

Discursos de gestores sobre a política do tratamento diretamente observado para tuberculose

Speeches of managers about the policy of the directly observed treatment for tuberculosis
Discursos de gerentes sobre la política del tratamiento directamente observado para tuberculosis

Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira¹, Lenilde Duarte de Sá¹, Dayse Caetano Beserra Dias^{II},
Patrícia Geórgia Oliveira Diniz Pinheiro¹, Pedro Fredemir Palha^{III}, Jordana de Almeida Nogueira¹

¹ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa-PB, Brasil.

^{II} Secretaria Municipal de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento Célio Pires de Sá. João Pessoa-PB, Brasil.

^{III} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira RCC, Sá LD, Dias DCB, Pinheiro PGOD, Palha PF, Nogueira JA. Speeches of managers about the policy of the directly observed treatment for tuberculosis. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):761-8.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680611i>

Submissão: 09-12-2014

Aprovação: 01-08-2015

RESUMO

Objetivo: analisar os discursos dos gestores, acerca da transferência de política do tratamento diretamente observado (TDO) para o controle da tuberculose no município de João Pessoa/PB. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, desenvolvido em maio e junho de 2013, por meio de entrevista semidirigida, com vinte profissionais de saúde nos cinco distritos sanitários de saúde em João Pessoa/PB. O material empírico produzido foi analisado conforme o aporte teórico-analítico de Análise de Discurso da linha francesa pecheutiana. **Resultados:** o estudo evidenciou fragilidades na condução e organização das ações em relação ao TDO. Revelou que o desconhecimento desses gestores acerca dessa política traz implicações diretas para o cuidado ao doente de tuberculose. **Conclusão:** sugere-se que a gestão trace planos estratégicos para repensar as práticas de cuidado e, assim, reorganize toda a rede de atenção ao usuário, de modo que possam efetivamente contribuir para a adesão deste ao combate à tuberculose. **Descritores:** Tuberculose; Políticas Públicas; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the managers' speeches about the policy transfer of the directly observed treatment (DOT) for tuberculosis control in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. **Method:** this is a qualitative study developed in May and June, 2013 through semi-directed interviews with twenty health professionals in five health districts in João Pessoa/PB. The empirical material produced was analyzed according to the theoretical-analytical basis of the French Discourse Analysis by Pêcheux. **Results:** the study demonstrated weaknesses in the conduction and organization of actions in relation to the DOT. It revealed that the lack of knowledge of the managers about this policy has direct implications to the care of tuberculosis patients. **Conclusion:** the management should trace strategic plans to rethink the care practices and thus, reorganize the entire care network to users in order to effectively contribute to user adherence in the fight against tuberculosis. **Keywords:** Tuberculosis; Public Policies; Health Management.

RESUMEN

Objetivo: analizar los discursos de los gestores, acerca de la transferencia de política del tratamiento directamente observado (TDO) para el control de la tuberculosis en el municipio de João Pessoa/PB. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, desarrollado en mayo y junio de 2013, por medio de entrevista semi-dirigida, con veinte profesionales de salud en los cinco distritos sanitarios de salud en João Pessoa/PB. El material empírico producido fue analizado conforme el aporte teórico-analítico de Análisis de Discurso en la línea francesa pecheutiana. **Resultados:** el estudio evidenció fragilidades en la conducción y

organización de las acciones en relación al TDO. Reveló que el desconocimiento de esos gestores acerca de esa política trae implicaciones directas al cuidado del enfermo de tuberculosis. **Conclusión:** se sugiere que la gestión trace planes estratégicos para repensar las prácticas de cuidado y así reorganizar toda la red de atención al usuario, de modo que puedan efectivamente contribuir para la adhesión de este al combate a la tuberculosis.

Palabras claves: Tuberculosis; Políticas Públicas; Gestión en Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira E-mail: ritaoliver2002@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto de investigação a transferência de política do tratamento diretamente observado (TDO) para controle da tuberculose no município de João Pessoa, Paraíba. Os dados desta pesquisa fazem parte de um *corpus* mais abrangente de um estudo multicêntrico – *Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios das regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Norte* (CNPq – Edital nº 14/2011) – vinculado ao Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose na Paraíba.

A transferência de política compreende um processo que conta com a participação e envolvimento de gestores e profissionais para o desenvolvimento e avaliação da transferência de determinadas políticas públicas em contextos diversos, considerando, sobretudo, informação, conhecimento e ações inovadoras voltadas a modificações nas periferias dos sistemas e serviços, nos quais tais políticas podem ser experimentadas⁽¹⁻³⁾ efetivamente.

Já o TDO compõe um dos cinco pilares da estratégia *Directly Observed Treatment-short course* (DOTS), lançada no Brasil, em 1996, pelo Ministério da Saúde, para melhoria de alguns indicadores relacionados à tuberculose⁽⁴⁾. Consiste na observação da ingestão dos medicamentos, de preferência todos os dias, visando a fortalecer a adesão do doente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos⁽⁵⁾.

A tuberculose permanece como um dos problemas de saúde pública no cenário mundial. No entanto, é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos antituberculose, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do TDO no serviço de Atenção Básica⁽⁵⁾. A partir de 2001, em razão do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, as ações de controle da tuberculose passaram a ser de responsabilidade dos municípios⁽⁶⁾ e tornaram-se compromissos prioritários da gestão municipal através do Pacto pela Saúde⁽⁵⁾, em 2006.

