusão de que seu discurso reflete o conhecimento objetivo que tem da realidade⁵⁵. Dizendo de outra maneira, ao falar, o sujeito fala de uma maneira, e não de outra; na medida em que avança, formam-se famílias parafrásticas que indicam que o dizer poderia ter sido outro³⁵.

Há um sentido no silêncio, ele é fundante, ou seja, princípio da significação. O silêncio é o espaço diferencial da linguagem, é o espaço que permite a linguagem significar^{35,64}. Nesse entendimento, a concepção de silêncio, como sinônimo de significação, resulta em que há incompletude constitutiva da linguagem quanto ao sentido. Isso quer dizer, segundo Tfouni, que “a existência do não dito, e, portanto, de um impossível de dizer, é estruturalmente necessária ao dizer, ao discurso e à enunciação [...] o não dito sustenta o dito, permitindo seu movimento, o movimento entre o dizer e o não dizer”^{65:189}.

Outros dois conceitos importantes na compreensão do discurso são a paráfrase e polissemia. Orlandi³⁵ descreve que os processos parafrásticos são aqueles pelos quais, em todo dizer, há sempre algo que se mantém, é o dizível, a memória, enquanto a polissemia é o deslocamento, a ruptura de processos de significação. Num jogo de tensão entre o mesmo e o diferente, a paráfrase e a polissemia conduzem os sujeitos e os sentidos a se movimentarem, seguirem seus percursos, se significarem. Essa relação é condição de existência dos sujeitos e dos sentidos; por isso, na AD, reconhece que o sujeito e o sentido sempre podem ser outros. Entretanto, depende como esses são afetados pela língua e como se inscrevem na história³⁵.

A relação de sentidos, de antecipação e de forças são mecanismos de funcionamento do discurso denominado de formações imaginárias. Essas, por sua vez, são projeções empíricas que permitem passar das situações empíricas, os lugares dos sujeitos, para as posições do sujeito do discurso. Dessa maneira, o que significa no discurso são essas projeções em relação ao contexto sócio-histórico e à memória. O discurso do sujeito também é influenciado pela posição que ele ocupa na sociedade; são as imagens que constituem as diferentes posições, enquanto posição discursiva produzida pelas formações imaginárias³⁵.

Já as formações discursivas, outro conceito importante a ser esclarecido, permitem compreender o processo de produção dos sentidos, a sua relação com a ideologia. Esse processo permite definir, como que numa formação ideológica dada, ou seja, a partir de uma conjuntura sócio-histórica dada, de acordo com a posição e formação ideológica da qual o sujeito pertence, determina o que pode e deve ser dito^{35,59}. Nesse movimento é que as formações discursivas constituem sentidos diferentes⁶⁴.

Na AD, não existe uma sistematização rígida na conformação das análises discursivas, porém existem alguns caminhos que precisam ser trilhados para que o analista, de fato, evidencie a discursividade dos sujeitos pesquisados.

Para isso, há construção de um *dispositivo teórico* que possibilitará ao analista de discurso compreender os gestos de interpretação constitutivos do dizer. Uma análise não é igual a outra, pois o mesmo analista poderá mobilizar conceitos diferentes que possibilitarão recortes distintos do texto. É de responsabilidade do analista de discurso a formulação da questão que desencadeará a análise. Esse dispositivo objetiva mediar o movimento entre a descrição e a interpretação que se sustenta em princípios gerais da AD enquanto forma de conhecimento com seus conceitos e método³⁵.

O que define a forma do *dispositivo analítico* é a questão, posta pelo analista, à natureza do material que analisa e à finalidade da análise. Por conseguinte, sua prática de leitura, seu trabalho com a interpretação têm a forma de seu dispositivo analítico^{35:27}.

Em seguida, de forma sucinta, serão apresentados os dispositivos e procedimentos inerentes à AD, conforme Orlandi^{35:78-80}.

Da passagem da superfície linguística (texto) para o objeto discursivo: na primeira etapa, o analista, no contato com o texto, procura ver nele sua discursividade e, incidindo sobre um primeiro lance de análise, constrói o objeto discursivo em que já está considerado o esquecimento número 2 – desnaturaliza-se a relação palavra-coisa. O que se faz é tornar visível o fato de que, ao longo do dizer, se formam famílias parafrásticas relacionando o que foi dito com o que não foi dito, com o que poderia ser dito etc.

Da passagem do objeto discursivo para o processo discursivo: a partir do objeto discursivo, o analista vai incidir sobre uma análise que procura relacionar as formações discursivas distintas com a formação ideológica que rege essas relações.

Da passagem do processo discursivo para a formação ideológica: constituição dos processos discursivos responsáveis pelos efeitos de sentidos produzidos naquele material simbólico, de cuja formulação o analista partiu. O processo de produção de sentidos está necessariamente sujeito ao *deslize*, havendo sempre um ‘outro’ possível que o constitui. Esse modo de conceber o deslize, o efeito metafórico, como parte do funcionamento discursivo, liga-se à maneira de se conceber a ideologia. Essa duplicidade faz referir um discurso a um discurso outro para que ele faça sentido; na, AD envolve a ideologia.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Natureza da investigação

O caminho metodológico a ser adotado para o desenvolvimento de um estudo científico constitui uma etapa crucial para o alcance dos objetivos do estudo. Concorde-se com Minayo⁶⁶ que esse processo deverá considerar a discussão epistemológica sobre o *caminho do pensamento* que o objeto de investigação requer; a adequada escolha dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos na busca de compreender as indagações do processo investigativo; e a criatividade do pesquisador no que se relaciona a sua experiência reflexiva, capacidade pessoal de análise e síntese teórica.

Dessa maneira, este estudo fundamenta-se no referencial teórico-metodológico da AD de matriz francesa. Filiada teoricamente a três domínios disciplinares – a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise –, a AD busca evidenciar a relação entre língua e ideologia, compreendendo-se *como a língua produz sentidos por/para os sujeitos*^{35:17}.

Estudo de natureza qualitativa, desenvolvida com o objetivo de analisar a discursividade dos sujeitos gestores, relacionada à prática das ações de controle da TB na perspectiva do planejamento em saúde, a pesquisa qualitativa é um conjunto de práticas que valorizam histórias, tensões e contradições na sociedade, com o compromisso de resguardar a complexidade das coisas e dos fenômenos estudados⁵⁸.

Para Minayo⁶⁶, o estudo qualitativo é apropriado para as questões que indagam sobre uma realidade específica, “que tem carga histórica e reflete posições frente à realidade, momento do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações de classes e de grupos determinados”. A pesquisa qualitativa propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social, inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e os resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida por meio do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum⁶⁷. Pode compreender como “um conjunto de práticas que valorizam histórias, tensões e contradições na sociedade, com o compromisso de resguardar a complexidade das coisas e dos fenômenos estudados”^{58:118}.

Uma característica presente nos estudos qualitativos refere-se à posição do pesquisador, que não se coloca como perito, visto que é de uma nova relação sujeito-objeto que se trata. Reconhece-se que essa nova relação é marcada pela intersubjetividade, sendo essa uma posição inovadora quanto ao desenvolvimento do conhecimento⁶⁷. Seguindo esse raciocínio, os estudos qualitativos contemplam poucos sujeitos investigados, perdendo em

amplitude, ganhando, porém, em profundidade dos aspectos estudados⁶⁸, uma vez que está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social, e como as pessoas compreendem esse mundo; e que não podem ser explicadas experimentalmente^{58,67}.

3.2 Cenário do estudo

O local de realização do estudo foi no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, considerado prioritário para o controle da TB pelo Ministério da Saúde (MS). Esse município possui uma área geográfica de 210,45 km², uma população de 733.155 habitantes, com IDH médio de 0,783. Representa o mais importante pólo de referência no estado da Paraíba, influenciando migrações internas e externas na construção e avaliação dos seus indicadores de saúde, demográficos e socioeconômicos. Pertence ao 1º Núcleo Regional de Saúde (NRS), juntamente com mais 24 municípios, todos localizados na mesorregião do Agreste Paraibano⁷².

A Secretaria de Saúde tem sob sua responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal. Na época da coleta de dados, em 2009, o município contava com cinco distritos sanitários, somando 180 equipes saúde da família (cerca de 81% de cobertura populacional), com seis PACS, sendo 1.248 o número de ACS.

O recorte histórico deste estudo deu-se no ano de 2009, três anos após a eleição municipal do partido considerado de esquerda na esfera política local. O comando da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) permaneceu com o mesmo gestor durante oito anos seguidos (2005 a 2013), nos quais ocorreram mudanças de bases importantes da ordem administrativa, organizacional, estrutural e política.

O documento que evidenciou essas mudanças foi o Plano Municipal de Saúde (2006-2009), o qual apresentou, entre outras propostas, a construção de um novo modelo de atenção que trabalhe com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados⁷².

Teve como plano estratégico a construção da *atenção integral e humanizada e a educação permanente em saúde* (EPS) como norteador da (re)organização de serviços de saúde. Essa estratégia de gestão teve o intuito de viabilizar a transformação das práticas de saúde de modo a produzir cuidados que viessem contemplar as necessidades de saúde da população local. Nele, enfatizava-se a importância da participação popular e a construção de espaços de cogestão, consideradas fatores fundamentais, na medida em que,

constitucionalmente, a saúde “é um direito de todos e um dever do Estado”. As decisões e definições nesse campo deveriam, portanto, partir das necessidades de saúde da população, a *‘partir deles, com eles’* e não apenas *‘para eles’*⁷².

A estrutura orgânica da SMS de João Pessoa compõe-se das Diretorias de Administração e Finanças; Atenção à Saúde; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; Regulação e Cartão SUS e de Vigilância em Saúde. Elas estão organizadas de modo a contemplar a construção de uma rede de cuidados progressivos em saúde, embora, da forma como se encontre essa estrutura, privilegie, ainda, as relações verticalizadas com base em pirâmide organizacional.

A área de Tuberculose e Hanseníase, vinculada à Diretoria de Atenção à Saúde, tem o objetivo de desenvolver ações que sejam efetivas para a redução dos índices de morbimortalidade dessas doenças na cidade de João Pessoa. No que diz respeito às ações voltadas para o controle da Tuberculose, o município pactuou metas com a finalidade de elevar as taxas de cura e diminuição do abandono da doença. Essas metas são: instituir protocolo de referência e contrarreferência para tuberculose, em âmbito intra e intermunicipal; qualificar profissionais que compõem as ESF para a realização do tratamento diretamente observado; articular e promover ações de educação em saúde para a população nos territórios das unidades da Estratégia Saúde da Família e garantir tratamento a 100% dos casos de tuberculose diagnosticados⁷².

A Diretoria de Vigilância em Saúde está responsável pela elaboração, execução e monitoramento de ações no âmbito da prevenção, promoção e controle de doenças e agravos à saúde. Interligadas a Diretoria, estão três Gerências de Vigilância: Ambiental, Epidemiológica e Sanitária. Da mesma forma, as Gerências estão divididas em áreas temáticas. Nesse caso, a Gerência de Vigilância Epidemiológica tem em sua composição quatro áreas: Imunização, DST/Aids, Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Doenças Transmissíveis. Embora não esteja contemplada oficialmente na estrutura do organograma, a Diretoria de Vigilância em Saúde é responsável pelos Sistemas de Informação em Saúde, entre eles, pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). O SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação, inclusive da TB, em todo o território, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões em nível municipal.

Ressalta-se que a Diretoria de Vigilância em Saúde, em João Pessoa, fica responsável por monitorar todas as notificações e investigações de casos de Tuberculose no território municipal, cabendo à Diretoria de Atenção à Saúde o desenvolvimento das ações de controle.

3.3 Sujeitos colaboradores do estudo

Os sujeitos colaboradores deste estudo foram 25 profissionais de saúde que atuavam na gestão ou equipes gestoras do município de João Pessoa. Desses, 16 (dezesesseis) na função de Apoiadores Matriciais (AM); 04 (quatro) nas diretorias e gerências da Secretaria Municipal de Saúde e 05 (cinco) como diretores de Distritos Sanitários.