No estado da Paraíba, o DOTS foi implantado a partir de 1999⁽⁷⁾. Já a transferência de política do TDO transcorreu durante o ano de 2007 para os serviços de atenção básica. Anteriormente, era centralizado no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga, Unidade de Referência do Estado. Embora algumas equipes já realizassem o TDO nas unidades de saúde da família, de fato, foi naquele ano que a gestão local deu passos em favor da transferência de política das ações do controle da tuberculose, dentre elas o TDO para Estratégia Saúde da Família. Esse processo de transferência constitui um avanço significativo, não obstante venha

impondo vários desafios, tais como o de articulação das ações entre os diversos níveis técnico-administrativo-gerenciais do sistema de saúde.

A transferência das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para atenção básica envolve o reconhecimento desse ponto de atenção como protagonista na organização do sistema de atenção à saúde⁽⁸⁾. Estudo realizado sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família, em grandes centros urbanos do Brasil, indica avanços da transferência das ações e programas de saúde pública. Informa, porém, que, em um dos municípios, o cuidado com a tuberculose foi considerado uma das ações mais difíceis de ser descentralizada⁽⁹⁾.

Outros estudos realizados⁽¹⁰⁻¹¹⁾ sobre a implantação e sustentabilidade do DOTS, mais especificamente em relação ao TDO, identificaram que a implantação dessa estratégia causou impacto positivo nos índices de cura e abandono; entretanto, alguns fatores operacionais e o contexto geopolítico funcionaram como barreiras ao oferecimento dessa modalidade de tratamento. Em vista disso, observa-se que as especificidades loco regionais merecem uma atenção singular por ocasião da pactuação das ações de saúde feitas entre as instâncias (estadual, municipal) gestoras do SUS, uma vez que o TDO é o protagonista da política de descentralização da tuberculose para a atenção básica.

Em relação à transferência de política do TDO para a atenção básica, requer articulação e negociação entre os integrantes da equipe gestora nas esferas administrativas e técnicas, com a finalidade de que a transferência dessa política seja compreendida no tocante aos seus objetivos para propiciar um melhor controle da doença. Desse modo, os gestores assumem importantes responsabilidades em face das ações de controle da tuberculose no município. Dolowitz⁽¹⁾ assevera que tais processos de transferência podem ser facilitados ou inibidos por alguns fatores que incluem a complexidade política, os efeitos de interação entre a gestão, os profissionais e os usuários, as restrições institucionais e, por fim, a linguagem.

Em vista do nosso foco de investigação concernente ao estado de desenvolvimento sobre a transferência de política do TDO^(3,12-14) nos serviços de saúde, realizamos um levantamento bibliográfico em periódicos nacionais e internacionais e constatamos que, apesar de inúmeras pesquisas já realizadas sobre o controle da tuberculose, não foram encontrados estudos que tenham como propósito analisar, a partir dos discursos de sujeitos gestores, a transferência de política do TDO entre as instâncias estaduais e municipais de saúde em nosso país.

Por conseguinte, entende-se que investigar a transferência de política do TDO por meio dos discursos dos gestores se faz necessário, haja vista que essa política vem sendo implementada

no município, merecendo uma análise de como tem sido conduzida em razão da sua relevância para o enfrentamento da tuberculose. Nesse sentido, direcionamos esta pesquisa a partir da seguinte questão norteadora: quais discursos são mobilizados pelos gestores acerca da transferência de política do TDO para o controle da tuberculose no município de João Pessoa (PB)? Com o intuito de respondê-la, objetivou-se analisar os discursos dos gestores, acerca da transferência de política do TDO para controle da tuberculose no referido município.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa realizada com vinte profissionais de saúde: Diretor Geral (5), Diretor Técnico (5), Técnico do Serviço de Vigilância Epidemiológica (5) e Apoiadores Técnicos (5), selecionados por exercerem atividades de gestão ligadas à coordenação, organização, vigilância e monitoramento das ações para o controle da TB nos cinco Distritos Sanitários de Saúde, em João Pessoa/PB. As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio a junho de 2013, com o aporte de um roteiro semidirigido e o registro através de gravador, em local reservado nas dependências do distrito. Garantiu-se o direito ao anonimato e à privacidade dos sujeitos. Os sujeitos do estudo foram identificados pelas letras G (Gestor) e dispostos em sequência (G1 a G20), de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba.