Entender o sujeito na AD se torna essencial para se analisar a discursividade dos sujeitos gestores, na medida em que se reconhece a relação entre homem e sua historicidade no campo social. Concorde-se quando Marx afirma que a própria existência humana é uma atividade social^{73:80}, isto é, a explicação para atividade humana; pode ter maior ou menor grau de conscientização sobre seu estar no mundo; porém “não será dada por nenhuma condição que não possua explicação na própria sociabilidade”. Assim, pode-se compreender essa ambiguidade da noção de sujeito que, se determina o que diz, entretanto, é determinado pela exterioridade na sua relação com os sentidos, sendo ao mesmo tempo livre e submisso³⁵.

Dessa forma, optou-se por se escolher trabalhar com os sujeitos gestores por se compreender serem eles os responsáveis por desencadear as políticas públicas de saúde no território municipal, assim como reorganizar/implementar ações e serviços nos diversos níveis de complexidades do cuidado, seja na atenção individual, seja na coletiva. Isso requer do gestor competências e habilidades que envolvam conhecimentos técnicos e administrativos capazes de possibilitar a identificação das necessidades de saúde locais; reordenamento das práticas de cuidado em saúde; inserção de espaços coletivos e democráticos nos serviços de saúde (processos de cogestão) e a racionalização dos recursos financeiros, humanos e logísticos, de modo a possibilitar a construção de um sistema de saúde onde o cuidado e o respeito com as pessoas estejam presentes no cotidiano dos serviços de saúde, conforme preconizava o plano municipal de saúde.

O planejamento em saúde é uma atividade inerente à função gestor. Não que outros profissionais de saúde fazer; aliás, a prática desse deve alicerçar o trabalho dos profissionais que atuam nos diversos serviços de saúde; mas, ao reconhecer o planejamento em saúde como expressão de uma ação social, o gestor, como ator social, e a TB, como um problema sério de saúde e de cunho social, refletem a importância da escolha desses sujeitos como colaboradores do presente estudo.

Utilizou-se, como critério de inclusão do estudo, o fato de o gestor ser domiciliado no município de João Pessoa, estar na função de gestor e/ou equipe gestora no momento da coleta de dados em diversos serviços de saúde no município de João Pessoa.

3.4 Constituição do material empírico

O material empírico foi composto pela materialidade discursiva de 25 gestores da Atenção Básica, Distritos Sanitários e Secretaria Municipal de Saúde. Os depoimentos foram adquiridos por entrevistas semidirigidas realizadas em 2009, vinculadas ao estudo *Retardo no diagnóstico da tuberculose e a influência dos aspectos relacionados à gestão*. A coleta do material empírico foi realizada dois anos após ter sido instituído no município a descentralização das ações de controle da TB do serviço de referência para a atenção básica em saúde. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos gestores, em sala individual, sem a presença de outras pessoas no momento da coleta das falas.

Para composição do *corpus* de análise, utilizou-se a seguinte questão: *Como são planejadas as ações de controle da tuberculose na unidade de saúde – Distrito – gestão central?*

3.4.1. Organização do material empírico – Atlas.ti

O material empírico, de natureza secundária, foi organizado com o uso do *software* Atlas.ti versão 6.0, em torno da questão norteadora mencionada acima, mediante a criação de *Hermeneutic Unit* (HU); por meio dos ícones *File, open*, foi salvo no *TextBank* o nome do HU a ser utilizado – Planejamento das ações de controle da tuberculose – discursos dos gestores. Em seguida, as entrevistas de cada gestor foram inseridas, através do ícone *PrimaryDocManager* (P-Docs), no total de 25 (vinte e cinco) entrevistas salvas em extensão – *rtf*. Após leitura minuciosa delas, de modo a contemplar o objeto de investigação, registrando-se também as impressões das falas, acompanhadas da revisão da literatura científica, foi realizada a codificação do *corpus*, criando-se códigos pelo ícone *Code Manager* (Codes), sendo quatro Codes: “planejamento das ações para o controle da TB na atenção básica”; “planejamento das ações TB na secretaria municipal e distritos sanitários”; “concepção de planejamento”; e “educação em saúde”.

Após criação dos códigos, as entrevistas foram abertas, uma de cada vez, e codificadas através do sublinhamento dos fragmentos, sendo que cada fragmento poderia receber um ou mais códigos. Os fragmentos eram armazenados no ícone *Quotation Manager* (Quotes). Após

a codificação das 25 entrevistas-gestores, foram gerados relatórios através do ícone *Tools*, seguido do ícone *Query Tool*, através do qual se selecionava o código com que se desejava obter o relatório. Acionando-se o ícone da impressora, adquiria-se o relatório. Os relatórios se constituíram instrumentos fundamentais para aplicação do dispositivo teórico-metodológico.

3.4.2 Análise do material empírico

Para análise do material empírico, utilizou-se o dispositivo teórico-analítico da Análise de Discurso, matriz francesa. Expostos os aspectos teórico-metodológicos da AD, a análise da materialidade discursiva será conduzida pela seguinte questão: *O que revela o discurso dos gestores sobre a prática de planejamento nas ações de controle da tuberculose?*

Do processo de análise do corpus discursivo, emergiram três blocos discursivos: Planejamento em Saúde para ações de controle da Tuberculose: entre o saber e o fazer dos sujeitos gestores; Planejamento das ações de controle da tuberculose: a prevalência do discurso hegemônico; e Planejamento das ações de controle da tuberculose numa perspectiva campanhista.

3.4.3 Condições de produção do material empírico

As condições de produção compreendem fundamentalmente os “sujeitos e a situação”^{35:30}. Explicitar o funcionamento dos processos discursivos na sociedade é reconhecer que o discurso trabalha seus sentidos na história produzindo seus efeitos, efeitos esses construídos através do sujeito e no sujeito⁷⁴. Nessa acepção, a língua, tendo a sua estrutura reconhecida, funciona como acontecimento⁶⁰. Logo, o discurso do sujeito é interpelado pelo processo histórico-social e, a partir da posição que ele (sujeito) ocupa na sociedade, produzirá seus efeitos de sentidos.

Desse modo, na busca do melhor entendimento de como se constitui o *corpus* de análise deste estudo, é fundamental discorrer sobre as condições em que esse foi produzido. Os sujeitos colaboradores deste estudo foram profissionais de saúde que atuaram na função gestor ou equipe gestora do município de João Pessoa, na gestão de 2006-2010. Todos os gestores possuíam curso universitário; desses, 22 com cursos vinculados a áreas das ciências da saúde (07 enfermeiros; 06 fisioterapeutas; 03 farmacêuticos; 02 nutricionistas; 02 educadores físicos; 01 médico e 01 odontólogo) e outros três das ciências sociais e humanas (02 psicólogos e 01 assistente social). Apenas um dos sujeitos gestores não possuía título de

especialista, sendo os demais com especializações no campo da saúde coletiva e/ou voltados para especialidades clínicas da categoria profissional específica. Entre as especialidades do campo da saúde coletiva, alguns gestores (cinco) possuíam cursos sobre gestão do cuidado em saúde. Em relação ao tempo na função de gestor, o menor foi de seis meses, e o maior foi de cinco anos de atuação na gestão municipal.

Como mencionado anteriormente, dos gestores deste estudo, dezesseis atuavam na função de Apoiadores Matriciais (AM); quatro nas diretorias e gerências da Secretaria Municipal de Saúde e cinco como diretores de Distritos Sanitários.

Os gestores na função de AM atuavam em unidades de Saúde da Família, exercendo a atividade de apoio em duas a quatro equipes de saúde. O AM representa o nível operacional administrativo. Considerado figura importante na reorganização das práticas de saúde, na atenção básica pelo município, tem como função oferecer a retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes do saúde da família com vista a assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho, investindo na construção de autonomia dos usuários⁷⁵. Elo entre a atenção básica e distrito sanitário, o trabalho do sujeito gestor na função de AM é importante, visto que possibilita a articulação de diferentes saberes para dar conta das necessidades de saúde de cada pessoa e das coletividades. Segundo o plano municipal de saúde do município de João Pessoa (2006-2010), o apoio matricial tem por objetivo garantir que as equipes se responsabilizem pelas ações desencadeadas, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde e reconhecendo o sujeito como ser social⁷².

Os outros nove sujeitos gestores ocupavam níveis administrativos na esfera decisória e intermediária. Alguns desses atuavam nos distritos sanitários, como diretores gerais; outros, na secretaria municipal de saúde, distribuídos assim: coordenador do controle da tuberculose e hanseníase; gerente de atenção básica; gerente de vigilância epidemiológica e diretoria de vigilância em saúde.

Esses, por sua vez, tinham como responsabilidade contribuir na efetivação da construção de uma rede de serviços de saúde integral, humanizada e de qualidade. Nessa perspectiva, a organização da gestão setorial e das práticas assistenciais teria que responder por uma concepção de saúde centrada na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da cidadania, com base na organização de linhas de cuidado integral. Para isso, o planejamento em saúde se constitui uma atividade fundamental no processo de trabalho dos gestores, capaz de gerar ações resolutivas e centradas no acolher, informar, atender e caminhar por uma rede cuidadora⁷².

A maioria dos gestores deste estudo não possuía vínculo empregatício, de natureza estatutária, com a Secretaria Municipal de Saúde. Ocupavam cargos de confiança, de caráter temporário. Nesse sentido, consideravam-se não apenas as habilidades técnicas-administrativas dos sujeitos gestores, mas também os interesses políticos envolvidos, sobretudo daqueles que ocupavam cargos na esfera central da gestão, ou seja, na secretaria municipal de saúde, como diretorias, gerências e coordenações. Mesmo trabalhando, o medo do desemprego era uma possibilidade, como já foi dito, por ser a função gestor um cargo de confiança. O receio de ser exonerado poderia ser mais presente para aqueles sujeitos gestores que só possuíam esse emprego como a única fonte de renda, realidade para um pouco mais da metade dos participantes (13 sujeitos). Além do mais, sabe-se que a carga horária de trabalho poderia ser extensa e extrapolar as 40 horas semanais contratadas, distribuídas em atividades realizadas intra e extra-institucionalmente. O que, inclusive, foi uma das dificuldades na realização das entrevistas.

Todas as entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho do sujeito gestor, por escolha deles, algumas realizadas no turno da manhã, e outras no turno da tarde, em sala reservada, apenas com a presença do gestor e do entrevistador/pesquisador.

Com intuito de preservar o anonimato e identificar os discursos dos colaboradores deste estudo, adotou-se a sigla G referente ao nome *Gestor*, seguido da sequência das entrevistas – G1, G2, G3, G4, G5.....G25.

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CCS/UFPB, atendendo às orientações éticas e legais, inerentes ao protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos, contido na Resolução 466/12 CNS⁷⁶. Sua aprovação se deu em 22 de fevereiro de 2011, sob número de protocolo 025 e CAAE nº 0106.0.000.126-11.

4 RESULTADOS E ANÁLISES

Bloco discursivo 1: Planejamento em Saúde para ações de controle da Tuberculose: entre o saber e o fazer dos sujeitos gestores

Considerando-se a evolução histórica, existe pluralidade de concepções, significados e sentidos sobre o planejamento em saúde, sendo influenciado pelos aspectos políticos, ideológicos, econômicos e sociais. Pensar os ecos da vivência com o planejamento em saúde, para o controle das ações de TB de sujeitos que ocupam a posição de “gestores de saúde”, possibilita conhecer, entre outras questões, a forma-sujeito das formações discursivas com as quais diferentes posições de sujeitos se relacionam^{56:353}.

Inicialmente, serão analisados dois recortes discursivos que tratam do planejamento para as ações de controle da TB no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

Recorte nº 01: *“A gente ainda não tem uma ação voltada para o controle da tuberculose, mas eu digo por experiências de outras ações que a gente fez que não envolvia necessariamente a tuberculose.”* (G1, Assistente Social, função apoio matricial, atuação Unidade Saúde da Família).

Recorte nº 02: *Na unidade, a gente consegue fazer pouco planejamento, mas [planejamento das ações] de TB específica nunca teve nenhum planejamento. As conversas são feitas basicamente com as equipes, muita gente nova está chegando, e quando chega na unidade a gente faz conversas, mas assim, de controle não temos em grande escala.* (G3, Psicóloga, função apoio matricial, atuação Unidade Saúde da Família)

A análise do recorte acima permite dizer que, na posição de “gestor de saúde”, os sujeitos G1 e G3 identificam-se com formações discursivas que pressupõem o planejamento em saúde como uma prática esporádica no serviço de atenção básica. Os discursos dos sujeitos gestores, todavia, demonstram que, para as ações de controle da TB, não há planejamento no serviço de atenção básica.

Vilasbôas e Paim⁷⁷ refletem sobre a importância do planejamento em saúde para a organização das práticas de saúde. Afirmam que, quando o planejamento é constituído por conhecimentos disciplinares, técnicas e saberes práticos, tende a favorecer a implementação de programas e políticas de saúde com vistas à manutenção e/ou transformação de uma dada situação de saúde. Dessa forma, para que as ações de controle da TB sejam efetivas, há

necessidade de se reconhecer a função do planejamento nos espaços dos serviços de atenção básica.

Os gestores silenciam acerca da importância do planejamento para operacionalização das ações de controle da doença e, conseqüentemente, alcance dos objetivos propostos. A TB é uma doença que atinge populações em situação de vulnerabilidade social, o que pede, dos serviços de saúde, uma organização da atenção que extrapola momentos de “*conversas*”, conforme menciona “G3”. Por isso, a prática do planejamento para esse agravo é estratégico, pois permite relacionar as diversas variáveis (políticas, sociais, econômicas, culturais e biológicas) envolvidas nesse processo e que necessitam serem analisadas no âmbito local, espaço de operacionalização das ações de controle.

A efetividade das ações de controle TB ocorrerá na medida em que houver transformações das práticas de gestão e de atenção à saúde sob o prisma da valoração da vida, isto é, construir uma prática de cuidado permeada pela ética que tem a alteridade como critério e se estabelece na responsabilidade para com o outro, pois a “ética do cuidado é uma questão de atitude frente às pessoas e o mundo um modo-de-ser essencial e irreduzível”^{78:68}.

Assim, o planejamento se concretiza como uma ferramenta capaz de mobilizar recursos (humanos, financeiros, estruturais logísticos) e de somar esforços que assegurem o cuidado como valor ético-político, exigindo uma responsabilidade coletiva, da qual nenhum ator social comprometido com a afirmação da vida poderá se esquivar⁷⁹.

Concorda-se com Matus quando ele afirma que o planejamento é uma necessidade do homem e da sociedade, pois cada homem é um governante de seus atos, e aí constrói e defende sua liberdade. Porém, continua o autor, cada homem decide também, por ação ou omissão, consciente ou inconscientemente, para o governo do sistema em que vive, na luta por ganhar liberdade de opções ou por se entregar às circunstâncias⁸⁰.

Nessa compreensão, o planejamento em saúde para as ações de controle da TB também deverá realizar-se no âmbito da atenção básica em saúde, uma vez que o controle desse agravo é de responsabilidade dos serviços de atenção básica em saúde. A inserção da cultura do planejamento nos serviços de atenção básica deverá ser incentivada e compartilhada pela gestão e pelas equipes gestoras. Defende-se aqui que a lógica do saber e do fazer da gestão relacionada ao planejamento em saúde deverá vincular-se há preceitos do pensamento estratégico-situacional, pois entende-se ser esse um método capaz de melhor responder as questões relacionadas ao campo da saúde.

Na análise do recorte discursivo nº 03, percebe-se que o gestor justifica a ausência do planejamento para as ações de controle da TB devido ao número reduzido de casos do agravo,

explicitado no enunciado “*só são dois casos no momento*”. Nos gestos de interpretação concernentes à prática do planejamento do gestor, destaca-se um profissional que prioriza os dados quantitativos, o que fundamentaria o planejamento das ações só a partir de altos índices de TB no território local.

Recorte nº 03: Só para esse planejamento [para tuberculose] não, até porque os números de casos de tuberculose aqui [na unidade de saúde] só são dois no momento. Então, assim, não que a gente não tenha essa preocupação que tenha essa oficina, mas como só são dois que são cuidados aqui nessa unidade, então não existe essa questão da gente parar para planejar só tuberculose. (G5, Enfermeira, função apoio matricial, atuação Unidade Básica de Saúde)

O sujeito na posição “gestor de saúde”, no seu dizer, demonstra uma prática de planejamento a partir dos índices de incidência/prevalência. Esse entendimento evoca preceitos do saber epidemiológico fortemente presente no setor saúde. O discurso do sujeito gestor se dá na ordem do esquecimento nº 1, do inconsciente e resulta do modo pelo qual o sujeito é afetado pela ideologia^{35:35}.

O saber epidemiológico ganha força a partir do século XVIII, quando a quantificação das enfermidades representaria um elemento metodológico distintivo da nova ciência médica, servindo ao mesmo tempo como garantia da sua neutralidade epistemológica^{81:3}. Marcada pela fragmentação do conhecimento sobre o homem e suas relações, a epidemiologia atuou estreitamente articulada ao desenvolvimento da medicina e das ciências da vida⁸². Essas circunstâncias fizeram com que a epidemiologia se tornasse caudatária da perspectiva mecanicista da medicina e sua compreensão reduzida do corpo humano e da ideia de que as ciências tratam objetos passíveis de serem reconhecidos predominantemente mediante linguagem matemática⁸².

Sobre esse ponto de vista, Ayres^{83:58} reflete:

É assim que vemos o discurso hegemônico negar, tácita ou explicitamente, a possibilidade de produzir-se qualquer conhecimento científico legítimo sobre saúde que não seja “consistente” com o conhecimento acumulado pela anátomo-fisiopatologia. É assim que vemos, também, o conjunto mais expressivo do pensamento epidemiológico perseguir essa consistência, com diversas nuances de comprometimento, até a posição extrema de completa subordinação do objeto epidemiológico à normatividade científica dos saberes clínicos, fazendo a epidemiologia se parecer com um simples procedimento de quantificação.

Nesse entendimento, o sujeito “G5”, na posição de “gestor da saúde”, reproduz um saber construído historicamente cuja valorização da doença se dá pela enunciação de inferências positivistas, muito presente ainda nas ciências médica e da saúde. Ao pensar o planejamento em saúde, percebe-se influência do método CENDES/OPAS, concepção de planejamento normativo, muito difundida em meados da década de 1960 e utilizada no setor da saúde^{35,43,45}, onde apenas se justificaria a inclusão da TB no planejamento em saúde a partir de números significativos de casos, numa lógica biológica, mecanicista e economicista do fazer saúde.

Além disso, ao se evidenciar, no fragmento discursivo de referência (FDR) “*só são dois casos cuidados [...] então não existe essa questão da gente parar para planejar só tuberculose*”, há indícios que colocam a TB como uma doença secundária no processo de trabalho na unidade básica de saúde, o que pressupõe um olhar meramente positivista na definição de prioridades.

Sobre isso, Ayres⁸⁴ afirma que se corre o risco de se transformar o sujeito em mais um objeto no mundo ao tratá-lo como núcleo individual e permanente de produção de coisas. Acrescenta que o profissional de saúde, ao perder de vista, nos seus conceitos e práticas, a ipseidade dos sujeitos, torna-se menos capaz de chegar ao âmago dos processos mais vivos de sua constituição como tal. Assim, esse profissional deixa escapar “as mais ricas possibilidades de participar da construção de identidades e de fortalecer o poder transformador de indivíduos e grupos no que se refere à saúde”^{84:25}.

Outros discursos dos gestores evidenciam a elaboração do planejamento para ações de controle da doença a partir do surgimento de novos casos no território.

Recorte nº 04: *[...] toda sexta-feira a gente tem uma reunião de equipe, então, por exemplo, se nesta semana surgir um caso novo de TB, então isso é colocado na reunião para integrar todo mundo, não específico da unidade como tem, mas para todos de como é que vai ser feito. (G6, Farmacêutica, função apoio matricial, Unidade Básica de Saúde)*

Recorte nº 05: *As ações elas são planejadas quando tem um caso, a gente não controla a TB sem ela aparecer, e é isso que eu vejo uma fragilidade, que a gente não controla aquilo que não existe, a gente não faz nada, mas aí a gente só deixa para fazer o controle quando tem alguém, aí a gente faz o controle com a família, ou com as pessoas que estão mais próximas, a gente não faz um controle para que ela*

seja totalmente erradicada. (G12, Farmacêutica, função apoio matricial, atuação Unidade Saúde da Família)

Recorte nº 06: *Então, a tuberculose dentro do território que eu sou apoiadora, ela não é tão forte, não é tão evidente. Então, [o planejamento das] ações de controle são geralmente, quando a gente identifica, por exemplo, algumas microáreas dos ACS que a gente chama de área de risco [...]. Então, quando a gente vê que tem algumas áreas que estão com essa situação de risco, a gente intensifica as avaliações pneumológicas por pessoa para ver se tem algum caso [...].* (G10, Fisioterapeuta, função apoio matricial, atuação Unidade Saúde da Família)

Há deslizamento do sujeito gestor para uma prática passiva de detecção de casos – “as ações são planejadas quando tem um caso” (G12); “se nesta semana surgir um caso de TB” (G6) – o que contribui para uma prática pontual das ações de controle da TB. O não dito desses discursos leva a indícios que revelam a existência de uma organização de serviço por demanda espontânea, com a manifestação clínica da doença, o que pressupõe um olhar biologicista em relação à saúde e à doença.

Desse modo, os gestores atualizam discursos, originados no final século XVII, acerca do entendimento da doença como negação da saúde, cujos preceitos circulam até os dias atuais e reforçam paradigma biomédico e silenciam sobre a concepção do processo saúde-doença.

O modelo biologicista tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento. Com a evolução das ciências biológicas a partir do século XVII, há deslocamento epistemológico da medicina moderna de curar indivíduos doentes para disciplina das doenças, ou seja, o interesse da prática médica passou da história da doença para a descrição clínica dos achados propiciados pelo agravo, baseada em uma abordagem nosográfica^{85,86}. Koifman^{86:3} enfatiza que o corpo humano se tornou, então, a sede das doenças; e as doenças, entidades patológicas.

A ruptura epistemológica da prática médica – do doente para a doença – prossegue nos séculos seguintes e ganha expressão a partir do século XIX com a implantação do capitalismo e o surgimento de uma nova classe social, a burguesia. Essa defendia que o corpo biológico deveria ser demonstração de “expansão infinita da força, do vigor, da saúde, da vida”^{11:46}, pois dependia dele (corpo saudável) seu projeto de crescimento e de hegemonia. Assim, “atinge-se

uma economia política do corpo que, por um lado, pretende garantir dominação de classe burguesa e, por outro, o efetivo enquadramento das classes trabalhadoras na ordem socioeconômica capitalista”^{11:46}. Assim, o foco de cuidado deixa de ser a pessoa doente para a doença, e a TB, por ser uma das doenças mais temíveis da época, foi foco de controle a partir dos interesses da burguesia e, consequentemente, do Estado.

A exemplo, Bertolli Filho^{87:145} em seu estudo traz uma passagem dessa visão biologicista e do forte controle do Estado sobre o corpo das pessoas:

A administração jordanense aprovou leis e decretos que impunham a distância mínima de dez metros entre os prédios a serem construídos no município, a obrigatoriedade de todos os edifícios de trânsito coletivo terem escarradeiras e os bares, restaurantes e pensões disporem de equipamentos destinados à esterilização de pratos, copos e talhades. Mais ainda, todos os habitantes e turistas que chegassem à serra **deveriam submeter-se ao exame dos pulmões**, sendo que os tuberculosos não poderiam receber abrigo nos hotéis destinados aos sadios, além de assumirem o compromisso de portar escarradeiras de bolso, **apresentando-as aos inspetores sanitários sempre que assim fosse solicitado** (grifo nosso).

O efeito de sentido ou o que reverbera através da memória discursiva nos discursos dos gestores “G6, G10 e G12” apontam para uma organização de serviço de saúde por demanda espontânea, baseado este em um modelo de atenção sanitária, de preceitos bacteriológicos e policialesco.