A análise do corpus selecionado dar-se-á a partir dos pressupostos teóricos e metodológicos da Análise de Discurso de filiação francesa pecheutiana. A Análise de Discurso foi iniciada na década de 1960 com a obra *Analyse automatique du discours*, de Michel Pêcheux⁽¹⁵⁾. Constitui-se sobre três áreas do conhecimento: a Linguística, o Materialismo Histórico e a Psicanálise. A Linguística se consubstancia, dentre outros subsídios teóricos, pela não transparência ou opacidade da linguagem e pela noção de materialidade do significante. O Materialismo Histórico se dá pela pressuposição da existência de um real da história, produzido pelo homem e que não lhe é transparente. Já a Psicanálise incorpora a compreensão lacaniana de que o inconsciente é estruturado como linguagem e de que há um deslocamento da noção de homem para a de sujeito ao se levar em conta que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Conforme assevera Orlandi⁽¹⁷⁾, o sujeito discursivo é:

Atravessado pela linguagem e pela história, sob o modo do imaginário, o sujeito só tem acesso a parte do que diz. Ele é materialmente dividido desde sua constituição: ele é sujeito de e é sujeito à. Ele é sujeito à língua e à história, pois para se constituir, para (se) produzir sentidos ele é afetado por elas. Ele é assim determinado, pois se não sofrer os efeitos do simbólico, ou seja, se ele não se submeter à língua e à história ele não se constitui, ele não fala, não produz sentidos.

A perspectiva discursiva da análise busca apreender os processos de produção de sentidos na relação entre a língua, a ideologia e o sujeito, bem como compreender como a língua produz sentidos por e para sujeitos, visto que não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia⁽¹⁷⁾. Desse ponto de

vista, a língua é entendida como materialidade linguística e, devido a sua porosidade semântica, produz sentidos múltiplos, inacabados e parcialmente abertos; oferece possibilidades de interpretação que raramente se esgotam; possibilita o desvendar de outros sentidos⁽¹⁷⁾. A Análise de Discurso não procura o sentido verdadeiro, mas o real do sentido em sua materialidade ou constituição linguística e histórica. Sendo assim, o gesto de interpretação revela a discursividade do sujeito.

Neste estudo, busca-se interpretar a discursividade, isto é, os sentidos e significados contidos na materialização das ações de transferência de política do TDO no âmbito da gestão dos distritos sanitários de saúde, em João Pessoa (PB). No plano de análise discursiva, empreende-se uma passagem do material bruto, tais como as entrevistas transcritas para o objeto discursivo mediante as seguintes etapas propostas por Orlandi: 1) da superfície linguística para o texto (discurso); 2) do objeto discursivo para a formação discursiva; e 3) do processo discursivo para a formação ideológica⁽¹⁷⁾.

A primeira etapa trabalha com as condições de produção que compreendem fundamentalmente os sujeitos e a situação das circunstâncias da enunciação ao contexto sócio-histórico e ideológico mais amplo. Nesse momento da análise, é imprescindível o trabalho com as paráfrases, sinonímia, polissemia, metáfora, relação do dizer e não dizer. Nessa etapa, o analista deve estar atento à configuração das formações discursivas que predominam na prática discursiva em questão, ou seja, ponderar o que se diz, como se diz, quem diz e quais as circunstâncias discursivas específicas⁽¹⁷⁾.

Na segunda etapa, a formação discursiva se constitui na relação com o interdiscurso e o intradiscurso. O interdiscurso se refere ao dizível, um “conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos”⁽¹⁷⁾. Apresenta-se como uma voz sem nome que significa nas nossas palavras. O intradiscurso alude à materialidade (texto oral ou escrito), à formulação do texto, ao fio ou à linearização do discurso. A principal diferença entre ambos é que o interdiscurso corresponde à constituição, como um eixo vertical onde se apresentam todos os dizeres já ditos e esquecidos; e o intradiscurso, correspondendo à formulação, é o eixo horizontal, no qual se diz em dado momento, em uma situação discursiva dada⁽¹⁷⁾.

Ao levar-se em conta que os sentidos da língua escapam, destaca-se o conceito de memória discursiva, observando-se o atravessamento da língua pela historicidade da própria língua, bem como pela história dos sujeitos discursivos. A memória discursiva tangencia o “saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma de pré-construído, isto é, o já dito que está na base do dizível e sustenta cada tomada da palavra”⁽¹⁷⁾.

Assim, nesse nível de análise, deve-se considerar que o sujeito discursivo se inscreve em diferentes formações discursivas porque ocupa diferentes posições e, portanto, não há uma linearidade. Pela formação discursiva pretendemos, em nosso trabalho de analista de discurso, compreender diferentes sentidos no funcionamento discursivo. A formação discursiva é definida como aquilo que, numa formação ideológica dada, determina o que pode e deve ser dito. Desse modo, “tudo que dizemos tem, pois, um traço ideológico em relação a outros traços ideológicos”, estando na essência da discursividade, em como a

ideologia produz seus efeitos no discurso, materializando-se neste⁽¹⁷⁾. Logo, nessa etapa, devem-se descortinar contradições, identificar silenciamentos, atos falhos, repetições, hesitações e analisar o enfraquecimento de discursos dissonantes e minoritários no universo discursivo dos gestores sobre a transferência de política do TDO no município de João Pessoa (PB).

Na terceira etapa, devemos considerar as relações das formações discursivas com os efeitos da ideologia, observando que as formações ideológicas deixam marcas linguístico-discursivas, as quais o analista de discurso busca em seu dispositivo de interpretação. Diante disso, foram identificados nesta análise fragmentos textuais que, agrupados, conformaram duas formações discursivas presentes nos discursos dos sujeitos gestores: FD1 – Aspectos favoráveis relacionados à transferência de política do TDO em João Pessoa e FD2 – Barreiras à operacionalização do TDO nas unidades de saúde em João Pessoa, apresentados nos Quadros 1 e 2.