Dando prosseguimento à análise, percebe-se nos discursos dos gestores “G7 e G13” que, além da ausência de planejamento para as ações de controle da TB, existe uma tentativa de se operacionalizar as ações de controle do agravo, um fazer direcionado para o futuro que remete ao campo das idealizações. Considerando-se os gestos de interpretação, os sujeitos na posição de “gestores de saúde” evidenciam em seu dizer conhecimento das ações de controle da TB, como busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnóstico situacional, atividades de educação em saúde, acompanhamento e registros dos casos, que podem ser realizadas para o controle da doença. Entretanto, essas ações não são operacionalizadas de maneira sistemática no campo da atenção básica em saúde.

Recorte nº 07: *Hoje em dia a gente está tentando fazer acompanhamento dos sintomáticos respiratórios mensalmente, que era muito difícil, a gente está tentando planejar o acompanhamento e a busca ativa também, de quem abandona o tratamento. Então a gente está tentando fazer mês a mês olhar os livros mesmo, fazer o exercício [...], ver se tem sintomático, não teve? Quem está fazendo o acompanhamento, [...], e a partir daí a gente planejar que ações de prevenção e*

desmistificação a gente pode fazer. (G7, Educação Física, função apoio matricial, atuação Unidade de Atenção Básica)

Recorte nº 08: O que pode ser feito são as atividades. Primeiro a captação do usuário, e isso pode ser feito na própria comunidade, por busca ativa pelo ACS. Em relação à captação. Mas para o controle mesmo em si tem as atividades de prevenção e promoção da saúde que pode ser feito a nível de município, e um acompanhamento maior. (G13, Fisioterapeuta, função apoio matricial, atuação Unidade de Atenção Básica)

Recorte nº 09: Se eu fosse planejar a ação, eu com certeza estaria reunida com a equipe para descobrir as melhores estratégias para estar indo ao encontro com a comunidade, aos pontos estratégicos, como eu falei, até na própria região que tem casos de TB, barzinhos, mercearias que tem casos de TB para gente comunicando, colocando cartazes e orientando a população sobre isso. (G15, Psicóloga, função apoio matricial, atuação Unidade de Atenção Básica)

É pertinente destacar o papel da memória no dizer dos sujeitos gestores. Há uma ilusão referencial, ocasionada pelo esquecimento nº 2 que é do semiconsciente. Na AD, esse esquecimento é da ordem na enunciação que faz o sujeito acreditar que o que é dito só pode ser dito com aquelas palavras e não com outras^{35:35}. Nos ecos da memória discursiva, os processos parafrásticos representam o retorno aos mesmos espaços do dizer. Nessa perspectiva, os sujeitos gestores, ao mencionarem as possíveis atividades a serem realizadas para o controle da TB, reproduzem um dito já cristalizado no campo das ações de saúde, principalmente relacionadas ao controle das doenças infectocontagiosas, consagradas, principalmente, a partir da década de 1940.

Mais recentemente, meados da década de 1990, ações específicas para o controle da TB (busca ativa, detecção precoce e monitoramento de casos) foram orientadas e implementadas pela OMS. Preceitos adotados pelo Brasil⁹⁶ foram difundidos tanto na qualificação dos trabalhadores dos serviços quanto na formação dos profissionais de saúde.

Em outro recorte, o sujeito gestor “G14” indica seu posicionamento acerca do planejamento para as ações de controle da TB:

Recorte nº 10: Eu, como gestão, não tenho tentado conceituar para fazer esse plano de ação, não. Eu percebo assim que já existe aquela forma de estar promovendo as

ações para o controle da tuberculose[...]. (G14, Enfermeira, função apoio matricial, Unidade de Atenção Básica)

Há, no dizer do “G14”, indícios de que já existe uma normatização para o desenvolvimento das ações de controle da TB, e por isso não vê necessidade de elaborar um planejamento específico para o agravo. Nessa perspectiva, o gestor se mostra assujeitado, pois ocupa a posição de sujeito submisso à rotina do serviço existente sobre o controle da TB.

Conforme já mencionado, a TB esteve presente nas normatizações que o Estado impunha a população com vistas ao controle da doença. As normas e as regras do que tinha que ser e como devia ser feito o controle da TB nos serviços de saúde eram construídas na esfera federal, no Ministério da Saúde, e operacionalizados no território local (municipal). Nesse período, a fragmentação do saber e das práticas em saúde já estavam consolidadas nos ideais de um modelo de atenção de caráter biologicista e tecnicista que se fazia crer como uma boa atenção à saúde.

Destaca-se, no discurso do gestor “G14”, que ele reconhece sua função “*eu como gestão*”, mas, ao mesmo tempo, se coloca como um simples executor das ações já normatizadas em um outro nível de gestão, reproduzindo no seu dizer uma prática de gestão assentada na “diferença do poder e de saber entre proprietários e chefes, de um lado, e sujeitos-trabalhadores, na outra ponta”^{34:31}. Nesse entendimento, existe uma nítida separação entre “planejamento, concepção e direção” dos processos de trabalho daqueles denominados “tarefas de execução”^{34:30}.

Tal sentido é atribuído pela racionalidade gerencial hegemônica que, ao longo da história, criou uma série de dispositivos, arranjos e normas, todos voltados para redução das pessoas à sua objetividade, de maneira que sejam apenas os executores das atividades indicadas.

Há toda uma tradição gerencial voltada para transformar o sujeito trabalhador em uma máquina acrítica. Aliás, a maioria é educada para o servilismo cujo interesse se volta para a sobrevivência pura e simples por meio da manutenção do emprego e da renda. Esse é o sentido que a racionalidade gerencial hegemônica defende, tendo, de um lado, aqueles que concebem as ideias e projetam os planos e as políticas, e, de outro, aqueles pelos quais recaem as decisões³⁴.

Assim, os efeitos de sentidos evidenciados nos discursos dos sujeitos, na posição de “gestor da saúde”, acerca do planejamento das ações de controle da TB, concorrem para a não efetivação do controle da TB no município em estudo. Mostram-se distanciados da concepção

do planejamento estratégico em saúde, um dos fortes pilares nas discussões que circundavam a criação do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira. Portanto, os ecos que ressoam nos ditos estão mais próximos do modelo biomédico que o SUS quer negar.

Boco Discursivo 2: Planejamento das ações de controle da tuberculose: o discurso hegemônico

Identifica-se na história da TB que as ações ofertadas pelos serviços públicos de saúde eram tímidas frente às necessidades das pessoas doentes de TB, considerada inclusive como uma doença, de certo modo, negligenciada pelo poder público⁸⁵.

Pensar em ações e estratégias que visem ao controle da doença é primordial para seu sucesso. O planejamento em saúde, nesse sentido, configura ferramenta de gestão que possibilita a compreensão desse fenômeno, sobretudo na definição de ações apropriadas para a produção do cuidado às pessoas doentes de TB e à comunidade em nível local.

Na análise dos recortes abaixo, permite-se dizer que os sujeitos gestores “G2 e G24” se identificaram com as mesmas formações discursivas que remetem a uma prática de planejamento realizada na esfera central da gestão, como na Secretaria Municipal de Saúde e Distritos Sanitários. Considerando os gestos de interpretação, os sujeitos gestores compreendem que o nível decisorial seria o lugar mais adequado para elaboração do planejamento das ações de controle da TB e que é de responsabilidade do gestor desse nível decidir e direcionar as ações em outros níveis.

Recorte discursivo 11: *No caso dessa questão [planejamento das ações de controle da TB], quando a gente recebe a informação de casos, a gente passa a informação para equipe, a questão do fluxo, porque quem sabe é o distrito, e o fluxo como seria melhor na unidade, e aí é dessa forma que a gente trabalha.* (G2, Nutricionista, função apoio matricial, atuação Unidade Básica de Saúde)

Recorte discursivo 13: *A gente tem um grupo técnico com três técnicas, a gente senta junto com esses técnicos e em seguida a gente leva algumas ideias para os distritos sanitários, e os distritos também trazem pra nós a necessidade da ponta, e aí mediante a essa construção de pensamentos, a gente senta e planeja junto com os distritos sanitários.* [...] *Porque, assim que a gente chegou aqui no município [...], não existiam pessoas de referência dentro dos distritos sanitários, e a gente articulando com os diretores para deixar essas pessoas de referência, porque aí tem como a gente enquanto coordenação estar direcionado, e eles por sua vez estarem retroalimentando as unidades de saúde da família, enquanto as unidades de saúde da família se reforçar aquele grupo de colegas, que por sua vez estarão*

direcionando a gente para a coordenação. (G24, Enfermeira, função Coordenação de Tuberculose e Hanseníase, atuação Secretaria Municipal de Saúde)

No fragmento discursivo de referência, “*quando a gente recebe a informação de casos, a gente passa a informação para equipe, a questão do fluxo, porque quem sabe é o Distrito*”, o sujeito gestor “G2” evidencia em seu discurso o reconhecimento do nível hierárquico de gestão; logo, caberia aos níveis operacionais a execução das atividades que foram “*passadas*” pelo Distrito.

Nesse aspecto, o sujeito gestor filia-se a formações imaginárias que remetem ao poder, disciplina e hierarquia, própria de um pensamento gerencial hegemônico. Campos^{34,88} denominou de racionalidade gerencial hegemônica as várias teorias ou métodos de gestão que buscam regular o trabalho do ser humano, em sua maioria, desenvolvidos no século XX. Diz o autor que o controle sobre o trabalhador por meio de padronização de tarefas, *a priori*, tenta reduzir o espaço para reflexão e decisão autônoma durante o processo de trabalho. Tendo como explicação científica a base positivista, a racionalidade hegemônica, defende que seria possível, mediante a acumulação de evidências quantificáveis, construir-se padrões e normas que regulassem o trabalho em um determinado processo específico, definidos esses com antecedência. Logo, somente os especialistas ou os dirigentes conheceriam a melhor maneira para fazê-los, pois “*entendem do assunto*”^{88:2338}. Assim, o gestor “G2”, cuja função é de apoiador matricial em unidade básica de saúde, ao reconhecer que “*quem sabe é o distrito*”, reproduz em seu dizer elementos gerenciais criados no século XX e que permanecem no imaginário social nos dias atuais.

É importante enfatizar que a função apoio matricial surge no município em estudo, em 2006/2007, com o objetivo de operacionalizar uma nova proposta de gestão que possibilitasse a articulação de diferentes saberes, de modo a garantir maior resolutividade dos serviços de saúde na produção do cuidado individual e coletivo⁷⁵. Oliveira^{89:276} refere que o apoio matricial, nesse sentido, implica-se numa lógica de troca multidirecional de saberes e práticas que possibilitam a implementação de novas culturas do pensar e fazer o cuidado em saúde, e “*não numa corrente hierarquizada e descendente que coloca os saberes e as práticas cotidianas dos serviços de saúde em lugar de subserviência e uma maneira naturalizada de considerar a expertise do especialista*”.

Nessa perspectiva, pouco se observa, no espaço dizível do gestor “G2”, a ruptura do processo de produção da linguagem, pelo deslocamento das regras, fazendo intervir o diferente acerca dos processos gerenciais no serviço de atenção básica. Na AD, esse processo

denomina-se de polissemia que, segundo Orlandi^{35:39}, se dá na medida em que o dizer é ressignificado para “outros sítios de significação produzindo novos efeitos de sentidos, efeitos do jogo da língua inscrito na materialidade da história”.

Acrescenta-se que cabe aos serviços de atenção básica em saúde coordenar⁹⁰ o processo de cuidado dos usuários nas demais redes de atenção com o objetivo de garantir a integralidade. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil¹⁰⁰, a Unidade de Atenção Básica é porta de entrada preferencial do SUS. Entre os fundamentos que sustentam esse serviço, têm-se a coordenação do cuidado e a resolutividade de acordo com as necessidades locais.

Segundo Starfield⁹⁰, o profissional que atua na atenção básica em saúde tem a responsabilidade de reconhecer as necessidades de atenção à saúde e coordenar todo o processo de cuidado, seja no próprio serviço local, seja nos diferentes serviços alocados na rede de atenção. Logo, é de responsabilidade da atenção básica desenvolver ações de controle da TB, considerando-se as necessidades locais do território adscrito; e, se o planejamento, segundo Matus, pode ser compreendido como um “cálculo que precede e preside a ação”^{80:27}, há necessidade de que seja uma prática constante a ser desenvolvida nos serviços de atenção básica, com vista a mudar a realidade de morbimortalidade da TB no país.