RESULTADOS

Quadro 1 - Formação Discursiva 1 – Aspectos favoráveis relacionados à transferência de política do tratamento diretamente observado no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2013

Fragmentos textuais
<i>A importância da criação do vínculo, do acompanhamento contínuo dos usuários, de estar mais próximo, já que, na maioria das vezes, são usuários bem complicados. (G5)</i>
<i>É a questão da corresponsabilização de todos os atores envolvidos nesse processo. É estar chamando, mesmo, a corresponsabilização de todos, e não apenas do gestor ou apenas do usuário ou do profissional, é de todos os atores envolvidos [...]. Então, quando há uma conversa, uma comunicação e quando há uma observação desse tratamento, a adesão acontece bem mais facilmente. (G12)</i>
<i>É a busca ativa, a gente não deixa o paciente solto, né? A gente tá sempre atrás, pra ver se ele está fazendo o tratamento normalmente, direito, correto, se tá tomando os medicamentos. Então a melhoria foi essa, tá sempre buscando. (G9)</i>
<i>Tem muita coisa favorável, primeiro que o paciente... ele fica mais in loco, mais próximo de sua residência. (G2)</i>
<i>É a garantia do tratamento até o final. (G1)</i>
<i>Eles (os profissionais) tinham uma dificuldade muito grande nessa conclusão e, a partir do TDO, eles (os profissionais) tão conseguindo realmente ver mais resultados na conclusão desse acompanhamento. (G3)</i>
<i>A gente está aumentando a proporção de cura, proporção de tratamento maior. Eu acho que esses seriam aspectos favoráveis da descentralização, aumentando o acesso desses usuários ao tratamento. (G14)</i>

O acompanhamento desses usuários diariamente e nos finais de semana, tentando dar essa cobertura, então é um ponto favorável para o TOD. (G6)

O olhar do ACS principalmente no momento da inserção da medicação. Geralmente muitos ACSs vão logo cedo à casa do usuário para poder verificar se o usuário está tomando mesmo essa medicação, né, e isso a gente consegue identificar como uma real melhora. (G4)

Todo mundo (os profissionais) ter o conhecimento e saber como lidar com esse tratamento. (G13)

Notas: TDO: Tratamento Diretamente Observado; ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Quadro 2 - Formação Discursiva 2 – Barreiras à operacionalização do tratamento diretamente observado nas unidades de saúde em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2013

Fragmentos textuais
<i>Identifico como barreira quando a equipe de saúde da família não tem vínculo com o usuário; aí, sim, eles (os profissionais) criam uma barreira e aí isso dificulta o processo de acompanhamento mesmo desse usuário. (G1)</i>
<i>O que as pessoas (os usuários) mais relatam é a dificuldade de acompanhamento, reclamam muito, por exemplo, do horário de funcionamento das unidades, o usuário acorda bem mais cedo e aí precisa trabalhar, e não dá para ficar esperando o agente de saúde ir até lá pra observar a tomada desse medicamento. (G5)</i>
<i>Há alguns profissionais que resistem em aderir à política, né? (G2)</i>
<i>O envolvimento é mais complicado. A gente tem muita dificuldade, por exemplo, na adesão do dentista em relação a outras atividades de promoção que não sejam específicas da saúde bucal. (G5)</i>
<i>Eu acho que é mais a questão da burocratização desse processo. Muitas vezes, quando a gente se amarra à questão mais burocrática do papel, às vezes, quando a gente cobra muito essa parte apenas do papel, pode ser que aconteça um pouco de fragilidade no processo. (G12)</i>
<i>A questão das drogas, que é o que a gente vivencia no dia a dia com nossos usuários de tuberculose, na maior parte, né? A gente tem visto muita dificuldade aqui, de estar no monitoramento; a dificuldade do fechamento desse usuário, que vem já associado a outros problemas sociais, econômicos. (G8)</i>
<i>A principal barreira que eu vejo é a questão de hoje as unidades de saúde não terem uma alimentação ali dentro, para fornecer aos usuários, né? (G3)</i>

DISCUSSÃO

Quando questionados sobre a transferência de política ocorrida entre o estado e o município para descentralização do TDO para as unidades de saúde da família, identificamos que os gestores, em seus discursos, mostram-se inseguros ao responderem à questão. Os gestores (G5, G8, G9) demonstraram desconhecimento acerca do TDO, estratégia considerada pelo Ministério da Saúde como prioritária para o controle da tuberculose. Também silenciam a respeito do repasse das diretrizes que norteiam a implementação do TDO e sobre a descentralização das ações de controle para a periferia do sistema. Tais evidências podem fragilizar as ações voltadas ao controle da doença relacionadas ao cuidado ao doente.

Eu acho que é uma maneira de fiscalizar realmente se o usuário realmente tá sendo acompanhado pelas unidades, né? Aí cada distrito ficou responsável, né? [...] Na verdade eu não participo, quem participa é a "J", que é coordenadora do distrito do programa. Eu só faço receber, como eu digo, as planilhas aqui no distrito. Então eu não participo. (G5)

É o tratamento? Deixa dar uma olhada [...]. Eu acho que, por conta do tipo de usuário, que a gente vê que, na maior parte, ele vem associado a outras dificuldades também, né? (G8)

Eu acho que é assim, são tipo esses repasses, esse acompanhamento, as próprias reuniões, o próprio incentivo (entrega de cesta básica) ao TDO também que o município oferece. (G9)

A partir da conjuntura sócio-histórica inter-relacionada à memória discursiva e ao lugar empírico socialmente ocupado por esses gestores (técnicos responsáveis pelas ações de controle da tuberculose), percebe-se linguisticamente uma negação desse lugar ao enunciarem no fio do discurso: "eu acho, eu não, eu acho que é assim, eu não participo". Esses enunciados evocam sentidos contraditórios em relação à política do Programa de Controle de Tuberculose, pois assinalam que os gestores apresentam uma posição discursiva não condizente com o discurso oficial da Organização Mundial da Saúde, que aponta o TDO como um dos cinco componentes essenciais à estratégia DOTS.

Tais enunciados correspondem a projeções imaginárias que funcionam no discurso e que fazem parte do funcionamento da linguagem. Nessa relação discursiva aqui apresentada, são as imagens que constituem as diferentes posições dos gestores. De tal modo, o que funciona em seus discursos não é o sujeito visto empiricamente, mas o sujeito como posição discursiva produzida pelas formações imaginárias.

A esse respeito, Orlandi⁽¹⁷⁾ faz uma diferenciação de lugar e posição ao afirmar que:

Não são os sujeitos físicos nem os seus lugares empíricos como tal, isto é, como estão inscritos na sociedade, e que poderiam ser sociologicamente descritos, que funcionam no discurso, mas suas imagens que resultam de projeções.

Desse modo, observa-se que na língua "há regras de projeção que permitem ao sujeito passar da situação empírica para

a posição discursiva", e são essas posições que significam, segundo o contexto sócio-histórico e a memória, o saber discursivo, o já dito.

Com referência aos fragmentos discursivos apresentados nos Quadros 1 e 2, contidos nas FD1 (G5) e FD2 (G1), observa-se que, nos discursos desses gestores, a palavra "vínculo" se insere na linguagem, apresentando posições que provocam diferentes efeitos de sentidos para a implementação do TDO. Ou seja, na FD1 está posto como aspecto favorável para a "criação do vínculo", enquanto na FD2 se insere como barreira à implementação do TDO, quando "a equipe de saúde da família não tem vínculo com o usuário".

No âmbito dessa discussão, afirma Orlandi⁽¹⁵⁾ que "uma mesma palavra, na mesma língua, significa diferentemente, dependendo da posição do sujeito e da inscrição do que diz em uma ou outra formação discursiva". Devem-se buscar as palavras fazendo sentido na produção do discurso, que, por sua vez, não se define pela simples transmissão de informações, mas representa o efeito de sentidos entre interlocutores⁽¹⁷⁾.

Quando falamos de vínculo, relacionamos a palavra à ligação, ao laço e, trazendo para esse contexto da relação entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços, não é diferente o comprometimento, a confiança e a responsabilidade, que favorecem o fortalecimento da relação profissional/usuário, contribuindo em vários aspectos e situações singulares na atenção ao usuário com tuberculose.

Outro fragmento discursivo apresentado na FD1 diz respeito "à corresponsabilização de todos os atores", apontada pelo G12 como um aspecto positivo ao processo de transferência de política para implementação do TDO. Essa corresponsabilização evocada pelo sujeito, por intermédio da memória discursiva, traz sentidos que sugerem o comprometimento de todos os profissionais da equipe nesse processo de transferência ou descentralização do TDO.

A transferência de política, considerada como uma política de desenvolvimento, visa dar sentido a um processo ou conjunto de processos, cujo conhecimento e informação sobre instituições, políticas, programas e serviços são de grande valia na avaliação da transferência de uma dada política ocorrida entre os diferentes serviços e níveis de governança⁽¹⁾, o que inclui a participação de gestores, administradores e profissionais, sobretudo durante o estágio de descentralização desta nos serviços de saúde⁽²⁾.

Ainda acerca das interpretações sobre os aspectos positivos à implementação do TDO, apresentamos o seguinte discurso do gerente G12:

Quando há uma conversa, quando há uma comunicação e quando há uma observação do tratamento, a adesão acontece bem mais facilmente. (G12)

No fio desse discurso, a expressão "conversa e comunicação" evoca em nossa memória discursiva elementos essenciais constituintes de um cuidado humanizado.

A oferta de um cuidado humanizado não se dá espontaneamente. É preciso combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos usuários

com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta desses recursos nos serviços⁽¹⁸⁾.

Ainda na análise discursiva do G12, a palavra “adesão”, citada por ele, denota sentidos como uma resultante de atitudes positivas por parte da equipe que se utiliza dessa “conversa” durante o acolhimento para se comunicar com o usuário em virtude de sua passagem pelo serviço durante o TDO. Desse modo, o acolhimento, por conseguinte, irá também contribuir com a adesão desse usuário ao tratamento da tuberculose.