Seguindo com os gestos de interpretação, no fragmento discursivo de referência “*enquanto coordenação [de controle da TB] está direcionando [as ações de controle], e eles [técnicos de referência no controle da TB] por sua vez, estarem retroalimentando as unidades de saúde da família*”, identifica-se, no discurso do sujeito gestor “G24”, que há uma relação hierárquica concretizada. Além disso, percebe-se a simples transferência de informações do nível central – pela coordenação de TB – para o nível operacional – representada pela ABS. Há um silenciamento que aponta para um modelo de gestão com forte viés técnico e centralizador, embora a gestão municipal enfatize a democratização dos processos decisórios, pressupondo uma experiência de gestão colegiada, o sujeito gestor, no processo de significação de sentidos, reverbera em seu dizer uma prática de gestão orientada pelo poder de decisão e informação sobre o controle da TB.

Campos³⁴ afirma que esses processos de gestão se apoiam em uma série de arranjos organizacionais, historicamente construídos, voltados para uma verdadeira educação para o ‘servilismo’, investem no empobrecimento do universo de expectativas dos trabalhadores quando se referem ao mundo da produção. Assenta-se na diferença de poder e de saber entre proprietários e chefes, de um lado, e sujeitos-trabalhadores, na outra ponta³⁴.

Na atualidade, há indícios de uma forte presença da prática de poder nos serviços públicos de saúde. No próprio processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, nível central para os municípios, percebe-se que o Ministério da Saúde adotou algumas estratégias, especialmente ligadas aos recursos financeiros, de modo que a definição de prioridades nacionais se expressem nos Estados e municípios do país⁹¹⁻⁹². De acordo com Trevisan⁹³, há na saúde pública três arcos de poder coexistentes no SUS: o primeiro refere-se ao cotidiano operacional; o segundo à definição da instância administrativa responsável pela elaboração de normas, e a terceira à decisão quanto ao repasse de recursos para gestão, ou seja, a quem pertence o “poder real”.

Há reconhecimento, nesse estudo, de que a prática de poder é inerente aos processos administrativos. Concorde-se com Guizardi e Cavalcante⁹⁴ quando afirmam que um modelo de gestão de estrutura vertical e hierarquizado de poder, com fragmentação dos processos de trabalho segundo especialidades e funções, possibilita a contenção de movimentos instituintes e a perpetuação da concentração de poder. Por isso, os mesmos autores sugerem a constituição de modelos de gestão democráticos, com vista à produção de valores de uso e dos coletivos de produção, que provoquem transformações na rede de poder institucional, desde o organograma às formas das relações entre unidades e pessoas.

Recorte discursivo 14: *O planejamento das ações, elas são realizadas pela diretoria de atenção, aqui na vigilância, nós não fazemos ações de controle da tuberculose. Trabalhamos em alguns momentos em parceria com a diretoria de atenção [à saúde da SMS], mas esse gerenciamento está a cargo da atenção à saúde. Então acho que eles são mais indicados para estar falando sobre isso.* (G22, Enfermeira, função Diretoria de Vigilância em Saúde, atuação Secretaria Municipal de Saúde)

Recorte discursivo 15: *As ações da tuberculose não são planejadas aqui dentro da vigilância, e como eu falei em outras perguntas, a gente aqui analisa os dados e, na vigilância ficam os dados da tuberculose e não as ações, as ações são planejadas na atenção à saúde.* (G23, Enfermeira, função Gerência de Vigilância Epidemiológica, atuação Secretaria Municipal de Saúde)

Os dois sujeitos na posição de “gestor da saúde” expressam em seus dizeres sentidos inscritos em uma mesma formação discursiva. Ambos indicam que é de responsabilidade da

Diretoria de Atenção em Saúde elaborar planejamento para as ações de saúde para o controle da TB, cabendo à Diretoria de Vigilância analisar os dados referentes ao agravo.

Há indícios de que o processo de trabalho realizado na esfera central de gestão (Secretaria Municipal de Saúde), entre as diretorias, se dá de maneira fragmentada, cada uma em seu núcleo de saber, o que denota uma divisão de trabalho de cunho especializado dentro da organização, embora a concepção seja a da integralidade das ações. É importante mencionar que os sujeitos gestores “G22 e G23” ocupam cargos de direção no âmbito da vigilância, espaços historicamente orientados por saberes epidemiológicos.

A especialização e fragmentação do trabalho no campo das organizações ganham expressão no século XX a partir das teorias gerais da administração, principalmente, as Científica e Clássica, consideradas hegemônicas. Concepção fortemente instituída no setor saúde indica uma noção de estrutura e um funcionamento ordenados segundo uma racionalidade rígida e com limites bem definidos^{34,95}.

Nesse contexto, no campo da saúde, a epidemiologia constitui-se no modelo mais sistematizado desse conhecimento sobre a saúde e a doença enquanto fenômenos coletivos, mas “justifica-se pelo seu papel amplamente hegemônico, na história das práticas de saúde no último século, enquanto ciência que a um só tempo engendra e legitima saberes”^{96:68}.

Seguindo com os gestos de interpretação, os sujeitos gestores “G22 e G23” deixam transparecer em seu dizer que o planejamento das ações de controle da TB não é de responsabilidade do setor de vigilância e, sim, do setor da atenção à saúde, conforme demonstram os seguintes fragmentos discursivos de referência “*esse gerenciamento está a cargo da atenção à saúde*”, onde, na vigilância, “*ficam os dados da tuberculose e não as ações, as ações são planejadas na atenção à saúde*”. Além da fragmentação no planejamento relacionado às ações de controle da TB, há silenciamento no que concerne à responsabilização da gestão de vigilância com o processo de cuidado à TB.

Matus⁸⁸ enfatiza que, para o sucesso do planejamento, faz-se necessário compreender a dinamicidade dos processos de produção social e as relações de forças existentes nesse movimento. Acrescenta que o pensamento estratégico deve ser encarado como modo de vencer num jogo dialético, onde os jogadores são atores sociais situados historicamente como antagonistas. Logo, seus papéis no processo de produção social situam-nos numa história de contradições inevitáveis. Assim, “a situação de conflito é inerente à existência dos atores sociais e à própria existência da situação”^{80:194}.

Sobre a responsabilização, Ayres^{97:94} afirma que “responsabilizar-se implica correr o risco de tornar-se caução de suas próprias ações” na compreensão de que o ‘cuidado com o outro’ perpassa pelo respeito à vida e ética profissional.

Desse modo, essa é uma concepção equivocada sobre a gestão do cuidado à TB, uma vez que, para melhor se elaborar o planejamento com vista a alcançar os objetivos propostos sobre as ações de controle do agravo, faz-se necessária a contribuição dos diversos setores/atores da organização. Salienta-se que o processo de planejamento é um espaço de troca de saberes e experiências, inclusive local de disputa de poder onde o discurso político se faz presente.

A respeito, Guizardi e Pinheiro^{98:428} refletem

A experiência política apenas pode ser concretizada se os saberes que articulam e significam a ação humana são colocados em discurso, trazendo-os para o plano de visibilidade propiciado pela dimensão pública, ainda que tais discursos, por definição, não expressem toda a complexidade e singularidade das vivências. As escolhas e valores do viver coletivo requerem, portanto, a produção de ferramentas de comunicação que expressem as práticas e que permitam usos de linguagem que se afirmem como artifícios de intervenção simbólica em objetos feitos reais no mundo (entendido como artifício e artefato humano). [...] Ao falarmos em política não nos remetemos, portanto, exclusivamente à esfera estatal, mas aos dispositivos de poder que configuram a produção de realidades sociais. Tomando por base essa compreensão da questão, a ação humana é eminentemente política.

Tfouni, Pereira e Monte-Serrat^{99:83} mencionam que os sentidos transitam entre o visível e o invisível, expressos pela materialidade da língua que se dá pela relação entre o sujeito e linguagem, esta determinada pelo “político de um lado e em confronto com o real do outro”. “Numa perspectiva discursiva, o político determina o sentido, produzindo embate entre várias posições-sujeito”^{99:85}. Logo, os sujeitos gestores “G22 e G23” estão sob a ilusão de que detêm o poder da distribuição das informações acerca da TB, cabendo a atenção à saúde à operacionalização das ações. Assim, apropriar-se das informações epidemiológicas sobre a TB é uma metáfora da posição-sujeito de “prestígio” que tem o poder de distribuir as informações para o planejamento das ações.

Dando prosseguimento à análise dos recortes discursivos nº 16, 17 e 18, os sujeitos gestores em seu dizer evidenciam uma prática de planejamento pontual, realizada anualmente pela secretaria de saúde com a equipe gestora dos distritos sanitários e representação de profissionais de saúde, que atuam em serviços de atenção básica, tendo como ponto de partida para o planejamento o plano municipal de saúde, relatório de gestão e dos distritos sanitários.

Recorte discursivo 16: As ações são planejadas a partir do relatório de gestão, do plano municipal de saúde e do próprio relatório de gestão anual e do relatório que a gente constrói no distrito[...]. Então, através dos indicadores de saúde, [...]a gente constrói as oficinas de planejamento junto com os profissionais, com representação de todas as equipes, e a gente planeja nossas ações, e aí nessas ações estão incluídas as ações de controle da tuberculose, a partir do percentual de usuários que a gente tem em cada equipe [...]. (G21, Nutricionista, função Diretora, atuação Distrito Sanitário)

Recorte discursivo 17: Então o planejamento das ações, a gente tem construído muito na lógica realmente do planejamento estratégico, [...], a gente tem feito o planejamento da secretaria, o planejamento do distrito que é o planejamento anual, aí a gente faz um olhar para quais são os indicadores que são mais prevalentes no território, o que é que a gente não está conseguindo alcançar enquanto meta pactuada. [...] E aí a tuberculose entra como um agravo que precisa ser olhado e ser cuidado, mas dialogando com outras questões que tem dentro do saúde da família.(G19, Enfermeira, função Diretora, atuação Distrito Sanitário)

Recorte discursivo 18: [...] Então o que acontece é que a gente tem um indicador anual, que a gente realiza a avaliação, a gente chama os trabalhadores anualmente para conversas do planejamento geral da secretaria de saúde, não só na atenção, mas na área administrativa e tudo o que diz respeito a isso, e a gente organiza as intervenções no território de acordo com essas análises [...]. (G17, Odontólogo, função Diretor, atuação Distrito Sanitário)

Embora em seus discursos, os sujeitos gestores “G17, G18 e G21” apontem para uma prática de planejamento com enfoque estratégico, há indícios de que a forma como esse é conduzido remete a uma prática de planejamento eminentemente normativa.

No setor saúde, o planejamento de caráter normativo surge como uma prática instrumental, em meados da década de 1960, pelo método CENDES/OPAS. Largamente difundido na América Latina, esse método acompanhou as ideias hegemônicas de desenvolvimento econômico da época⁴⁸. Basicamente, foi uma proposta tecnocrática, de acordo com a qual o planejador, baseado em seus conhecimentos técnicos “neutros”, elabora o plano e estabelece prioridades, orientadas por normas – o deve ser – tendo como fundamento principal a relação do custo/benefício⁴⁹.

Assim, o planejamento em saúde “era entendido como um processo permanente que se inicia quando se tomam medidas para programar as ações de saúde dentro da programação do desenvolvimento econômico e social”^{100:48}. Esses pressupostos são válidos até os dias atuais, principalmente, no que se refere ao desenvolvimento do processo de programação das ações e serviços que tenha como objetivo central a racionalização de recursos^{42:19}. Logo, os gestores em seu dizer reproduzem sentidos acerca do planejamento originados no século passado, cuja origem resulta da “hegemonia do positivismo no mundo científico, e à rendição da humanidade ao reinado do mundo prático, administrado”^{100:725}.

Há, no dizer dos gestores “G17 e G21”, a afirmativa da participação de alguns profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção básica, no município em estudo, ao planejamento anual, com o objetivo de melhor analisar as diferentes realidades territoriais. O fato é que o reconhecimento da participação de outros sujeitos sociais no processo de planejamento, que não sejam apenas os da gestão, não pressupõe a formação de uma prática de planejamento estratégico, conforme afirma o sujeito gestor “G21” na sequência discursiva de referência *“Então o planejamento das ações, a gente tem construído muito na lógica realmente do planejamento estratégico”*.

Testa^{50,93} assegura que a estratégia é uma maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta, sendo uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação, a cada ação realizada e, não, simplesmente, de alcançar a meta. Na AD, o sujeito, ao falar, filia-se a redes de sentidos, identificados com os processos de significação, e constitui-se como posições de sujeitos relativos às faces das quais os sentidos fazem sentidos^{56:366}. Logo, o sujeito, ao afirmar que o planejamento é feito numa lógica estratégica, na posição de “gestor da saúde” na esfera pública, atualiza efeitos de sentidos originários com a reforma da saúde no Brasil na década de 1980, que defendia um processo democrático na formulação e implementação de políticas de saúde.

Ressalta-se que o não dito, no discurso do sujeito gestor, está em não fazer um planejamento mensal, no fato de essas ações serem planejadas a partir de dados anuais, e não de realidades recentes e específicas.

Em relação a TB, o fato de o planejamento ser realizado especificamente por sujeitos que atuam no nível decisorial da gestão (SMS e DS) concorre para incompreensão dos distintos aspectos que envolvem a gestão do cuidado à TB no âmbito local, o que irá prejudicar seu controle. Nessa luz, a transferência de política relacionada ao controle da TB se torna fragilizada nos espaços dos serviços de atenção básica, local de produção de cuidados

diretos aos usuários do sistema de saúde, já que as decisões acerca da implementação do Programa de Controle da TB ocorrem em outros níveis de gestão, dificultando inclusive o envolvimento dos profissionais de saúde pela falta de entendimento acerca dos processos de controle do agravo. Compreende-se por transferência de política um processo pelo qual uma “política e/ou programa é transferido em todo ou em parte e com algumas adaptações, pelo político de outro sistema político, que tem a responsabilidade de cotejar e analisar as informações e assegurar a elaboração de uma política pública”¹⁰¹.

Seguem-se outros fragmentos discursivos de referência que merecem análise: “*Então através dos indicadores de saúde, [...] a gente constrói as oficinas de planejamento*” (G21); *a gente faz um olhar para quais são os indicadores que são mais prevalentes no território, o que é que a gente não está conseguindo alcançar enquanto meta pactuada* (G19) e “*Então o que acontece é que a gente tem um indicador anual*” (G17). Além da prática de planejamento ser pontual e realizado no nível central (SMS e DS), observa-se também, nos discursos dos gestores, que a elaboração do planejamento é orientada a partir dos indicadores de saúde, e que a TB, por meio dos seus indicadores, entra nesse contexto.

Conforme já discutido neste estudo, a presença dos indicadores de saúde, como ponto de partida para a priorização das ações e ofertas de serviços, indica uma prática de planejamento orientada pelo saber epidemiológico. Nessa perspectiva, no fio do discurso do gestor, só se justificaria o planejamento das ações de TB a partir de altos índices epidemiológicos.

Essa compreensão demonstra, além de um olhar restrito sobre o problema da TB, a definição de prioridade pela incidência de ocorrência. Essa é uma concepção equivocada que impacta negativamente a efetividade do controle da doença, pois uma atuação planejada sobre “qualquer” recorte da realidade implica um esforço de entendimento entre os diversos atores sociais presentes, de modo a permitir uma explicação abrangente sobre uma dada situação e sobre as formas de intervirem nos problemas, de maneira a resolvê-los ou controlá-los³ antes mesmo que venham a surgir, revelando-se, portanto, a importância do planejamento para as ações de TB, mesmo com números reduzidos de casos.

Matus^{80:41} afirma que a grande debilidade do planejamento normativo se encontra no planejar o que “*deve ser*” e que esse, muitas vezes, é de forma incorreta, não contribuindo para o alcance dos objetivos propostos no plano. É indispensável planejar também o “*pode ser e o fazer*”.

Não é prático pensar que a divisão de tarefas entre o político e o técnico ou o condutor e seu estado-maior está em que o primeiro dedica-se ao poder ser e o segundo ao deve ser. Nem o político nem o técnico podem limitar-se a um desses níveis parciais do plano. Tampouco o *deve-pode-ser* e o *fazer* são visíveis em funções isoladas, porque isso isolaria artificialmente o processo da gerência e administração do processo de cálculo que precede e preside a ação^{80:41-42}.

Acrescenta que, entre o desenho normativo e a ação, está a análise estratégica, o cálculo de viabilidade, apreciação da eficácia política e a oportunidade de executar o desenhado e, em relação ao interesse, força e vontade do ator que está capacitado para executar a ação.

Assim, há de se considerar que o planejamento das ações de controle da TB, no período de realização deste estudo, segue um modelo burocrático, departamentalizado e fragmentado das atividades, deixando transparecer certa lógica em que alguém manda e os outros obedecem. Essa ideia reduz a capacidade de resolutividade dos problemas acerca da TB, uma vez que, para seu efetivo controle, se faz necessária a conformação de espaços dialógicos, com a participação de gestores, trabalhadores de saúde e sociedade civil organizada. Com o objetivo de contribuir na instituição de um processo de gestão compartilhada, em que os discursos hegemônicos, fundamentados na racionalidade gerencial³⁴, deem lugar a discursos que evidenciem a horizontalização do poder e corresponsabilização dos distintos sujeitos que constituem o setor saúde.

Nessa perspectiva, a prática de planejamento em saúde tende a ser inserida no cotidiano dos diversos serviços de saúde, inclusive os da atenção básica, na medida em que se entende ser o planejamento mais do que um instrumento de gestão e, sim, uma prática social que, na conjunção de interesses coletivos, possibilita transformar a vida das pessoas que, especificamente neste estudo, se daria no controle da TB, o que não ocorre no município participante deste estudo.

Bloco Discursivo 3: Planejamento das ações de controle da tuberculose na perspectiva da educação em saúde e empoderamento do usuário

Na análise do recorte discursivo abaixo, o sujeito gestor “G4” identificou-se com formações discursivas que pressupõem uma prática de planejamento pontual, realizada para elaboração de campanhas de educação em saúde – no formato de palestras – e de mobilizações como os dias-D na própria unidade de saúde.

Recorte discursivo nº 20: *É feito através de palestras, são as ações que a gente organiza nas reuniões de equipe, que acontecem nas sextas-feiras à tarde na unidade de saúde mesmo, são organizadas palestras durante o horário de acolhimento na unidade integrada, são organizados dias-D, o dia-D da tuberculose com serviços de orientações, com exames do teste do escarro para a população, é feita uma mobilização pelos agentes comunitários de saúde, para poder informar a população sobre esse dia-D.* (G4, Fisioterapeuta, função apoio matricial, atuação Unidade Básica de Saúde)

Há diferentes concepções e práticas de educação que têm marcado a história da Educação em Saúde no Brasil. Até a década de 1970, as ações de educação em saúde pública foram basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas; subordinadas, portanto, aos interesses dessas elites¹⁰². Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde – a exemplo das palestras – foram utilizadas para impor normas e comportamentos considerados adequados com finalidade de promover uma consciência sanitária na população¹⁰³. O conceito de educação em saúde, que, nessa época, era conhecida como educação sanitária, seguia dois princípios básicos que justificavam suas ações. O primeiro referia-se à ideia de que a ignorância e os maus hábitos eram responsáveis pelos problemas sanitários; e, segundo, a noção da educação sanitária, como prática técnica e científica, que poderia mudar comportamentos e melhorar a saúde das classes populares¹⁰⁴.

De acordo com Vasconcelos, a educação em saúde nesse período poderia ser chamada de “*toca boiada* (grifo nosso), em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que considerem corretos, usando para isto, tanto o berrante (a palavra) como ferrão (o medo e a ameaça)”^{102:123}.

Nessa perspectiva, o discurso do gestor “G4” desliza para uma prática de planejamento para ações de controle da TB orientada por uma concepção campanhista,

conforme demonstra o seguinte fragmento discursivo de referência “*são organizadas palestras [...], dias-D da tuberculose com serviços de orientações, com exames do teste do escarro para população*” (G4).

Esse modelo baseou-se em campanhas sanitárias para combater as doenças infectocontagiosas que assolavam a população até meados do século XX, cujas ações se utilizavam de métodos higienicistas com vista a romper a cadeia de transmissão das doenças, pois acreditava-se que só a higiene e a educação sanitária poderiam reduzir os índices de morbimortalidade e, conseqüentemente, contribuir para efetivação da política nacionalista da época¹⁰³⁻¹⁰⁴.

Dessa maneira, o controle da TB seguia os mesmos preceitos higienicistas que orientavam as campanhas sanitárias, cujas ações visavam ao controle dos corpos e mudança de comportamentos das pessoas acometidas pela doença; logo, ações de educação em saúde – como palestras – e campanhas sanitárias eram frequentes no controle da TB. Assim, o gestor “G4” reproduz em seu dizer formas de controle da TB originadas no século passado, cujas práticas sanitárias seguem técnicas que reforçam o biopoder, calcadas que são no pensamento positivista¹⁰⁵⁻¹⁰⁸.

Como atividade de educação em saúde, as palestras geralmente têm como pressuposto a ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com sua saúde. De acordo com Sá et al¹⁰⁵, essa postura tende a responsabilizar a pessoa doente de TB pelos problemas de saúde que apresenta e, habitualmente, se limita à “transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado”^{105:106}, uma vez que as práticas educativas não são integradas ao processo de trabalho na equipe.

Assim, o gestor em saúde, no seu dizer, quando reverbera que o planejamento das ações de controle da TB se utiliza de ações de educação em saúde – no formato de palestras – e de campanhas sanitárias, distancia-se de uma ação de educação transformadora e libertadora, conforme proposta freireana¹⁰⁵. É importante ressaltar que um dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira era o desenvolvimento de práticas de educação em saúde que pudessem fortalecer o controle social no sistema de saúde, numa perspectiva de conquista de uma cidadania plena. Logo, uma prática de planejamento em saúde fundamentada em preceitos campanhistas contribui para o não controle da TB, uma vez que é uma doença de cunho social; e que, 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.

Outro aspecto que merece análise no recorte discursivo nº 20 é a compreensão de que as ações de controle da TB devem ser realizadas no espaço do serviço de saúde. O gestor “G4” silencia sobre a importância de as ações de saúde extrapolarem os muros dos serviços de saúde, no entendimento de que a coparticipação da sociedade civil, no processo de controle da TB, é um fator essencial para a conquista da efetividade no controle da doença.

Dessa maneira, o sujeito na posição de gestor em saúde reproduz em seu dizer uma prática de planejamento com vista à manutenção do biopoder centrado nos espaços dos serviços de saúde. Considerado como uma prática dos estados modernos, o biopoder foi um termo criado por Foucault e que representa o poder do Estado sobre os corpos e a vida das pessoas, utilizando para isso o saber da ciência médica¹⁰⁹⁻¹¹¹. Nesse entendimento, o biopoder atuava em dois pólos de desenvolvimento interligados; o primeiro, referente a uma disciplina anátomo-política dos corpos individuais, e o segundo, marcado por uma regulação biopolítica da população, que se faziam presentes por todo o corpo social em distintas instituições do Estado, a exemplo dos hospitais¹⁰⁹⁻¹¹¹.

A respeito, Foucault relata que esse biopoder foi elemento “indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos do aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos”^{112:131}.

Assim, o sujeito gestor “G4”, ao evidenciar em seu discurso uma prática de planejamento calcada em ações de educação sanitária, campanhas e de exclusão social, reproduz processos de disseminação e internalização do saber biomédico¹¹¹.

Ao prosseguir com a análise, o sujeito “G9” refere-se que houve três ações de busca de sintomáticos respiratórios da TB no território que teve como objetivo tanto informar as pessoas sobre a sintomatologia da TB quanto identificar precocemente casos. Embora o sujeito gestor evidencie no seu dizer a adoção de estratégias de controle por meio da identificação precoce de casos e de informação sobre a TB para população, ele não reconhece serem essas ações de controle da doença.