Outro ponto importante identificado na FD1 diz respeito à “busca ativa”, que foi apontada por G9 como um dos aspectos favoráveis na implementação do TDO a partir da transferência de política. Pode-se observar, entretanto, no fio do discurso, que o G9 atribui sentidos e significados diferentes para a busca ativa, visto que ele a apresenta como uma forma de:

[...] ver se ele (o usuário) está fazendo o tratamento normalmente, direito, correto, se tá tomando os medicamentos. (G9)

quando, na verdade, a busca ativa é uma atividade para identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas, visando à descoberta dos casos de bacilíferos e assim evitar o retardo no diagnóstico da tuberculose⁽⁵⁾.

Tal entendimento do gerente G9 corroborou um estudo realizado em 2010 com apoiadores matriciais gestores de unidades integradas do município de João Pessoa. Ao analisar a discursividade dos gestores, concluiu-se que estes também confundiam a busca ativa de casos novos com o monitoramento terapêutico ou dos casos alusivos ao abandono de tratamento⁽¹⁹⁾. Enquanto profissional responsável pelas ações gerenciais para o controle da tuberculose no distrito, o G9 deveria conhecer o significado de busca ativa estabelecida pelo Programa de Controle da Tuberculose. Notam-se, no entanto, em seu discurso, sentidos contraditórios acerca das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o controle da tuberculose.

Outro ponto destacado como positivo ao TDO aborda o tratamento, o acompanhamento e o encerramento dos casos por cura, quando os gestores em seus discursos enunciam que:

[...] tinham uma dificuldade muito grande nessa conclusão e, a partir do TDO, eles estão conseguindo realmente ver mais resultados na conclusão desse acompanhamento. (G3)

A gente está aumentando a proporção de cura. (G14)

[...] e garantia do tratamento até o final. (G1)

O acompanhamento e encerramento dos casos de tuberculose por cura é um desafio constante da AB. Para se obter êxito no tratamento, os serviços de saúde devem buscar a “otimização e adequação dos recursos existentes às necessidades diversas dos indivíduos adoecidos pela tuberculose”⁽²⁰⁾.

Entre os fragmentos discursivos apresentados na FD2, como barreiras à operacionalização do TDO, o discurso do G5 aponta o “horário de funcionamento das unidades” como

uma dificuldade de acompanhamento, quando o usuário precisa sair para trabalhar antes de o agente comunitário de saúde chegar à sua residência para observar sua tomada do medicamento. Na opacidade do discurso, percebe-se que há problemas quanto ao acesso e à equidade na atenção aos doentes de tuberculose.

Garantir o acesso e a equidade ao doente de tuberculose significa atender para a localização da unidade onde se pretende dar atenção ao doente; escolher local de fácil acesso para a ingestão do medicamento próximo ao local de moradia e/ou em unidades próximas ao seu local de trabalho, sem detrimento do tempo e meios de transporte utilizados para o seu deslocamento e minimizando as dificuldades a serem enfrentadas pelo doente⁽⁵⁾.

Sob esse prisma, espera-se a redução ou eliminação das diferenças advindas de fatores considerados evitáveis e injustos, criando-se igual oportunidade em saúde e reduzindo-se as diferenças possíveis, isto é, permitindo uso oportuno e igualitário dos serviços pelos doentes de tuberculose⁽²¹⁾.

Sendo a Atenção Básica a porta de entrada para o SUS, e a estratégia do TDO inserida no âmbito da Estratégia Saúde da Família, torna-se fundamental a integralidade das ações de todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao usuário, para que o Programa de Controle da Tuberculose possa avançar com garantia da qualidade das ações. Essa ação, entretanto, não foi percebida nos discursos dos gestores:

Há alguns profissionais que resistem em aderir à política, né? (G2)

O envolvimento é mais complicado. A gente tem muita dificuldade; por exemplo, a adesão do dentista em relação a outras atividades de promoção que não seja específico da saúde bucal. (G5)

A responsabilização desses profissionais em cuidar de tais usuários durante o TDO se dá pela busca contínua da compreensão e resolução de suas demandas e necessidades no âmbito individual ou coletivo. É oportuno destacar que a gestão exerce um papel fundamental nesse processo, na produção do cuidado das pessoas sob sua responsabilidade. Em contrapartida, os gestores G8 e G17 anunciam que o acompanhamento desse usuário na unidade, em sua maioria, é feito pelo Enfermeiro ou pelo Agente Comunitário de Saúde.

Eu acho que quem está muito envolvido é a enfermeira e os agentes de saúde, que estão muito mais próximos assim. A gente vê que a enfermagem na saúde da família... ela tem uma ação muito efetiva. (G8)

Tem uma resistência muito grande, então acaba ficando mais a cargo do agente de saúde ou do enfermeiro. (G17)

Como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro tem papel relevante para a efetivação das ações de controle da tuberculose na medida em que gerencia as ações de controle e compreende a complexidade envolvida nesse processo⁽²²⁾, a exemplo da identificação de sintomáticos respiratórios,

diagnóstico, tratamento, desempenho na operacionalização do TDO, bem como apoio e cuidado à pessoa adoecida, à família e à comunidade⁽⁵⁾.

Outra questão relevante presente na FD2 concerne ao discurso do (G12), que identifica a questão da “burocratização” e acarreta fragilidade no processo de sensibilização dos profissionais na questão do TDO. Essa burocratização se reporta a instrumentos informativos, normativos e tradicionais usados pela gestão na saúde e que fazem parte do processo de trabalho da equipe de saúde. E, não diferentemente, nessa gestão municipal, os preenchimentos desses “papéis”, como ficha do agravo da doença, boletim de acompanhamento mensal, livro de acompanhamento dos casos de tuberculose, livro do Sintomático Respiratório, entre outros, também são realizados na maioria das vezes pelo enfermeiro da unidade.

Apesar de o gerente (G12) significar “a questão mais burocrática do papel” como uma barreira à implementação do TDO, faz-se necessário esclarecer que essas atividades fazem parte do protocolo para o controle da tuberculose, representando um sistema de registro e informação de acompanhamento dos casos para a avaliação do tratamento, o qual é identificado como um dos cinco componentes da estratégia DOTS.

A utilização dos preenchimentos desses *papéis* irá alimentar o sistema de notificação de dados. Logo, o significado apreendido por esse gestor sobre a utilização dessa ferramenta não deve ser compreendido apenas como mera atividade burocrática, mas como uma ferramenta que vai gerar dados que poderão ser utilizados por gestores e profissionais de saúde na rotina dos serviços para monitoramento e avaliação das ações, bem como para nortear a adoção de medidas a serem implementadas⁽²³⁾.

Portanto, percebe-se a necessidade de se reorganizar o processo de trabalho da equipe, sensibilizando-se todos no comprometimento do cuidado integral ao usuário com o conhecimento e adoção de ações efetivas constituintes da estratégia DOTS. Para tal fim, serão necessários investimentos através da Política de Educação Permanente⁽²⁴⁾, tanto para a qualificação profissional dos trabalhadores da área quanto para a mudança das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS (descentralização político-administrativa, igualdade e integralidade da atenção à saúde, participação da comunidade, universalidade do acesso aos serviços de saúde, entre outros).

Ainda na análise discursiva, constatamos como barreira à operacionalização do TDO questões de ordem social e econômica envolvendo usuário com tuberculose, presente no discurso de G8 sobre a associação da doença com

[...] a questão das drogas e [...] problemas sociais e econômicos. (G8)

Essa associação traz à tona vestígios indicando que a tuberculose é fortemente influenciada pela determinação social e que tem relação direta com a pobreza e a exclusão social. Tais problemas, conseqüentemente, favorecem a não adesão desses doentes à terapêutica oferecida, tornando-se pacientes crônicos, tanto da doença quanto do serviço⁽²⁵⁾.

Tal afirmação sobre o uso das drogas é evidenciada no Plano Municipal de Saúde de João Pessoa quando mostra que, a partir do ano de 2008, foi observado um aumento no número de casos novos de tuberculose, associados ao alcoolismo, evidenciando-se um tipo de situação que compromete a eficácia do tratamento⁽²⁶⁾. Sabe-se que algumas equipes de saúde do município enfrentam esse problema das drogas com mais frequência e, em se tratando de usuários acometidos pela tuberculose, a adesão e continuidade do TDO se tornam ainda mais desafiadoras, pois, tanto do ponto de vista da integração dos serviços de saúde quanto do cuidado à saúde individual, há fragilidades que concorrem para o abandono do tratamento, conforme sugere GD8.

Outro sentido identificado como barreira ao TDO diz respeito ao benefício alimentar não fornecido regularmente pela unidade. Tal sentido aponta que, na memória discursiva do G3, a associação da “alimentação... para fornecer aos usuários” irá garantir o sucesso da transferência de política do TDO, significando que esse gestor tem uma visão reducionista do TDO; revela para ele que a estratégia do benefício alimentar pode estar vinculada à pobreza, e não ao controle da tuberculose, como na verdade se propõe tal estratégia.

É mister compreender que a importância da oferta de benefícios no TDO concorre para a continuação do tratamento, para a criação de vínculo e também para tornar o doente de tuberculose um participante ativo e autônomo do seu próprio tratamento, uma vez que tende a permanecer alerta para o término do medicamento, o que implica o recebimento de uma nova cesta básica. É preciso salientar, entretanto, que se faz necessário o incentivo. Mas apenas este não basta. É importante, além do benefício, assegurar qualidade de vida às pessoas doentes, para que não prevaleçam ações assistencialistas em detrimento de políticas e ações intersetoriais que fundamentam a concepção da promoção da saúde e do cuidado integral⁽²⁷⁾. É, portanto, necessário que os gestores atribuam sentidos ao benefício alimentar, dentro do TDO, que venham significar uma preocupação voltada verdadeiramente ao controle da tuberculose, e não como a solução para problemas sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do discurso dos gestores distritais, o estudo evidenciou que o processo de transferência de política do TDO para o controle da tuberculose em João Pessoa se apresenta como um dos desafios, necessitando ser reconduzido e inovado pela gestão da saúde no município. Identificaram-se fragilidades na condução e organização das ações em relação ao DOTS e, mais especificamente, para o TDO. O estudo revelou também que o desconhecimento desses gestores acerca dessa temática, a qual é considerada pelo Ministério da Saúde como prioritária para o controle da tuberculose, traz implicações diretas para a gestão do cuidado ao doente.

Nas condições de produção, sob as quais contextualizamos as análises na perspectiva da análise de discurso, foram encontrados silenciamentos e contradições a respeito do conhecimento sobre a tuberculose e o Programa de Controle

da Tuberculose e das estratégias empregadas no processo de transferência de política do TDO. Em síntese, faz-se necessário que a gestão trace planos estratégicos para repensar as práticas de cuidado e assim reorganizar toda a rede de atenção

ao usuário com a qualificação dos profissionais através da Política de Educação Permanente, de modo que possam efetivamente contribuir para a adesão do usuário no combate a tuberculose.

REFERÊNCIAS

- Dolowitz D. A Policy-maker's guide to Policy Transfer. The Political Quarterly Publishing Co. Ltd; 2003.
- Turgeon J, Gagnon F, Michaud M, Tremblay S. Policy Health Transfer and Health Impact Assessment. Series Transfer of knowledge. Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé. Canada; 2008.
- Bissell K, Lee K, Freeman R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2011[cited 2014 Aug 10];15(9):1140-8. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtdl/2011/00000015/00000009/art00003?token=005a1adc818c18294b67232d45232b6d247a7b422c6b792876703568293c6c567e504f58762f463888a5725f04>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: (DF): Ministério da Saúde; 2011.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulação complementar. Brasília: (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- Sá LD, Andrade MN, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo TMRM, Queiroga RPF. [Implementation of the DOTS strategy in the control of TB in Paraíba: between the political commitment and the involvement of the teams of the family health program (1999-2004)]. *Ciênc saúde colet* [Internet]. 2011[cited 2014 Aug 23];16(9):3917-394. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a28v16n9.pdf>
- Palha PF, Villa TCS. [Decentralization as a guiding principle for the reorganization and implementation of the Unified Health System's principles]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2003[cited 2014 Aug 18];37(3):19-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/03.pdf> Portuguese.
- Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. [Strengthening primary health care: a strategy to maximize coordination of care]. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011[cited 2014 Aug 22];29(2):84-5. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf> Portuguese.
- Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A, Protti ST, Silva, LMC, Weiller TH et al. Tratamento diretamente observado (DOT): sustentabilidade no controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo, 1998-2004. In: Villa TCS, Ruffino Netto A. Tuberculose: pesquisas operacionais. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2009. p.194-206.
- Gazeta CE, Vendramini SHF, Ruffino Netto A, Oliveira MRC, Villa TCS. Descriptive study of the implementation and impact of the directly observed treatment, short-course strategy in the São José do Rio Preto municipal tuberculosis control program (1998-2003). *J Bras Pneumol* [Internet]. 2007[cited 2014 Aug 22];33(2):192-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n2/en_11.pdf
- Nedjat S, Majdzadeh R, Gholami J, Nedjat S, Maleki K, Qorbani M, Shokoohi S, Ashoorkhani M. Knowledge transfer in Tehran University of Medical Sciences: an academic example of a developing country. *Implement Science* [Internet]. 2008[cited 2014 Aug 27];3(39):1-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2538542/pdf/1748-5908-3-39.pdf>
- Freeman R. Policy transfer in the health. University of Edinburgh. Scotland; 1999.
- Freeman R. Public health in translation. University of Edinburgh. Scotland; 2002.
- Pêcheux M. Analyse automatique du discours. Paris: Dunod; 1969.
- Pêcheux M. O discurso: estrutura ou acontecimento. Tradução: Orlandi EP. 5ª ed. São Paulo: Pontes; 2008.
- Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 8ª. ed. São Paulo: Pontes; 2009.
- Grabois V. Gestão do Cuidado In Baptista TWF. Qualificação de gestores do SUS [Internet]. 2011[cited 2014 Aug 27];1(1):153-90. Available from: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf
- Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Souza FBA, Nogueira JA, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. *Rev Rene* [Internet]. 2012[cited 2014 Aug 20];13(3):572-81. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/724>
- Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011[cited 2014 Jul 25];19(4):994-02. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/19.pdf>
- Viana ALD, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspec [Internet]. 2003[cited 2014 Jul 20];17(1):58-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a06.pdf>
- Barrêto AJR, Evangelista ALF, Sá LD, Almeida SA, Nogueira JA, Lopes AMC. [Care management for tuberculosis: from education to the nurse practice]. *Rev Bras Enferm* [Internet].

- 2013[cited 2014 Jul 09];66(6):847-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/06.pdf>
23. Nogueira JA, Sá LD, França UM, Almeida AS, Lima DS, Figueiredo TMRM, et al. The information system and tuberculosis control on priority cities of Paraíba - Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009[cited 2014 Jul 09];43(1):119-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_16.pdf.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: (DF): Ministério da Saúde; 2007.
25. Schenker M. O desafio da drogadicção na sociedade contemporânea. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010[cited 2014 Jul 09];15(3):618-19. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/en_v15n3a01.pdf
26. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Plano Municipal de Saúde - 2010-2013. Resolução CMS/JP nº. 16, de 21 de dezembro de 2010. João Pessoa: (PB): Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
27. Sá LD, Santos ARBN, Oliveira AAV, Nogueira JÁ, Tavares LM, Villa TCS. Providing health care to women with tuberculosis: the family focus perspective. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Jul 12];21(2):409-17. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a20v21n2.pdf
-