Recorte discursivo 22: *Na verdade nesse tempo que eu estou aqui, a gente já fez três ações do controle da TB, e aí não é ação do controle da TB, mas ação de identificação de TB no território. A gente vai para o território para fazer uma campanha sobre isso, enquanto equipe multiprofissional, saber se tem pessoas que estão apresentando sintomas, conversar com as pessoas na porta a porta, levar um*

carro de som, mas essas não são ações de controle[...] (G9, Fisioterapeuta, função apoio matricial, atuação Unidade Básica de Saúde)

De acordo com o Ministério da Saúde²¹, as ações de controle da TB vão desde a detecção de casos até a cura das pessoas acometidas pela doença. Nesse sentido, ações como busca ativa de sintomáticos respiratórios; diagnóstico precoce; controle de contatos; imunização; monitoramento do tratamento (tradicional/TDO); informação em saúde e de vigilância epidemiológica caracterizam-se como atividades que proporcionam o controle da TB.

Analisando a sequência discursiva de referência “saber se tem pessoas que estão apresentando sintomas, conversar com as pessoas na porta a porta, levar um carro de som, mas essas não são ações de controle”, o sujeito gestor em seu dizer silencia sobre o conhecimento das ações de controle da doença de acordo com o que preconiza o Programa Nacional de Controle da TB (PNCT).

A falta de conhecimento das ações de controle da TB pelo gestor fragiliza o processo de controle da doença. Os gestores necessitam ter conhecimentos, habilidades técnicas e políticas para ampliar as possibilidades de captar recursos e, assim, dar conta do manejo da TB de forma a apresentá-la em sua complexidade social, política, econômica e até histórica¹²³.

A análise do recorte discursivo 23 permite dizer que o sujeito na posição de gestor reconhece ser a TB um problema que precisa ser visto mais de perto tanto pela gestão quanto pelos profissionais da equipe de saúde. Enfatiza que a gestão de controle da TB realiza ações paralelas e pontuais com o objetivo de sensibilizar profissionais de saúde para suspeição do diagnóstico e tratamento da doença.

Recorte discursivo 23: *Desde que Marcela [nome fictício] está aqui, [...], nós estamos organizando algumas atividades em relação à patologia. [...] Assim, disparamos algumas coisas paralelas e pontuais a respeito da tuberculose, tipo, vamos aproveitar o dia internacional da tuberculose para está sensibilizando os profissionais, para eles ficarem vendo os seus sintomáticos respiratórios, para eles [equipes de saúde] estarem vendo nos seus territórios, se eles estão alertas para isso ou não. Então são ações pontuais que a gente tem mandado circulares para eles estarem se apercebendo disso. [...] a gente pretende estar fazendo esse movimento anual [de planejamento], para que a gente aumente as baciloscopias no município,*

porque elas são baixas, para que a gente faça perceber que a doença ela é muito maior do que ela tem sido vista. (G25, Médica, função Gerência de Atenção Básica, atuação Secretaria Municipal de Saúde)

Embora o gestor “G25” reconheça a TB como um problema que necessita ser enfrentado pela gestão e pelas equipes de saúde, evidencia no seu dizer ações pontuais de caráter campanhista, que pouco impactam no controle da TB. Salienta-se que as ações de educação em saúde de características campanhistas são importantes; entretanto a equipe de saúde não poderá ficar restrita a elas. Há indícios de que o processo de gestão é permeado por saberes administrativos hegemônicos que fragilizam a adesão e responsabilização das equipes de saúde nas ações de planejamento e de controle da TB, conforme aponta sequência discursiva de referência “*Então são ações pontuais que a gente tem mandado circulares para eles estarem se apercebendo disso*”.

Estudos realizados em outros municípios do Brasil, acerca das práticas gerenciais no controle da TB, indicam adoção de modelo burocrático; fracionamento do trabalho deixando transparecer a lógica de quem manda e de quem obedece; falta de qualificação dos gestores quanto aos processos administrativos, incluindo o planejamento, que, quando ocorre, é de caráter normativo e centrado no saber biomédico. Esse modo de saber e fazer a gestão em saúde prejudica o controle da TB, uma vez que é uma doença de cunho social e que requer do gestor mecanismos que favoreçam a adesão e responsabilização de trabalhadores de saúde e sociedade civil, inclusive aqueles acometidos pela doença, com o objetivo de construir espaços coletivos de reflexão e de tomada de decisão compartilhados.

Campos⁸⁸ defende que, para se construir um novo modo de agir em saúde, com base tanto no saber tecnológico quanto ao contexto singular, necessita que haja incorporação de novos conceitos, de reformas organizacionais e de processo de trabalho voltados para ampliar a democracia institucional, com base no poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários. Acrescenta o autor que o esforço para se combinar graus de autonomia dos profissionais com definição explícita de responsabilidade sanitária proporciona a construção de processos de cogestão, e que, “segundo essa perspectiva, o planejamento, a avaliação e, mesmo, eventuais contratos de metas dever-se-ão realizar de modo participativo e com apoio institucional”^{88:2342}.

Logo, os gestores em seus discursos associam-se a ideais hegemônicos, de caráter tecnicista e biologicista, que permeiam, ainda nos dias atuais, os processos de trabalho na gestão e na atenção à saúde e que contribuem para o não alcance do controle da TB.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TB é um dos desafios que a gestão pública em saúde precisa enfrentar de modo a alcançar a efetividade das ações de controle do agravo, em especial nos serviços municipais de saúde. O planejamento nesse contexto se configura como uma ferramenta essencial para apontar os caminhos que devem ser percorridos pela gestão com a compreensão da existência dos diversos atores sociais e jogos de interesses presentes nesse processo.

Ao defender que as ações de controle da TB, nos serviços municipais, sejam orientadas pelo planejamento estratégico situacional é por compreender que esse é o melhor método que pode reconhecer os processos de produção social da atualidade. Assim como, ainda, contribuir na efetivação dos princípios e diretrizes propostos pelo movimento sanitário nos últimos vinte anos de implantação do SUS e que parecem esquecidos pelos gestores e equipes gestoras que constroem o sistema de saúde municipal.

A TB como um problema de saúde pública requer estratégias de planejamento que vislumbrem e reconheçam os aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais presentes nesse processo e que sejam capazes de contribuir não só para a mudança do quadro epidemiológico da TB, mas também para estabelecer uma cultura de planejamento em todos os níveis de gestão, inclusive nos serviços de atenção básica, espaço prioritário de cuidado das pessoas com TB.

O presente estudo buscou analisar a discursividade dos sujeitos gestores em saúde acerca das ações de controle da TB na perspectiva do planejamento em saúde, por compreender ser o discurso capaz de evidenciar os diferentes efeitos de sentidos dados ao planejamento em saúde para o controle da TB, na mesma medida em que proporciona identificar as formações ideológicas às quais os gestores estão vinculados.

Foram identificados três blocos discursivos que sustentaram este estudo – Planejamento em Saúde para ações de controle da Tuberculose: entre o saber e o fazer dos sujeitos gestores; Planejamento das ações de controle da tuberculose: a prevalência do discurso hegemônico; e Planejamento das ações de controle da tuberculose numa perspectiva campanhista.

Os discursos dos gestores sobre a prática de planejamento das ações de controle da TB no município de João Pessoa/PB evidenciaram a ausência do planejamento para o controle da TB nos serviços de atenção básica, sendo esse realizado na Secretaria Municipal de Saúde (Diretorias e Coordenação de TB), cabendo as unidades básicas de saúde operacionalizar as

ações. Entretanto, as ações desenvolvidas para o controle do agravo possuem características campanhistas de base positivista, o que sugere um planejamento de caráter normativo, burocratizado e fragmentado, distanciando-se dos preceitos do planejamento estratégico situacional. Dessa maneira, contribui para a manutenção do modelo biomédico e de práticas de gestão baseadas na racionalidade gerencial hegemônica.

Entende-se que as reformulações das práticas de atenção e de gestão em saúde não ocorrem simultaneamente às decisões e implementação das políticas. Nessa perspectiva, sugere-se o desenvolvimento de processos de qualificação acerca do planejamento estratégico situacional para os profissionais de saúde, tanto os que atuam na atenção básica quanto os que ocupam cargos de gestão.

Espera-se, portanto, que este estudo sirva de subsídios para processos de reflexão das práticas de gestão quanto das de planejamento para o controle da TB. Que os discursos dos gestores evidenciem processos dialógicos que possibilitem a construção de um cuidado integral e humanizado, conforme emana dos preceitos do movimento sanitário brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília: 2006. [acesso 22 nov 2013]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=423.

2. Palha PF, Villa TCS. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2003 [acesso em 28 nov 2013]. 37(3):19-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/03.pdf>.

3. Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (REDE-TB). Ruffino-Netto A, Villa TCS (orgs.). **Tuberculose. Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Instituto Milênio Rede TB. 2006.

4. Protti ST, Silva LMC, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Neto A, Nogueira JA, Sá LD. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev Esc Enferm USP**. 2010. [acesso 12 nov 2013]. 44(3):665-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/16.pdf>.

5. Sá LD, Andrade MN, Nogueira JÁ, Villa TCS, Figueiredo TMRM, Queiroga RPF, Sousa MCM. 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). **Cienc e Saúde Coletiva**. 2011. [acesso em 26 mar 2013]. 16(9):3917-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a28v16n9.pdf>

6. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sassaki CM, Ruffino-Neto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**. 2008. [acesso em 15 fev 2014]. 42(2):262-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/v42n2a7.pdf>.

7. Santos MLSG, Villa TCS, Vendramini SHF, Gonzáles RIC, Palha PF, Santos NSGM, Gazetta CE, et al. Gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Rev Texto Contexto Enferm**. 2010 [acesso 25 mar 2013]; 19(1):64-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a07>.

8. Trigueiro JVS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TCS, Trigueiro DRSG. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-**

Am. Enfermagem [Internet]. nov-dez. 2011 [acesso em: 25 de mar 2013];19(6):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_03.pdf.

9. Barrêto, AJR, Sá LD, Nogueira JÁ, Palha PF, Pinheiro PGOD, Farias NMP, Rodrigues DCP, Villa TCS. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Rev. Ciência e Saúde Colet.**, 2012; 17(7):1875-84.

10. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Souza FBA, Nogueira JÁ, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico da tuberculose. **Rev Rene.** 2012; 13(3):572-81.

11. Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev Saúde Pública** 2007; 41(Supl. 1):43-9. [Acesso em 20 de Mai 2013] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>

12. Li Y, Ehiri J, Tang S, Li D, Bian Y, Lin H, Marshall C, Cao J. Factors associated with patient, and diagnostic delays in Chinese TB patients: a systematic review and meta-analysis. **BMC Medicine.** 2013; 11:156. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/156>.

13. Sá LD, Barrêto AJR, Nogueira JÁ, Cunha FTS, Palha PF, Villa TCS. The discourse of health managers on aspects related to the delay in tuberculosis diagnosis. **Rev Esc Enferm USP.** 2013; 47(5):1165-71.

14. Beraldo AA, Arakawa T, Pinto ESG, Andrade RLP, Wysocki AD, Sobrinho RAS, et al. Atraso na busca por serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Rev Ciência e Saúde Colet.** 2012;17(11):3079-86.

15. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica.** 2012;31(6):461-8.

16. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. **Rev Texto Contexto Enferm.** 2007 Out-Dez; 16(4): 712-8.

17. Wendling APB, Modena CM, Schall. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes Centros de Saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. **Rev Texto Contexto Enferm.** 2012 Jan-Mar; 21(1): 77-85.

18. Alves RS, Souza KMJ, Oliveira AAV, Palha PF, Nogueira JÁ, Sá LD. Abandono do Tratamento da Tuberculose e Integralidade da Atenção na Estratégia Saúde da Família. **Rev Texto Contexto Enferm.** 2012 Jul-Set; 21(3): 650-7.

19. Chirinos NEC, Meirelles BHS. Fatores Associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose: uma revisão integrativa. **Rev Texto Contexto Enferm.** 2011 Jul-Set; 20(3): 599-406.

20. World Health Organization (WHO). **Global tuberculosis report.** Genebra: 2013.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 284 p.

22. Paim JS. **Planejamento em Saúde para não Especialistas.** In.: Tratado de Saúde Coletiva. Campos, GWSC et al. (orgs.). São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Fiocruz, 2007. p.767-782.

23. Graboys V, Ferreira SCC. **Gestão em Saúde: perspectivas e desafios para a construção da integralidade.** In.: Ferreira SCC. Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

24. Ponce MAS, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino-Netto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2013;29(5):945-954.

25. Silva-Sobrinho RA, Ponce MAS, Andrade RLP, Beraldo AA, Pinto ESG, Scatena LM, Monroe AA, et al. Efetividade no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Esc Enferm USP.** 2013; 47(6):1373-80.

26. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino-Netto A, Nogueira JA et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública** 2009;43(5):825-31.

27. Santiago DG. **Avaliação da efetividade do tratamento supervisionado (TS/DOTS) no controle da tuberculose**. Brasil, 2007. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Pós-graduação em Saúde Coletiva. São Paulo (SP). 81p.

28. Abreu RG. **Efetividade do tratamento para tuberculose em cinco Unidades Federadas do Brasil**. Dissertação Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2007. 38p.

29. Prado TN, Wada N, Guidoni LM, Golub JE, Dietze R, Maciel ELN. Cost-effective of community health worker versus home-based guardians for directly observed treatment of tuberculosis in Vitória, Espírito Santo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**.2011;27(5):944-52.

30. Paz LNF, Ohnishi MDO, Barbagelata CM, Bastos FA, Oliveira JAF, Parente IC. Efetividade do tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol**. 2012;38(4):503-10.

31. Terra MF, Bertolozzi MR. Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev Latino-am Enfermagem**. 2008;16(4):659-64.

32. Oliveira HB, Marin-León L, Gardinali J, Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas-SP. **J Bras Pneumol**. 2005; 31(2): 133-8.

33. Villa TCS, Assis EG, Oliveira MF, Arcêncio, Gonzales RIC, Palha PF. Cobertura do tratamento diretamente observado (DOTS) da Tuberculose no Estado de São Paulo (1998 a 2004). **Rev Esc Enferm USP**. 2008; 42(1):98-104.

34. Campos, GWS. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**. São Paulo: Hucitec, 2000. 238p.

35. Orlandi EP. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 9 ed. Campinas (SP): Pontes Editores, 2010. 100p.

36. World Health Organization (WHO). **Global tuberculosis report**. Genebra: 2013.

37. World Health Organization (WHO). **Global tuberculosis report**. Genebra: 2012.

38. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. 2013; 44(2). Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/10/boletim2_2013_tb_web.pdf

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**. v. 44, n.02, ano 2014. Disponível em:

40. Maciel EL, Golub JE, Peres RL, Hadad DJ, Fávero JL, Molino LP, Bae JW, Moreira CM, Detoni VV, Vinhas AS, Palaci M, Dietze R. Delay in diagnosis of pulmonar tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**. 2010;14(11):1403-10.

41. Brasil. Datasus. **Informações de Saúde. Sistema de Informação de Notificação de Agravos. Tuberculose**. [acesso em 15 de mar 2014].

42. Teixeira CT. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

43. Huertas F. **O método PES: entrevista com Matus**. São Paulo: Fundap, 1996.

44. Rivera FJU. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. v.2. São Paulo: Cortez, 1989.

45. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde. Históricos e tendências com base numa visão comunicativa. **Rev Ciência e Saúde Colet**. 2010; 15(5):2265-74. [acesso em 25 abr 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a02.pdf>.

46. Hilleboe H., Barkhuus A, Thomas Jr. WC. **El método CENDES-OPS**. In.: Métodos de planificación sanitaria nacional. Ginebra: Organización Mundial da Saúde, 1973.

47. Paim JS. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. **Rev. Baiana Saúde Pública**. 1983; 10(1):46-52. [acesso 15 jan 2014]. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/901/pdf_211.

48. Campos RTO. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. 2001;6(1):197-207. [acesso em 25 abr 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7036.pdf>.

49. Giovanella L. As Origens e as Correntes atuais do enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**. 1991; 7(1):26-44. [acesso em 25 abr 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>.

50. Giovanella L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**. 1990; 6(2):129-153. [acesso em 13 de jan 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n2/v6n2a03.pdf>.

51. Artmann E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. Rio de Janeiro: Instituto Alberto Luiz de Coimbra de Pós-graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf>.

52. Florêncio AMG, Magalhães B, Sobrinho HFS, Cavalcante MSAO. **Análise do Discurso: fundamentos e prática**. Maceió: EDUFAL, 2009. 131p.

53. Piovezani C, Sargentini V. **Legados de Michel Pêcheux: inéditos em análise do discurso**. São Paulo: Contexto, 2011. 139p.

53. Orlandi EP. **Análise de Discurso: Michel Pêcheux**. 2ª ed. Campinas: Pontes Editores, 2011. 316p.
54. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. **Rev Texto Contexto Enferm**. 2006;15(4):679-84.
55. Silva MASM. Sobre a Análise do discurso. **Revista de Psicologia da UNESP**. 2005;4(1):36-40.
56. Assolini FEP. **Professoras alfabetizadoras e sua relação com a leitura durante a formação inicial: vestígios e ecos de memória em sua prática pedagógica escolar**. In.: A análise do discurso e suas interfaces. Tfouni LV, Monte-Serrat DM, Chiaretti P (orgs.). São Carlos: Pedro e João, 2011. pág. 351-371.
57. Pêcheux M. **Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Campinas: Unicamp, 1997.
58. Pinho LB. **Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica**. [Tese de Doutorado]. 2009. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiatria. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 344f.
59. Souza KMJ. **Discursos sobre a tuberculose: significância por e para sujeitos**. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto, 2012. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 71 p.
60. Pêcheux M. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. 6ª ed. Campinas: Pontes, 2012. 68p.
61. Sobrinho HFS. **Análise do Discurso e a insuportável luta de classes na teoria e na prática**. In.: A análise do discurso e suas interfaces. Tfouni LV, Monte-Serrat DM, Chiaretti P (orgs.). São Carlos: Pedro e João, 2011. pág. 17-40.
62. Michael L. **Ideologia e ciência social: elementos para uma análise marxista**. 19ª ed. São Paulo: Cortez, 2010. 127p.

63. Souza SAF. **Conhecendo Análise de Discurso**. Manaus: Editora Valer, 2006. 108p.
64. Orlandi EP. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 6ª ed. Campinas: Unicamp, 2007.
65. Tfouni FEV. **Interdito e silêncio: uma abordagem no quadrado das oposições**. In.: A análise do discurso e suas interfaces. Tfouni LV, Monte-Serrat DM, Chiaretti P (orgs.). São Carlos: Pedro e João, 2011. pág.187-200.
66. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**. 7ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.
67. Pope C., Mays N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
67. Rousseau N, Saillant F. **Abordagens de investigação qualitativa**. Cap. 11. In.: Fortin MF. O processo de Investigação: da concepção à realização. 3ª ed. Portugal: LUSOCIÊNCIA, 2003.
68. Vítora CG, Knauth DR, Hassen MNA. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000. 45-52p.
72. João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde. 2006-2009**. João Pessoa/PB, 2006.
73. Magalhães B. O sujeito do discurso: um diálogo possível e necessário. **Linguagem em (Dis)curso**. 2003;3(Especial):73-90.
74. Queiroz EKR. **(Re)lendo “AAD69” hoje**. (texto mimeo). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/1SEAD/Paineis/EricaKarineRamosQueiroz.pdf>.

75. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**. 2007; 23(2):399-407.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 466, de 14 de junho de 2013**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2013.
77. Vilasboas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad Saúde Pública**. 2008;24(6):1239-50.
78. Zoboli E. **Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral**. In.: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABASCO, 2009. pág.63-69.
79. Pinheiro R. **Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde**. In.: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABASCO, 2009. pág. 15-28.
80. Matus C. **Política, Planejamento e Governo**. 3ª ed. Brasília: IPEA, 1997.
81. Almeida Filho N. Uma Breve História da Epidemiologia In.: **Epidemiologia e saúde**. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N.(orgs.). 6ªed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
82. Czeresnia D. Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais e a integração das ciências. **Rev Saúde Pública**. 2008;42(6):1112-7.
83. Ayres JRCM. Objeto da Epidemiologia e Nós. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**. 1993;3(1):55-76.
84. Ayres JRCM. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ/IMS; ABRASCO, 2009. 284p.
85. Barros JAC. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico. **Rev. Saúde e Sociedade**. 2002;11(1):67-84.

86. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**. 2001;8(1):48-70.
87. Bertolli Filho C. **História Social da tuberculose e do Tuberculoso**: 1900-1950. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
88. Gastão Wagner de Sousa Campos. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc e Saúde Coletiva**. 2010;15(5):2337-44.
89. Oliveira GN. **Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede**. In.: Campos GWS, Guerreiro AVP (orgs.). Manual de prática de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª ed. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2010. p. 273-297.
90. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: OMS; 2002.
91. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.
92. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**. 2007;23(9):2113-26.
93. Trevisan L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **Revista de Administração Pública**. 2007;41(2):237-54.
94. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**; 2010;20(4):1245-65.
95. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JJS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 2010;20(1):235-59.

96. Gonçalves RBM. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.
97. Ayres JRCM. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC:UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284p.
98. Guizard FL, Pinheiro R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 2012;22:(2):423-40.
99. Tfouni LV, Pereira AC, Monte-Serrat DM. **A Carta Roubada e a Estrutura do Inconsciente: ode o político e o equívoco se cruzam**. In.: A análise do discurso e suas interfaces. Tfouni LV, Monte-Serrat DM, Chiaretti P (orgs.). São Carlos: Pedro e João, 2011. p. 83-94.
100. Paim JS. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. **Rev. Baiana Saúde Pública**. 1983;10(1):46-52.
101. Turgeon J, Gagnon F, Michaud M, Tremblay S. **Policy transfer and health impact assessment**. Séries Transfer of Knowledge. June; 2008.
102. Mourão Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. 2001;5(8):121-6.
103. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência Saúde Colet**. 2010;15(5):2539-50.
104. Campos ALV. **Políticas Internacionais na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 318p.
105. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS, Andrade SLE. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia

Saúde da Família. [acesso em 10 jun 2014] **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013;15(1):103-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15246>.

106. Andrade ET, Andrade IM, Chauvet PR, Capone D, Rufino R, Costa CH. O essencial na orientação do paciente com tuberculose. **Pulmão RJ**. [acesso em 10 Jul 2014] 2008;17(1):42-45. Disponível em: http://sopterj.com.br/revista/2008_17_1/09.pdf

107. Trigueiro JVS, Silva ACO, Gois GAS, Almeida AS, Nogueira JÁ, Sá LD. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Cienc Cuid Saude**. [acesso em 10 Ago 2014] 2009;8(4):660-6. Disponível em: <file:///C:/Users/ANNE/Downloads/9697-34652-1-PB.pdf>

108. Renovato RD, Bagnato MHS. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Rev. Eletr. Enf.** [acesso em 10 Ago 2014]. 2012 jan/mar;14(1):77-85. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a09.pdf

109. Ferreira Neto JL, Kind L, Barros JS, Azevedo NS, Abrantes TM. Apontamentos sobre Promoção da Saúde e Biopoder. **Saúde Soc**. [acesso em 12 Ago 2014] 2009;18(3):456-66. Disponível em: <file:///C:/Users/ANNE/Downloads/29615-34414-1-PB.pdf>

110. Martins LAM, Peixoto Junior CA. Genealogia do Biopoder. **Psicologia e Sociedade** [acesso em 05 Ago 2014] 2009;21(2):157-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a02>

111. Silva CDC. Informação em Saúde: produção, consumo e biopoder. **Ciência Saúde Colet** [acesso em 05 de Ago 2014] 2013;18(10):3083-90. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63028210034.pdf>

112. Foucault M. **História da Sexualidade**. A vontade de saber. 13ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988. 152p.

ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP



CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 466/12 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, certificamos que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW, da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, APROVOU a pesquisa intitulada **AS PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: a discursividade dos sujeitos gestores**, das pesquisadoras **Anne Jaquelyne Roque Barrêto e Lenilde Duarte de Sá**. Protocolo do CEP/HULW Nº 025/11. Folha de Rosto nº400149. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE - 0106.0.000.126-11, tendo a retrocitada pesquisa sido concluída e entregue cópia neste Comitê.

João Pessoa, 09 de dezembro de 2014.

Profª. Drª. Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba