

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA CAROLINA SCARPEL MONCAIO

**Práticas Discursivas dos Gestores sobre a Transferência de Política do
Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose – Manaus (AM)**

Ribeirão Preto

2014

ANA CAROLINA SCARPEL MONCAIO

**Práticas Discursivas dos Gestores sobre a Transferência de Política do
Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose – Manaus (AM)**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDOS E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Moncaio, Ana Carolina Scarpel

Práticas discursivas dos gestores sobre a transferência de política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose – Manaus (AM).
Ribeirão Preto, 2014.

136p. : il. ,

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Tuberculose. 2. Terapia Diretamente Observada. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Discursos.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MONCAIO, ANA CAROLINA SCARPEL

Práticas Discursivas dos Gestores sobre a Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose – Manaus (AM)

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em 12/01/2015

Banca Examinadora

Prof. Dr.: Pedro Fredemir Palha_____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP USP)_____

Profa. Dra.: Ana Maria de Almeida_____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP USP)_____

Profa. Dra.: Carmen Silvia Gabriel_____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP USP)_____

Profa. Dra.: Káren Mendes Jorge de Souza_____

Instituição: Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)_____

Profa. Dra.: Rosely Moralez de Figueiredo_____

Instituição: Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)_____

Homenagem Especial

Mãe... Ao finalizar essa caminhada, tenho a plena certeza que somente obtive êxito porque tive você ao meu lado, em todos os aspectos da minha vida. Nosso núcleo familiar é a prova de que juntos conseguimos mais... Deus não poderia dar-me presente melhor: tê-la como minha mãe...

*Reveste-se de força e dignidade;
sorri diante do futuro. Fala com sabedoria
e ensina com amor. Cuida dos negócios de sua casa
e não dá lugar à preguiça. Seus filhos se levantam e a elogiam;
seu marido também a elogia, dizendo: "Muitas mulheres são exemplares,
mas você a todas supera". A beleza é enganosa,
e a formosura é passageira;
mas a mulher que teme o Senhor
será elogiada.*

Provérbios 31:25-30

Dedicatória

*Dedico esse trabalho à base fundamental de minha vida, minha amada família,
À minha mãe, Emília; meu pai Ley; e, à minha irmã, Tatiane e à pequena Cecília.*

*O meu mais profundo agradecimento por tudo... Pelo modelo de força e garra, de
resistência em nunca desistir diante das dificuldades, amizade, amor, companheirismo,
valores, educação, enfim, ao nosso núcleo familiar! Se hoje estou aqui é porque tive
vocês ao meu lado! Também deixo um aperto no focinho da Hanna!*

Ao Leandro,

*Por tornar meus dias mais doces e me ensinar a ter “juízo”! Agradeço por escolher
caminhar ao meu lado, compartilhar conhecimentos, alegrias, pelo carinho e cuidado
para comigo e pela sobrenatural paciência... Sei o quanto sou difícil, mas por você eu
tento repaginar a minha melhor versão!*

Agradecimento Especial

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha,

Foram tantos aprendizados, tantas experiências compartilhadas... Foram anos de intensa alegria (e muito trabalho) regados pelo meu temperamento apimentado. Agradeço a oportunidade de poder seguir ao seu lado e tê-lo como um modelo a me guiar. Sua infinita paciência “na lapidação desta pedrinha” me faz crer que saio hoje com a certeza de que em levo muito de si para o meu futuro profissional e para minha vida pessoal. Como já disse anteriormente, nada na vida é por acaso... Conhecer você foi sem dúvida alguma, algo previamente traçado! Muito obrigada por tudo!

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, por nunca me desamparar e por permanecer ao meu lado em toda a minha caminhada. Por abrir as mais difíceis portas e fazer das lutas, grandes conquistas.

Aos meus familiares, em especial à minha irmã Tatiane, ao meu cunhado Antônio e à amada Cecília; tia Dorotéia, tio Pacheco e ao primo José Pedro, pela torcida em mais esta conquista!

Ao amigo mais que especial, Altair Seabra de Farias e à sua família. Agradeço a amizade verdadeira e a oportunidade de inserção e apropriação do cenário de Manaus. Que possamos permanecer juntos em grandes parcerias futuras!

Também agradeço as amigas que carinhosamente me acolheram e ficaram na retaguarda de todo o processo das entrevistas em Manaus: Amélia Nunes Sicsu, Adriany da Rocha Pimentão e Patrícia da Silva Magalhães.

Ao mestre Jair dos Santos Pinheiro, por me receber em Manaus com sua infindável amizade e competência e aos Gestores de Manaus, os quais prontamente me acolheram no período da pesquisa.

Aos coordenadores do GEOTB, Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa e Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto, a todos os amigos do grupo GEOTB (amigos que já passaram e aos presentes), em especial à Jaqueline (minha grande parceira nessa caminhada), Fernando, Mônica, Profa. Roxana, Rafaella, Rogério, Catiúcia, Luciana, Elisângela, Rianne, Laís, Káren e Cassiara. À Profa. Dra. Filomena Elaine Paiva Assolini e a todos do GEPALLE. Obrigada pelo convívio, apoio, conforto nos momentos difíceis e alegrias vivenciadas ao longo deste percurso!

À Profa. Dra. Ana Maria de Almeida, pelo carinho com que me acolheu maternalmente nos aspectos pessoais e profissionais.

A todos os docentes da FERP que contribuíram com a minha formação e atuação profissional, em especial à Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho, Profa. Dra. Toyoko Saeki e Profa. Dra. Denise de Andrade, e também a todos os funcionários da FERP.

À toda equipe do PROFAPS - MS, em especial à diretoria da FIERP referente ao mandato 2010 a 2013, professores doutores Pedro Fredemir Pálha, Carmen Sílvia Gabriel e Marta Angélica Iossi Silva.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento da pesquisa.

À minha ex-orientadora, Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo (UFSCar), por me introduzir na pesquisa e por fechar mais um ciclo ao meu lado.

Ao Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues pela supervisão em meu período no exterior, aos docentes e funcionários da Escola Superior de Enfermagem em Coimbra, à equipe da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento do doutorado sanduíche.

À Professora Doutora Ana Luísa Santos do Departamento de Ciências da Vida, da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, a qual prontamente me recebeu carinhosamente em seu gabinete

para o compartilhamento de experiências e estabelecimento de parceira nas pesquisas em tuberculose em Portugal.

Ao Wagner Afonso, que carinhosamente me acolheu em sua residência nos momentos finais de minha tese,

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram e estiveram ao meu lado na realização desta etapa.

RESUMO

MONCAIO, A.C.S. **Práticas Discursivas dos Gestores sobre a Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose – Manaus (AM)**. 2014. 136f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

A tuberculose se constitui historicamente como um dos grandes desafios para os serviços de saúde. A política pública do Tratamento Diretamente Observado objetiva o fortalecimento da adesão do doente ao tratamento e requer que a gestão em saúde se responsabilize no desenvolvimento e implantação da mesma, junto à organização dos serviços de saúde. Este estudo teve como objetivo analisar a discursividade dos gestores de saúde na transferência de política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose no município de Manaus/AM. Pesquisa qualitativa no campo analítico da Análise de Discurso de linha francesa. Participaram oito gestores de saúde que atuavam como integrantes de equipes gestoras. As entrevistas transcritas foram organizadas com uso do software Atlas.ti versão 6.0. Após leitura minuciosa do material empírico procedeu-se a análise por meio da base conceitual da Análise de Discurso onde procurou-se compreender os processos polissêmicos, parafrásticos e metafóricos, além da interdiscursividade dos gestores, os quais possibilitaram a identificação de três blocos discursivos: atenção à saúde na tuberculose; multiculturalidade do cenário na atenção à tuberculose; e, sentidos da transferência de políticas. Nos discursos dos gestores evidenciam-se elementos constitutivos da atenção à saúde na tuberculose, da multiculturalidade do cenário na atenção à doença e na transferência de políticas do Tratamento Diretamente Observado, os quais estão ancorados em movimentos discursivos promissores para novas formas de organização dos serviços de saúde; novas composições e desafios na gestão em saúde; na adoção da transferência de políticas enquanto políticas de Estado; e, discursos que movimentam e se assentam em formações ideológicas. Conclui-se que o atual momento vivenciado pelo cenário sugere benefícios quanto a real incorporação da política do TDO em Manaus/AM.

Palavras chaves: Tuberculose, Terapia Diretamente Observada, Atenção Primária à Saúde, Discursos.

ABSTRACT

MONCAIO, A.C.S. **Discursive practices of managers about the policy transfer of Directly Observed Therapy of tuberculosis – Manaus (AM)**. 2014. 136p. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Tuberculosis constitute, historically, in one of the big challenges to health services. The public policy of Directly Observed Therapy aims to improve patient adherence to treatment and requires that health management became responsible for the development and implementation of them, together with the organization of health services. This study had the goal to analyze the discourse of health managers in policy transfer of Directly Observed Therapy in Manaus/AM. Qualitative research in the analytical field of French Discourse Analysis framework. Eighth health managers, who worked as management teams members, participate of the study. The interviews were transcribed and then organized using Atlas. TI 6.0. After carefully reading of the empirical data, the analyze was performed through conceptual base in Discourse Analysis, when there was sought to comprehend the process of polysemy, paraphrase and metaphor, besides of health manager's interdiscursivity, which enable the identification of three discursive blocks: attention to health in tuberculosis; multiculturalism in tuberculosis' attention setting; and, senses of policy transfer. In the discourses of health managers, it were evident the constitutive elements of health attention in tuberculosis, of the multiculturalism at the setting of disease attention and policies transfer of Directly Observed Therapy, which are anchored in promissory discourses movements to new ways of health services organization; new compositions and challenges in health management; in the adoption of policies transfer as State Policies; and discourses that moves and solidify in ideological formations. Concluding that the actual setting suggests benefices regarding the real incorporation of Directly Observed Therapy policies in Manaus/AM.

Keywords: Tuberculosis, Directly Observed Therapy, Primary Health Care, Addresses.

RESUMÉN

MONCAIO, A.C.S. **Prácticas Discursivas de los Gestores acerca de la Transferencia de Política del Tratamiento Directamente Observado de la Tuberculosis – Manaos (AM)**. 2014. 136h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La tuberculosis se constituye históricamente como uno de los grandes desafíos para los servicios de salud. La política pública de Tratamiento Directamente Observado tiene como objetivo el fortalecimiento de la adhesión del enfermo al tratamiento y requiere que la gestión en salud se responsabilice en el desarrollo e implantación de la misma, junto a la organización de los servicios de salud. Este estudio tuvo como objetivo analizar la discursividad de los gestores de salud en la transferencia de política del Tratamiento Directamente Observado de la tuberculosis en la Provincia de Manos/AM. Pesquisa cualitativa en el campo analítico del Análisis de Discurso de línea francesa. Participaron ocho gestores de salud que actuaban como integrantes de equipos gestoras. La encuestas transcritas fueron organizadas con el uso del software Atlas.ti versión 6.0. Tras lectura minuciosa del material empírico se procedió el análisis a través de la base conceptual de Análisis del Discurso donde se buscó comprender los procesos polisémicos, parafrásticos, y metafóricos, además de la interdiscursividad de los gestores, los cuales posibilitaron la identificación de tres bloques: atención a la salud en la tuberculosis; multiculturalidad del escenario en la atención a la tuberculosis; y, sentidos de la transferencia de política. En los discursos de los gestores se evidencian elementos constitutivos de la atención a la salud en la tuberculosis, de la multiculturalidad del escenario en la atención a la enfermedad y en la transferencia de políticas del Tratamiento Directamente Observado, los cuales están basados en movimientos discursivos promisoros para nuevas maneras de organización de los servicios de salud; nuevas composiciones y desafíos en la gestión en salud; en la adopción de la transferencia de políticas cuanto políticas de Estado; y, discursos que se mueven y se basan en formaciones ideológicas. Se concluye que el actual momento vivenciado por el escenario sugiere beneficios cuanto a la real incorporación de la política en TDO en Manaos/AM.

Palabras-clave: Tuberculosis, Terapia por Observación Directa, Atención Primaria de Salud, Discursos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Mapa do Município de Manaus e seus Distritos Sanitários.....	54
Figura 2.	Mapa dos Distritos Sanitários urbanos do município de Manaus.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Cruzamentos realizados na base de dados LILACS.....	35
Quadro 2.	Cruzamentos realizados na base de dados PubMed.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Acre
AD	Análise do Discurso
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Amazonas
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIAS	Centro de Investigação em Antropologia e Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CSE	Centro de Saúde Escola
CREPS	Centro Regional Especializado em Pneumologia Sanitária
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment-short course</i>
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESEnfC	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
GEPALLE	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Alfabetização, Leitura e

	Letramento
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDH-M	índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ILTB	Infecção Latente por Tuberculose
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MA	Maranhão
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pará
PACS	Programa de Agente Comunitário em Saúde
PAVS	Programação Pactuada e Integrada
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PE	Pernambuco
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	<i>Purified Protein Derivative</i>
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PQA-VS	Programa de Qualidade e Acesso às Ações de Vigilância em Saúde
Prog-VS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RO	Rondônia
RS	Rio Grande do Sul
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TDO	Tratamento Diretamente Observado

TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Transferência de Política
UBS	Unidade Básica de Saúde
UC	Universidade de Coimbra
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UICISA:E	Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
UR	Unidade de Referência
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	21
2. DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO	25
2.1. A tuberculose	25
2.2. Transferência de políticas	31
2.3. Justificativa: A Tuberculose no Amazonas.....	34
3. BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICA	41
4. OBJETIVO	51
4.1. Objetivo Geral	51
4.2. Objetivos Específicos.....	51
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	53
5.1. Tipo de estudo	53
5.2. Cenário de Estudo	53
5.3. Participantes do estudo.....	59
5.4. Condições de produção dos dados empíricos	60
5.5. Roteiro para geração dos dados empíricos.....	62
5.6. Organização dos dados empíricos.....	62
5.7. Dispositivo de análise	63
5.8. Aspectos éticos	66
6. ANÁLISES E DISCUSSÃO	68
6.1. Condições de produção	68
6.2. Blocos discursivos.....	71
6.2.1. Atenção à saúde na tuberculose: a discursividade dos gestores no modelo sanitário	71
6.2.2. Multiculturalidade do cenário na atenção à tuberculose: os sentidos circulantes.....	86
6.2.3. Transferência de políticas: a subjetividade na prática discursiva	94

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
8. REFERÊNCIAS	112
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA GERAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS DOS COORDENADORES DA ATENÇÃO À TUBERCULOSE	128
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA GERAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS DOS SECRETÁRIO MUNICIPAL/ESTADUAL DE SAÚDE	130
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP USP	135
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO COEP SEMSA DE MANAUS	136

APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

O interesse por este estudo surgiu ao longo de uma série de aproximações desenvolvidas na minha formação acadêmica na graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), pós-graduação na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), assim como na atuação profissional, dada à experiência enquanto docente no ensino superior em uma instituição privada e do trabalho na monitoria em saúde junto à EERP.

Inicialmente, na graduação desenvolvi o trabalho de conclusão de curso denominado “Caracterização do Tratamento Supervisionado para Tuberculose (TB) no Município de São Carlos - SP”. Este foi apresentado no 15º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo, o qual oportunizou contato com pesquisadores do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da EERP.

Ainda na temática da TB, na especialização em Enfermagem do Trabalho pela FAMERP dei continuidade na monografia “Tuberculose Ocupacional: Revisão Integrativa”.

A carreira profissional me aproximou de uma das minhas paixões: a área acadêmica. Ingressei como docente em uma instituição particular de ensino superior no interior do Estado de São Paulo e pude constatar que há muito que se fazer na formação dos graduandos de enfermagem no que tange a temática da TB.

Diante deste panorama, busquei na temática das doenças infecciosas a continuidade dos estudos e desenvolvimento de pesquisas, estabelecendo contato prévio com um dos docentes da referida temática e ingressando assim no mestrado na EERP, no ano de 2009.

No segundo semestre de 2008, participei do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino, junto à disciplina “Integralidade do Cuidado em Saúde II”, atuando no Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP. Nesta disciplina pude me aproximar do sistema de saúde local e dos diferentes níveis de atenção à saúde, sob a perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS), consoante com os princípios de acessibilidade, longitudinalidade,

integralidade, equidade, participação da comunidade e coordenação e, ainda, um maior envolvimento com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT).

No início do ano de 2009, fui contratada pela EERP para atuar como Monitora em Saúde na Atenção Básica, e passei a desenvolver as atividades de supervisão junto aos alunos da graduação em enfermagem nos diferentes cenários da Saúde Pública, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e CSE-FMRP-USP. Esta atuação permitiu a aproximação com os serviços, oportunizando assim uma estreita relação com os gestores de saúde; proporcionando ainda a análise da organização e gestão do sistema de saúde tendo a APS como eixo de reorganização da atenção, considerando as políticas de saúde e os grupos prioritários por elas definidos.

A oportunidade de participar do GEOTB, participando das reuniões e apresentando aula do método de investigação da Revisão Integrativa, possibilitou uma maior imersão nessa temática, TB e gestão. A inserção no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Alfabetização, Leitura e Letramento (GEPALLE) permitiu um novo olhar nas investigações qualitativas, por meio da Análise do Discurso (AD) de matriz francesa.

Após minha aprovação no doutorado, pude desenvolver com maior propriedade os estudos com o apoio das disciplinas temáticas e metodológicas cursadas e, contribuir de forma efetiva com a construção do projeto temático “Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado (TDO) em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”, financiado pelo CNPq.

Pude estreitar laços com uma das regiões brasileiras mais problemáticas no que tange ao controle da TB na região Norte, Manaus, no estado do Amazonas (AM). Entrevistar os gestores de saúde de Manaus culmina com o fechamento de mais uma etapa, a apresentação dessa tese desenvolvida com muito afinho e motivação.

Tive o imenso prazer, de poder cursar o período de doutorado sanduíche na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Portugal, com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o qual permitiu avançar na construção do conhecimento da área do projeto de pesquisa, na medida em que, o interesse pela temática suscitou a adequabilidade do mesmo ao cenário de Portugal, sendo aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da ESEnfC, e

realizado coleta de dados com os coordenadores do Programa Nacional de Tuberculose do país. A Administração Regional de Saúde da Região Centro (com sede em Coimbra) autorizou o desenvolvimento da pesquisa nos serviços de saúde, tidos como referência para o controle da TB, assim como o acesso aos dados epidemiológicos da doença no país.

Oportunizou também o acompanhamento do serviço do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Coimbra, na supervisão das consultas médicas e de enfermagem, atuando na atenção aos pacientes de TB.

A aproximação com pesquisadores do Departamento de Ciências da Vida, no Centro de Investigação em Antropologia e Saúde (CIAS), da Universidade de Coimbra (UC), possibilitou novos contatos na área da pesquisa em TB e, culminou com o convite de ministrar a Conferência “considerações sobre a TB no estado do Amazonas, Brasil”.

Diante do exposto, busquei dentre as principais motivações para o desenvolvimento desta pesquisa a necessidade de compreender a transferência de política do TDO da TB pela discursividade dos gestores, especificamente em Manaus (AM), importante cenário no que tange a epidemiologia da doença.

INTRODUÇÃO

2. DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1. A tuberculose

Há exatos 132 anos, uma bactéria patogênica era então descoberta por um patologista alemão chamado Heinrich Hermann Robert Koch, mais conhecido como Robert Koch. Definida desde os meados do século passado como a causadora da “Peste Branca”, a TB historicamente constituiu-se num dos principais conjuntos desafiadores da ordem social, inerente ao contexto das revoluções burguesas (ALMEIDA, 1995).

Com o surgimento da antibioticoterapia descoberta na década de 40, acreditou-se que a TB estava prestes a ser extinta. Entretanto, algumas questões relacionadas à doença, ligadas à gestão, à assistência ou até mesmo no que tange a idiosincrasia dos pacientes, fez com que a mesma se perpetuasse e o controle ficasse aquém do esperado, refletindo assim, a postura dos serviços de saúde, dos profissionais da área e do aparelho formador dos recursos humanos, descrevendo esse fato como uma falha científica, médica e política, o que caracteriza a TB como um problema presente e persistente durante todo o decorrer da história humana (RUFFINO-NETTO, 2002; HIJJAR et al., 2007; BRUNELLO et al., 2009).

Dada a sua historicidade, a TB ainda hoje se caracteriza como um dos grandes desafios para os serviços de saúde. A doença é tida como controlada, considerada no imaginário como uma “doença do passado” e fortemente marcada pela exclusão, pelas desigualdades sociais, pelas condições de moradia, restrição do acesso ao diagnóstico, além de possuir condições imunológicas individuais, a exemplo da coinfeção com o vírus do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (RUFFINO-NETTO, 2002; BARREIRA, 2011).

Por maior que seja o enfoque no tratamento, muitas são as disparidades (regionais e nacionais) que ocorrem desde o início da descoberta da doença (sintomas e diagnóstico) até a finalização do caso. O tratamento completo é indispensável para o controle da TB, sendo este monitorado e registrado nas bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), além da

necessária reorganização do sistema de saúde, visando resultados em termos de diagnóstico precoce, tratamento padronizado, oferta gratuita de medicamentos e encerramento dos casos por alta/cura (BARRETO et al., 2011).

Com quase 200 milhões de habitantes e uma das dez maiores economias globais, muitas diferenças regionais são marcantes no território brasileiro no que diz respeito aos dados epidemiológicos da doença. Apesar de apresentar redução nos índices de mortalidade, a incidência da TB não apresenta diminuição similar, alocando uma proporção considerável de recursos da saúde para gastos com doenças infecciosas (BARRETO et al., 2011).

No que concerne à distribuição da doença entre os Estados, observa-se os coeficientes de incidência elevados entre importantes cenários epidemiológicos estaduais: Amazonas e Rio de Janeiro (70,6/100.000 hab. e 61,7/100.000 hab., respectivamente). As capitais de maior incidência são Cuiabá (MT), Belém (PA), Recife (PE), Porto Alegre (RS), Manaus (AM), Rio de Janeiro (RJ), Porto Velho (RO), Salvador (BA), Rio Branco (AC), Fortaleza (CE) e São Luís (MA), sendo que estes apresentam índices maiores que a média por capitais brasileiras (55,5/100.000 hab.) (BRASIL, 2014).

Historicamente, alguns momentos são importantes no que tange ao controle da doença, entre eles, o ano de 1993, onde a TB foi decretada pela *World Health Organization* (WHO) como uma emergência mundial, e dessa forma, a estratégia *Directly Observed Treatment-short course* (DOTS) foi adotada como resposta global para o controle da doença. No contexto brasileiro, em 1996, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, recomendando a implantação da estratégia DOTS. Entretanto, este foi formalmente oficializado apenas três anos depois, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), e continua sendo uma das prioridades para que o país atinja a meta de curar, no mínimo, 85% das pessoas acometidas pela doença, diminuindo a taxa de abandono a menos de 5%, proporcionando assim, um efetivo controle da doença no país (BRASIL, 2011a).

A estratégia DOTS é entendida como um conjunto de práticas que se ancoram em cinco componentes: compromisso político para o fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros; elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico por meio de exames bacteriológicos de qualidade; fornecimento e gestão eficaz do medicamento; sistema de monitoramento e

avaliação ágeis que permitam a análise dos casos, desde sua notificação até seu encerramento, e tratamento padronizado com supervisão da ingesta medicamentosa (BRASIL, 2010a).

Este último, TDO, é um elemento chave desta estratégia, que visa o fortalecimento da adesão do doente ao tratamento e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo assim os casos de abandono, mortalidade e aumentando a probabilidade de cura (BRASIL, 2011b). Consiste na ingesta diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob a supervisão de um profissional de saúde (enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem ou agente comunitário). São ainda consideradas quatro modalidades de supervisão: domiciliar; na unidade de saúde; sistema prisional; e, modalidade compartilhada (quando o doente recebe a consulta médica numa dada Unidade de Saúde, contudo faz o TDO em outra mais próxima do domicílio ou trabalho). As unidades de saúde podem identificar líderes comunitários ou responsáveis familiares que auxiliem nessa supervisão (DIMECH, 2010; BRASIL, 2011b).

O controle da TB é considerado como uma prioridade brasileira, e, dessa forma, o MS priorizou indicadores da TB, vinculados às pactuações da Vigilância, os quais incluem o Pacto pela Vida e a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), e as pactuações da Atenção à Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde, todas vinculadas à legislação vigente no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011c).

Com a instituição do SUS por meio da Constituição Federal de 1988, seus princípios e diretrizes foram regulamentados após dois anos, por meio das leis orgânicas de saúde (número 8.080 e 8.142), onde a descentralização, uma forma de organização do sistema de saúde, faz com que cada esfera de governo seja a única responsável pela sua direção (SCATENA; TANAKA, 2000). Desse modo, as ações de vigilância, controle e prevenção estão voltadas à descentralização das ações para a APS, caracterizando assim, uma estratégia para o controle da TB (BRASIL 2011a). Assim, o Ministério da Saúde (MS) empreende que as ações de controle da TB podem ser executadas tanto nos serviços básicos [Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e Unidades Básicas de Saúde (UBS)], como nos serviços especializados [Unidades de Referência (UR)], conferindo assim, a responsabilidade das ações desde o diagnóstico à cura (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, os municípios passam a responder pela gestão da APS, com o propósito de privilegiar este nível de atenção como porta de entrada aos serviços de saúde, enfatizando uma proposta de modelo universal e igualitário centrado no acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, representando assim, novos desafios para a prática gerencial no nível municipal no atendimento às necessidades da população (SOUZA; STEIN, 2008; VILLA et al., 2006).

Em termos legais, o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, e traz novas disposições sobre a organização do SUS, o planejamento em saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa, entre outras. O mesmo acaba por definir elementos para o bom desempenho do SUS diante das esferas organizativas, tais como Região de Saúde, Porta de Entrada, Comissões Intergestoras, Mapa da Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto, Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica e, por fim, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) (BRASIL, 2011d).

Este último tem como inovador o fato de se tratar de um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos e traz como objetivo organizar e integrar as ações e os serviços de saúde, na responsabilização frente a uma região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011d).

O COAP desponta como novo elemento institucionalizante necessário para atender a atual realidade social e política do país, pensando mais especificamente nas ações de controle da TB. Entretanto, o mesmo ainda não foi efetivado em muitos estados da Federação (BRASIL, 2014).

Além do COAP, indicadores sobre a TB foram inseridos na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (Prog-VS), no Programa de Qualidade e Acesso às Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e algumas questões que contemplam a TB no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Com isso, espera-se que esses instrumentos ampliem a capacidade de resposta das três esferas de gestão do SUS para ações de vigilância e controle da TB (BRASIL, 2014).

O processo de descentralização da gestão diante das ações de controle da doença para os serviços da APS compreende um significativo avanço, contudo, vem impondo vários desafios como o de articular as ações entre os diversos níveis

técnico-administrativo-gerenciais do sistema de saúde. Os riscos desse processo para as ações de controle da TB são significativos, especialmente porque esta pode resultar em diluição de responsabilidades, falta de compromisso, baixa qualidade ou falta de apoio laboratorial, fragmentação de regimes de tratamento e programas, maiores dificuldades para realizar o TDO, bem como a falta de relatórios e de informação de resultados adquiridos (FRIEDEN; DRIVER, 2003).

Nesse sentido, ações de controle da TB com foco no conceito ampliado de saúde requerem que a gestão de sistemas e serviços esteja ancorada numa articulação entre setores (intersetorialidade), com uma visão sistêmica e ampliada das necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas, ou seja, incrementar a articulação de políticas intersetoriais para redução da pobreza e desenvolvimento social e econômico (GRABOIS; FERREIRA, 2009).

O processo de implementação do TDO, no contexto municipal, requer essa articulação e negociação entre os gestores de saúde, coordenadores do PCT nas esferas subnacionais, coordenadores estaduais, regionais e municipais e, demais secretários intersetoriais vinculados aos serviços de saúde com a finalidade de que a transferência dessa política seja compreendida em relação aos seus objetivos, para propiciar um melhor controle da doença. Sendo assim, é importante que se analise o modo como se dá essa negociação entre os gestores e como isso tem repercutido no contexto municipal, a partir das singularidades loco regionais.

Para o alcance das metas propostas, o planejamento das ações na gestão requer a participação dos profissionais das esferas Federal, Estadual e Municipal do SUS, de forma integrada e articulada, nas discussões e decisões sobre as políticas a serem implementadas, especificamente no que tange às ações de controle da TB, dentre as quais se encontra a política do TDO. Essa participação também deve envolver a sociedade civil organizada e a academia, sendo estes fundamentais no apoio e avaliação das ações implementadas (OLIVEIRA; NATAL; CHRISPIM, 2010).

Retoma-se nesse momento, o detalhamento de um cenário impactante no panorama da TB no Brasil. O Estado do Amazonas (AM) caracteriza a TB como uma doença endêmica e, de acordo com os dados do SINAN, o coeficiente estadual de incidência superou a média brasileira entre os anos de 1995 e 2004, apresentando uma distribuição geográfica desigual (LEVINO; OLIVEIRA, 2007).

Manaus, a capital deste, concentra 54% da população do Estado e 68% dos casos notificados de TB (MARREIRO et al., 2009; BRASIL, 2013). Os dados de

2013 apontam um coeficiente de incidência de 93,3 por 100.000 hab. Em sua historicidade com a TB, Manaus teve por várias décadas, o atendimento dos casos da doença de forma centralizada no Centro Regional Especializado em Pneumologia Sanitária (CREPS), popularmente conhecida como “Policlínica Cardoso Fontes”, UR estadual para o controle da TB. O processo de descentralização teve início na década de 90.

Entretanto, de acordo com Marreiro et al. (2009), nos dados contabilizados até o final do ano de 2002, somente 385 (4%) casos haviam sido notificados por UBS do Município de um total de 9.628 notificações existentes no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), ou seja, somente a partir de 2003 que se observou uma maior participação dessas unidades na notificação de casos de TB que, em sua maioria, vinham transferidos da UR. Dessa forma passaram a ser encaminhados para continuidade do tratamento nas UBS e encerrados por transferência nas unidades de origem (MARREIRO et al., 2009; GARRIDO et al., 2012).

Em 2006, criam-se quatro Distritos Sanitários de Saúde na área urbana, e a consequente descentralização para às UBS se amplia. Entretanto, pelo menos 50% dos casos novos ainda eram notificados pelo CREPS até 2008. Um dos problemas enfrentados era que, embora a UBS recebesse e acompanhasse o tratamento dos casos transferidos, registrando-os no livro de registro de casos (livro preto), elas não realizaram a notificação por transferência na maior parte dos casos (GARRIDO et al., 2012).

Estudos ressaltam que no decorrer da fase de transição da descentralização para a AB, aparentemente, não houve preparo técnico suficiente para as ações de vigilância epidemiológica, principalmente no que se refere à notificação e encerramento dos casos. Os problemas levantados foram o desconhecimento da necessidade de notificar os casos recebidos, erros de preenchimento nas notificações e subnotificação. Tais falhas indicaram a necessidade de aprimoramento das ações executadas e a adoção de medidas de controle de impacto, como a implantação do TDO em toda a APS e a intensificação da busca ativa de casos na comunidade (VASCONCELOS et al., 2011; BRAGA et al., 2012; GARRIDO et al., 2012).

Compreender o processo de transferência da política (TP), especificamente do TDO, implica identificar as particularidades de cada cenário brasileiro no que

tange a adequação à realidade em cada município. Assim, diante desse importante cenário, nos compete compreender o processo de transferência da política do TDO nas ações de controle da TB em Manaus (AM). Esta pesquisa traz como justificativa o aprofundamento dos conhecimentos e a compreensão do processo de transferência da política do TDO na gestão, o qual pode contribuir para o planejamento, organização, monitoramento e avaliação do TDO em Manaus.

2.2. Transferência de Políticas

Diante da importância epidemiológica do cenário em estudo, propomos nesse trabalho compreender o processo da TP do TDO entre as diferentes instâncias de governo, especificamente por meio da discursividade dos coordenadores e gestores de saúde do município de Manaus (AM).

Notoriamente, a TP vem adquirindo grande importância para a análise das políticas públicas em diversos contextos, sendo explorada tanto no contexto internacional, quanto nacional (DOLOWITZ; MARSH, 1996). De acordo com Evans (2010), o conceito de *policy transfer*, ou mesmo a sua aplicação, não são recentes. Um exemplo disso se dá no ano 315 A.C., quando Aristóteles aconselhou os cidadãos a se engajarem a partir de experiências positivas e negativas no desenvolvimento das cidades Estado, no que tange a “*lesson-drawing*”, o qual trataremos como uma lição a ser apreendida, ou seja, a partir da supremacia de uma determinada cidade Estado, adaptações poderiam ser feitas para a obtenção do sucesso em outras. Na atualidade, o processo de TP tem sido sistemático no campo de políticas públicas. Este é justificado em função das mudanças nas estruturas institucionais e políticas econômicas globais como um resultado ou resposta a vários processos de globalização (EVANS, 2010).

Essas mudanças estruturais tem originado uma série de problemas ao nível organizacional, tais como: contenção de custos; pressões organizacionais; a necessidade de coordenação eficaz dos sistemas de políticas entre os setores e níveis de governo; e, aumento das expectativas de serviços públicos devido à difusão da gestão da qualidade. Uma possibilidade na TP pode ser descrita diante da ausência de conhecimentos necessários dos decisores políticos nas cidades e/ou

governos, fazendo com que os mesmos “olhem” para outros governos ou organizações não governamentais para o encontro de "respostas" (EVANS, 2010).

Diante da complexidade da formulação de políticas públicas, a tomada de decisão e a prática baseada em evidências tem se tornado uma escolha racional para os decisores políticos (EVANS, 2010). Assim, em revisão de literatura realizada, diferentes formas de TP têm sido encontradas, tais como *bandwagoning* (IKENBERRY, 1990), a *policy convergence*, ou política de convergência (BENNETT, 1991), *diffusion*, ou difusão (MAJONE, 1991), *emulation*, ou emulação (HOWLETT, 2000), *policy learning*, ou política de aprendizagem (MAY, 1992), *social learning*, ou aprendizagem social (HALL, 1993) e, *lesson-drawing*, como uma lição a ser apreendida (ROSE, 2005).

A TP agrega a transferência de conhecimentos sobre instituições, políticas ou sistemas de transmissão de um setor ou nível de governança para outro nível e em diferentes países (EVANS, 2010). Ela pode ser aceita sob a forma voluntária, entendendo-se que diante de alguma insatisfação, falência de estratégias ou problema, ela é incorporada naturalmente. Nessa modalidade de transferência, os sujeitos buscam por novas soluções ou mesmo adequações da política existente que melhor se adeque a real situação (DOLOWITZ; MARSH, 1996). Ela também pode ser aceita diante da coerção (a adoção de uma política na forma coerciva) (DOLOWITZ; MARSH, 1996). Nela, os sujeitos são forçados a incorporar uma determinada ação, independentemente das respectivas preferências pessoais.

A análise da TP está embasada nos processos de pré-decisão dos sujeitos que moldam as políticas, na transferência e valorização da gestão de programas, na implementação da política e as possíveis causas de fracasso da mesma, e, nas questões envolvidas na pesquisa e no estudo das mudanças da política. Dessa forma, a TP se ocupa em uma ou mais das três áreas de estudo: na descrição de como essa política é feita, na descrição de como ela ocorre, e, na prescrição de como a TP deve ser feita (EVANS, 2010). Assim, a TP considera as circunstâncias que possam trazer a transferência e o escopo das dimensões do processo da mesma.

Alguns elementos influenciam o processo de TP, os quais podemos citar o contexto político, econômico, social e/ou cultural; os recursos financeiros disponíveis, além dos recursos humanos, materiais e técnicos; a escolha do canal de comunicação e a análise de que os diferentes sujeitos envolvidos na TP poderão

assimilar a informação de formas diversificadas, validar o conhecimento adquirido e utilizá-lo nas suas ações de forma inovadora. Desse modo, três dimensões se constituem como importantes elementos de análise da TP: informação, conhecimento e inovação (BISSEL; LEE; FREEMAN, 2011).

A TP pode ainda ser classificada de acordo com o modo de apreensão, ou seja, pode-se encontrar a transferência “integral ou cópia”, a qual ocorre na transferência direta de uma política ou programa de forma completa; a “emulação”, quando envolve a transferência de ideias e princípios gerais de programas e/ou de políticas; “*mixtures*”, a qual consiste na combinação de diferentes ideias a serem desenvolvidas e, “inspiração”, ou seja, na promoção um movimento para novos pensamentos e procedimentos, que inspirem a mudança de política, sem a necessidade de semelhança entre a política inicial e a resultante (DOLOWITZ; MARSH, 1996).

O presente estudo propôs-se a investigar a TP do TDO, enquanto uma política de saúde que pode ser transferida por meio de suas dimensões, ou seja, na utilização da informação, na apropriação do conhecimento, e na gestão de uma inovação a ser incorporada. De acordo com Dolowitz e Marsh (1996), a TP pode ocorrer a partir de adaptações de políticas já implementadas, de modo a não obrigar a adoção como um todo, mas adaptando a mesma no contexto e/ou cenário local.

A organização do TDO na dimensão da micropolítica, ou seja, no contexto municipal onde ocorre a assistência ao doente, configura-se de duas maneiras, na centralização do tratamento em ambulatórios de referência, ou de forma descentralizada, a qual compreende a composição de uma equipe generalista, que inclui ESF, UBS e o PACS. Especificamente em Manaus (AM), o TDO é descentralizado, e acaba por refletir as negociações e/ou acordos entre os coordenadores das diferentes esferas políticas e públicas relacionadas à TB, e, também reflete no encadeamento da interação desses atores com os profissionais e com os doentes.

Diante das dimensões da TP, informação, conhecimento e inovação, algumas questões foram pensadas, tomadas com o foco inicial por meio de uma revisão de literatura, a qual embasou a construção de um roteiro de entrevista, visando o entendimento da TP do TDO.

Na dimensão Informação, as seguintes questões foram pensadas e relacionadas aos objetivos deste estudo: como as informações do TDO vêm sendo

discutidas? Como a coordenação municipal do Programa de Controle da Tuberculose tem se organizado quanto às discussões com a equipe de saúde sobre implantação do TDO? Como se dá a interação da equipe de saúde com a coordenação municipal para a implantação do TDO?

Na dimensão Conhecimento, foram pensadas as seguintes questões: como as diretrizes do TDO vêm sendo discutidas? O que você conhece sobre a transferência de políticas do TDO? Qual a sua experiência transferência de políticas do TDO?

Já na dimensão Inovação, as seguintes questões foram levadas em consideração: que estratégias inovadoras foram ou estão sendo implementadas para a adoção do TDO? Existem ações intersetoriais para a manutenção do TDO?

Tais processos de transferências podem ser facilitados ou inibidos por alguns fatores, que incluem a complexidade política, os efeitos de interação, o comportamento dos sujeitos, as restrições institucionais, as restrições na execução e, por fim, a linguagem. Para o presente estudo, pretendeu-se identificar e compreender os fatores que potencializaram ou inibiram a TP do TDO por meio dos discursos dos gestores, partindo do contexto político e decisório para o contexto municipal da atenção à saúde, e o quão esta reflete na assistência prestada aos doentes de TB (DOLOWITZ; MARSH, 1996).

2.3. Justificativa: A Tuberculose no Amazonas

Com a finalidade de identificar estudos que tratassem da temática da TB em Manaus (AM), é que se optou por investigar por meio de uma Revisão de literatura estudos voltados à TP do TDO da TB neste importante cenário epidemiológico.

A seleção dos artigos foi realizada na base de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde) e PubMed, importantes bases de dados de acesso público, utilizando os seguintes descritores controlados via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Tuberculose, Tuberculose Pulmonar, Terapia Diretamente Observada e, Atenção Primária à Saúde. Utilizou-se também os descritores do MeSH (*Medical Subject Headings*) específicos para a PubMed, *Pulmonary Tuberculosis*, *Tuberculosis*,

Primary Health Care, Directly Observed Therapy e Brazil. As palavras-chave Manaus, Amazonas e TP (assim como o seu correspondente em inglês, *policy transfer*) foram incluídas nas duas bases em combinação com os descritores com o intuito de abarcar ainda mais a epidemiologia da TB para o cenário de estudo. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em inglês, espanhol ou português e que contemplassem a temática desta revisão. Foram excluídas publicações secundárias, estudos moleculares e genéticos do *M. tuberculosis*, estudos de cunho diagnóstico, estudos sobre TB multirresistente e pesquisas que não tinham o enfoque principal na temática da TB.

Na base de dados LILACS, após a realização dos cruzamentos dos descritores com o uso dos operadores booleanos (*and* e *or*), totalizaram-se 100 estudos, dentre os quais, após emprego dos critérios de exclusão, finalizou-se a amostra com cinco trabalhos, todos publicados no idioma português (Quadro 1).

Quadro 1 – Cruzamentos realizados na base de dados LILACS.

Cruzamentos	Encontrados
Tuberculose <i>or</i> Tuberculose Pulmonar <i>and</i> Manaus	12
Tuberculose <i>or</i> Tuberculose Pulmonar <i>and</i> Amazonas	88
Tuberculose <i>or</i> Tuberculose Pulmonar <i>and</i> Manaus <i>and</i> Terapia Diretamente Observada	0
Tuberculose <i>or</i> Tuberculose Pulmonar <i>and</i> Manaus <i>and</i> Atenção Primária à Saúde	0
Tuberculose <i>or</i> Tuberculose Pulmonar <i>and</i> Amazonas <i>and</i> Terapia Diretamente Observada	0
Tuberculose <i>or</i> Tuberculose Pulmonar <i>and</i> Amazonas <i>and</i> Manaus <i>and</i> Terapia Diretamente Observada <i>and</i> Transferência de Política	0
Tuberculose <i>or</i> Tuberculose Pulmonar <i>and</i> Amazonas <i>and</i> Atenção Primária à Saúde	0
Tuberculose <i>or</i> Tuberculose Pulmonar <i>and</i> Manaus <i>and</i> Terapia Diretamente Observada <i>and</i> Atenção Primária à Saúde <i>and</i> Brasil	0
Tuberculose <i>or</i> Tuberculose Pulmonar <i>and</i> Amazonas <i>and</i> Terapia Diretamente Observada <i>and</i> Atenção Primária à Saúde <i>and</i> Brasil	0

Fonte: Autoria própria.

Na base de dados PubMed, a busca foi realizada apenas com o uso do operador booleano *and*, pois ao se utilizar os cruzamentos à semelhança da base anterior, os resultados não eram passíveis de análise pelo “n” resultante. Optou-se por fazer buscas mais individualizadas, as quais resultaram 109 artigos, que após emprego dos critérios de exclusão, finalizou-se com nove estudos (Quadro 2).

Quadro 2 – Cruzamentos realizados na base de dados PubMed.

Cruzamentos na Base PubMed	Encontrados
<i>Tuberculosis and Manaus</i>	42
<i>Pulmonary Tuberculosis and Manaus</i>	13
<i>Tuberculosis and Amazonas</i>	35
<i>Pulmonary Tuberculosis and Amazonas</i>	14
<i>Tuberculosis and Manaus and Directly Observed Therapy</i>	1
<i>Pulmonary Tuberculosis and Manaus and Directly Observed Therapy</i>	0
<i>Tuberculosis and Manaus and Primary Health Care</i>	0
<i>Pulmonary Tuberculosis and Manaus and Primary Health Care</i>	0
<i>Tuberculosis and Amazonas and Directly Observed Therapy</i>	2
<i>Pulmonary Tuberculosis and Amazonas and Directly Observed Therapy</i>	1
<i>Tuberculosis and Amazonas and Primary Health Care</i>	1
<i>Pulmonary Tuberculosis and Amazonas and Primary Health Care</i>	0
<i>Tuberculosis and Manaus and Directly Observed Therapy and Primary Health Care and Brazil</i>	0
<i>Pulmonary Tuberculosis and Manaus and Directly Observed Therapy and Primary Health Care and Brazil</i>	0
<i>Tuberculosis and Pulmonary Tuberculosis and Manaus and Amazonas and Directly Observed Therapy and Primary Health Care and Brazil and Policy transfer</i>	0
<i>Tuberculosis and Amazonas and Directly Observed Therapy and Primary Health Care and Brazil</i>	0
<i>Pulmonary Tuberculosis and Amazonas and Directly Observed Therapy and Primary Health Care and Brazil</i>	0

Fonte: Autoria própria.

Da amostra final, ou seja, 14 artigos, cinco abordavam a TB na população indígena. Os estudos trouxeram a importância epidemiológica dos municípios do interior do Estado do AM. Em todos os trabalhos, o município de São Gabriel da Cachoeira foi utilizado como cenário, o qual possui elevado contingente indígena. O mesmo situa-se na região do Alto Rio Negro (noroeste amazônico), próximo às fronteiras com a Venezuela e Colômbia, tendo mais de 50% da sua população na área rural. Verificaram que a TB nessa população obteve taxas elevadas. Pela dificuldade de acesso a essas populações, algumas lacunas permanecem no que tange ao conhecimento dos resultados dos tratamentos instituídos, às características operacionais do controle da doença, aos fatores associados à infecção latente por tuberculose (ILTb) e aos aspectos culturais relativos à doença. Os autores relataram algumas fragilidades no que tange a incidência anual da TB nessa região, pois os dados podem estar incompletos, sejam eles pela ausência de busca ativa de

Sintomáticos Respiratórios (SR) nas aldeias, a estimada população da região e, ainda, parte da população indígena pode buscar atendimento de saúde nos serviços da Colômbia (BUCHILLET; GAZIN, 1998; LEVINO; OLIVEIRA, 2007; MACHADO FILHO, 2008; GAVA et al., 2013; RIOS et al., 2013)..

De acordo com os autores, a magnitude da TB em indígenas no AM deve ser organizada, no que tange a dinâmica e a capacidade diagnóstica dos serviços, e que para o controle da TB é necessário intensificar a vigilância dos contatos e aperfeiçoar as estratégias de comunicação das equipes com a população indígena. Reportaram que se faz necessário criar estratégias adequadas às características étnicas e culturais da população indígena, como também estruturar as condições logísticas locais, visando aumentar a rapidez e a qualidade dos diagnósticos, reforçar a adesão aos tratamentos, contribuindo para a melhoria das condições de vida dessas populações e conseqüentemente, o controle da TB nos indígenas (BUCHILLET; GAZIN, 1998; LEVINO; OLIVEIRA, 2007; MACHADO FILHO, 2008; GAVA et al., 2013; RIOS et al., 2013)..

Três estudos comparavam a situação da doença no Estado do AM e em outras regiões brasileiras, dentre as quais o Rio Grande do Sul (RS), Ceará (CE) e Bahia (BA). O Estado do AM, em função das condições socioeconômicas e de infraestrutura apontou a manutenção da endemia da TB. Os autores relataram aumento da desigualdade da distribuição de renda na maioria dos municípios dos Estados em associação com a falta de uma adequada política social e habitacional, além do desemprego e migração descontrolada, os quais contribuem para o surgimento de áreas vulneráveis à TB. Também evidenciaram que a distância entre o paciente e os serviços de saúde pode influenciar o abandono do tratamento, nos cenários em questão. Outro ponto em destaque foi a limitação da obtenção de dados nos registros dos pacientes, o que revela a necessidade de se enfatizar a importância da geração de informações de qualidade para a melhoria da vigilância epidemiológica, e conseqüentemente, para o controle da TB (VASCONCELOS et al., 2011; BRAGA et al., 2012; SANT'ANNA et al., 2013).

Outro estudo enfocou a temática em regiões de fronteiras do AM com a Colômbia, Peru e Venezuela (BELO et al., 2013). Os autores mostraram que uma característica importante nas regiões de fronteira, tais como a mobilidade de pessoas pelos países vizinhos (livre circulação de pessoas incluindo as populações indígenas), diferenças na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, e demais

problemas (tráfico de armas, drogas, conflitos armados e prostituição) criam um cenário favorável à disseminação de agravos à saúde, dentre eles a TB.

Objetivando avaliar a qualidade da vigilância epidemiológica da TB no Brasil, Braga (2007) por meio de uma abordagem ecológica analisou dados as características e a qualidade da vigilância da TB nos municípios brasileiros, em particular nos prioritários, no período de 2001 a 2003. Observou-se que o AM apresentou a menor frequência de municípios com baixa carga de doença e boa vigilância, ou seja, há necessidade de estratégias de controle da TB em áreas não priorizadas, como o aperfeiçoamento das ações de vigilância.

Marreiro et al. (2009), estudaram a situação de encerramento dos casos de TB em Manaus, no período de 2003 a 2004, após o processo de descentralização das ações de controle da doença, por meio de um estudo retrospectivo e descritivo. Analisaram 2.958 notificações registradas no SINAN e 1.533 casos inscritos nos livros de registro de casos de TB das UBS do Município, os quais não haviam sido notificados, totalizando 4.491 casos estudados.

Visando identificar os fatores sociais e ambientais associados à internação de pacientes com TB, Oliveira e Gonçalves (2013) por meio de um estudo analítico e epidemiológico transversal, analisaram fatores individuais sobre a internação desses pacientes no ano de 2010 de acordo com a condição de soropositividade para o HIV, nos hospitais de referência na cidade de Manaus. Os dados evidenciaram que as ações de controle da TB devem ser ampliadas na APS, onde se reconhece a importância da luta contra a doença a todos os cuidados de saúde no âmbito do SUS.

Em um estudo observacional, Garrido et al. (2012) analisou os determinantes do abandono do tratamento da TB no AM visando contribuir para o planejamento de intervenções para o controle da doença. Por meio do SINAN, utilizou-se uma coorte retrospectiva dos casos de 2005 a 2010. Os autores levantaram que os fatores a serem considerados para o abandono são: TB anterior, HIV, alcoolismo, comorbidades, ausência de TDO e baixo nível de escolaridade. Concluem que tais fatores devam ser considerados na assistência e na formulação de políticas da TB, combatendo a resistência às drogas.

Gonçalves, Leon e Penna (2009), avaliaram a associação entre as taxas de incidência de TB e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). De acordo com os achados, com exceção das taxas de cura, todas as variáveis apresentaram

associação significativa com a TB. O termo de interação entre Aids e renda baixa é significativo e modifica o efeito da incidência de TB. A interação entre renda e Aids, e a importante contribuição das regiões metropolitanas na distribuição da TB, distribui-se heterogeneamente nas grandes regiões do país.

Acerca de todos os artigos utilizados nessa discussão, infere-se que algumas particularidades no que tange ao cenário Amazônico requerem maior reflexão. Um ponto a ser considerado “são as divergências existentes entre as explicações provenientes da medicina tradicional indígena e os conceitos de transmissibilidade da TB centrados no modelo biomédico”. No estudo realizado por Rios et al. (2013) observou-se que em 42,7% dos tratamentos para a TB houve o relato da utilização de plantas medicinais e/ou raízes, pajelança/xamanismo e reza. Essa multiculturalidade mostra-se presente no sistema de saúde atual e suscita questões de adequabilidade pelo mesmo (BELO et al., 2013).

Verificou-se com essa revisão de literatura que todos os trabalhos encontrados, atentam para a importância do controle da TB de forma a considerar as especificidades da região norte do país, sejam elas pela presença dos indígenas, regiões de fronteira ou mesmo da dificuldade de inserção dessas populações no sistema de saúde público. Nenhum artigo voltado à temática da TP do TDO no controle da TB foi encontrado, o que evidencia o caráter inovador dessa proposta. Infere-se que o discurso dos gestores de saúde em diferentes esferas, pode ser investigado com o intuito de se avançar na metodologia qualitativa, mais especificamente na análise de discurso (AD), uma vez que esta volta seus objetivos à realização da reflexão e da apreensão dos significados. Esta será vista com maior detalhamento na seção seguinte.

Portanto, entende-se que analisar a TP do TDO, especificamente pela discursividade dos gestores de saúde, se faz necessário, visto que essa política vem sendo efetivada no contexto municipal, merecendo um aprofundamento de como tem sido conduzida em razão da sua importância para o controle da TB no que se refere à diminuição do abandono, redução da mortalidade e elevação das taxas de cura, propostas estas alinhadas as diretrizes do PNCT.

Desta forma, a questão que norteia este estudo é: como os gestores significam a TP do TDO no município de Manaus (AM)?

BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICA

3. BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICA

Diante do exposto é notória a importância dos fatores associados à TP do TDO neste importante cenário epidemiológico, os quais resultem em melhores condições para sua plena efetivação. Visando investigar a discursividade dos gestores é que se optou pelos postulados teórico-metodológicos da AD. Esta surge ao pesquisador como fruto de inquietações, do que está dito e não-dito. Trabalha a multidisciplinaridade e se propõe a conversar, não se colocando no lugar do outro, mas no atravessamento da linguagem.

Historicamente, a AD emerge da elaboração teórica de Michel Pêcheux na década de 1960, sendo que o lançamento do livro “Análise Automática do Discurso” em 1969 representa a fundação dessa disciplina. Inicialmente, a AD caracterizou-se por inúmeros deslocamentos, mudanças e revisões em seus principais conceitos. Esse período ficou conhecido como a década da contestação, pelo qual a França (assim como, o mundo todo) vivia um período de intensas transformações políticas (CARNEIRO, 2007).

Três épocas são sintetizadas por Pêcheux, as quais são denominadas AD1, AD2 e AD3. Não há um delineamento preciso em termos cronológicos dessas épocas, entretanto, essas idas e vindas no que tange a elaboração e reelaboração de conceitos constituem o aparato teórico-metodológico da AD (FERNANDES, 2008). Pêcheux, em suas obras, se defronta com questionamentos e reavaliações, o qual denota um movimento natural reflexivo, não estando fixo às ideias postas, mas mantendo uma postura crítica passível de reflexão (PÊCHEUX, 2009).

A AD se sustenta pela relação de três domínios disciplinares: o *Materialismo histórico* (adentrando a concepção teórica de ideologia); a *Linguística* (com a noção da não transparência da linguagem, mas da materialidade do significante); e, a *Psicanálise* (com o deslocamento da noção de homem para a posição de sujeito) (ORLANDI, 2010). Em outras palavras, a AD utiliza “uma Teoria da História para explicar os fenômenos das formações sociais; uma Teoria da Linguística para explicar os processos de enunciação; e uma Teoria do Sujeito para explicar a subjetividade e a relação do sujeito com o simbólico” (CARNEIRO, 2007).

O discurso, objeto de estudo da AD, não tem fronteiras definidas. De acordo com Carneiro (2007), ele é tridimensional, ou seja, faz uma intersecção do

linguístico, do histórico e do ideológico. Nessa perspectiva, a AD não faz a separação de forma e conteúdo, mas procura compreender a língua como estrutura e acontecimento. Com base nesses dois aspectos, a forma material é vista “como o acontecimento do significante (língua) em um sujeito afetado pela história” (ORLANDI, 2010, p. 19).

Nesse contexto, a AD não se constitui como um simples campo de estudo, mas como um instrumento de luta política, o qual objetivava “desmascarar as verdades construídas”. Numa atitude revolucionária, a AD permite “conhecer a produção, a circulação e a recepção dos discursos”, relacionando um acontecimento discursivo às condições históricas, econômicas e políticas (CARNEIRO, 2007).

Na convergência desses três domínios do conhecimento (materialismo histórico, linguística e psicanálise), a AD constitui um novo objeto: o discurso. Este é definido como “efeito de sentidos entre locutores”, rompendo a noção elementar do esquema das teorias comunicacionais: o *emissor* transmitindo uma *mensagem* ao *receptor*, a qual é formulada em um código em relação ao contexto, ou seja, o *referente* (ORLANDI, 2010, p. 21; LITTLEJOHN, 1982). Desse modo, quando as palavras são pronunciadas, nos referimos a aspectos sociais e ideológicos impregnados (CARNEIRO, 2007).

O sentido é designado como “um efeito de direção e de tensão mais ou menos conhecível”, produzido pela prática discursiva (FONTANILLE, 2011, p. 31). A semiótica organiza e torna esse sentido inteligível, onde após essa organização resulta o que chamamos de significação. A soma da significação é designada de significância, ou seja, “a globalidade dos efeitos de sentidos em um conjunto estruturado” (FONTANILLE, 2011, p. 32). A semiótica do discurso leva o analista a considerar que a “significação global, a do discurso, rege a significação local, a significação das unidades que o compõe” (FONTANILLE, 2011, p. 33). Atualmente, uma corrente de pesquisadores aceita o termo significação de uma forma genérica, o qual engloba o termo significância, por entender que o “local” determina o “global”, sem qualquer hierarquia dos termos.

Seguindo essa corrente atual, são duas as dimensões da significação: a das unidades da língua e a do discurso. A primeira, mais convencional, liga o sentido das unidades da língua e sua expressão morfológica ou lexical, correspondendo à semiótica. A segunda equivale à significação das enunciações, definidas por instâncias de discurso. Entretanto, tais definições não foram assumidas pelos

linguistas, os quais utilizam “a denominação semântico ao estudo dos conteúdos em si” e, “a denominação semiótico ao estudo dos processos significantes em geral” (FONTANILLE, 2011, p. 33).

Os signos, por meio do método semiótico, são compostos por duas faces, ou seja, o significado e o significante. De acordo com Saussure, “o signo não é a união de uma coisa e um nome, mas união de um conceito e uma imagem acústica (ou impressão psíquica do som)” (GARCIA-ROZA, 2009, p. 184). Dois são os princípios referentes aos signos linguísticos: a arbitrariedade e a linearidade. Por arbitrariedade entendemos que não há razões para que um significante (som) esteja associado a um significado (conceito), o que explica o fato de que cada língua usa significantes (som) diferentes para um mesmo significado (conceito). A linearidade traz que os componentes que integram um determinado signo se apresentem um após o outro, tanto na fala como na escrita (GARCIA-ROZA, 2009; FONTANILLE, 2011).

Desse modo, o discurso não é a mera transmissão da linguagem, mas necessita desta para ter existência material. As posições que os sujeitos ocupam enquanto pronunciam suas palavras desvelam lugares socioideológicos assumidos, ou seja, os sentidos são produzidos de acordo com cada lugar ocupado. Assim, a AD rompe com a visão estrita da linguística e abre novos horizontes à compreensão das inter-relações da linguagem com a história e com a psicanálise. O sujeito do discurso em AD é interpelado pela língua, ou seja, ele se torna sujeito pela linguagem (FERNANDES, 2008).

O discurso implica uma exterioridade à língua. Nesse sentido, ele necessita ser apreendido na esfera social, compreendendo dessa maneira, os aspectos ideológicos e históricos existentes nos discursos. Assim, de acordo com Fernandes (2008, p. 08), para a AD, o que importa são os sujeitos inseridos “em uma conjuntura social, tomado em um lugar social, histórica e ideologicamente marcado, um sujeito que não é homogêneo, e sim heterogêneo, constituído por um conjunto de diferentes vozes”, que em nosso caso particular nos reporta aos gestores de saúde do município de Manaus.

Apresentamos nesse momento alguns conceitos fundamentais à AD, os quais mantêm uma relação de interdependência entre si (FERNANDES, 2008).

Os sentidos não estão soltos nas palavras. O conceito de sentido diz respeito ao efeito de sentidos entre os sujeitos no processo de enunciação, de forma que a

mensagem não se encerra, contestando a permanência do significado. Há todo um processo de relação com a exterioridade, sejam nas condições em que são produzidos os discursos e/ou na independência das intenções dos sujeitos (ORLANDI, 2010). A enunciação, outro conceito de fundamental importância, corresponde à posição ideológica no ato de enunciar (o lugar sócio-histórico e ideológico) (FERNANDES, 2008).

Analisar o discurso nos leva a interpretar os gestores: os sentidos são produzidos como parte integrante de suas atividades profissionais. Fernandes (2008), de uma forma muito sucinta, expõe que “a ideologia materializa-se no discurso, que por sua vez, é materializado pela linguagem em forma de texto” (FERNANDES, 2008, p. 15). Para tal fim, há de se considerar a ideologia, o contexto histórico e social, o qual nos leva a afirmar que o discurso não é fixo: ele se move e sofre transformações, sejam elas sociais, econômicas e/ou políticas (FERNANDES, 2008).

Ao considerarmos a interação entre as condições sócio-históricas e ideológicas à evidência dos sentidos nos discursos, nos deparamos com um conceito de extrema importância para a AD: as condições de produção. Estas compreendem a situação social e os sujeitos. De acordo com Pêcheux (2009, p. 27), “os indivíduos são interpelados em sujeitos falantes (em sujeitos de seu discurso) por formações discursivas que representam na linguagem as formações ideológicas que lhes são correspondentes”.

Orlandi (2010, p. 40) traz que as condições de produção envolvem o que é material (a língua, a qual está sujeita ao equívoco e a historicidade), o que é institucional (a formação social) e o que é imaginário. De forma sucinta, a autora ainda diz que “é, pois todo um jogo imaginário que preside a troca de palavras”.

Brandão (2012) refere que as condições de produção constituem a instância verbal de produção do discurso, ou seja, todo o processo que envolve o contexto sócio-histórico, os interlocutores, o lugar de onde falam, a imagem que fazem de si próprios, do outro e do referente. De acordo com a autora, foi Pêcheux no ano de 1969 quem fez a primeira definição, ainda que empírica, da noção de condições de produção.

Pêcheux o fez por meio da noção de um esquema informacional oriundo das teorias da comunicação, o qual mostrava o ganho de se colocar os protagonistas do discurso, assim como os referentes visando compreender as condições “históricas”

da produção de um discurso. Dessa forma, ele inaugura a noção de que tais sujeitos ocupam “lugares determinados na estrutura de uma formação social, lugares cujo feixe de traços objetivos característicos pode ser descrito pela sociologia” (BRANDÃO, 2012, p. 44).

Neste momento, outro conceito se faz presente diante das condições de produção: a ideologia. Esta é um efeito da relação do sujeito com a língua e com a historicidade para que haja sentido. A própria constituição dos sujeitos é um efeito ideológico elementar. De acordo com Orlandi (2010, p. 46), a ideologia é uma “condição para a constituição do sujeito e dos sentidos”. Ou seja, “o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia para que se produza o dizer”.

De acordo com o conceito marxista de ideologia, o mesmo aparece como uma falsa consciência, uma ilusão. (MINAYO, 2012). É por meio desta que os sujeitos constroem a lógica de identificação social e o imaginário, a qual objetiva fazer desaparecer o conflito e ocultar a dominação. O discurso ideológico utiliza-se da naturalização, na tentativa de justificar as desigualdades sociais ou de outros processos em curso na sociedade (CHAUÍ, 1985).

O homem necessita da realidade para significá-la, assim como a realidade necessita do homem para ser significada. Ou seja, de um lado, “o homem é dominado pelo mundo que se impõe a ele, mas, de outro, é pelos sistemas de representação que ele o apreende, sistemas que o próprio homem constrói e que dependem ao mesmo tempo de sua vivência” (CHARAUDEAU, 2013, p. 190).

Orlandi (2010) traz em sua obra, a afirmação de que um dos “pontos fortes” da AD é a re-significação da noção de ideologia tomando como partida a linguagem. A presença da ideologia é atestada pelo simples fato de não haver sentido sem interpretação. Assim, o homem diante de um objeto simbólico é levado a interpretar e a questionar “o que isto quer dizer”? O sentido já está presente como evidência, com a sensação de que ele sempre esteve lá em um momento de interpretação. O ato de interpretar se faz presente, mas ao mesmo tempo é negado, naturalizando o que é produzido na relação do histórico e do simbólico.

Nesse mecanismo ideológico, também chamado de apagamento da interpretação, há mudança das formas materiais em outras. Nesse deslocamento, ocorre o que chamamos de construção de transparências, em outras palavras, é como se a linguagem e a história não tivessem espessura e opacidade para “serem interpretadas por determinações históricas que se apresentam como imutáveis” ou

mesmo naturalizadas. A produção de evidências é o trabalho da ideologia. É colocar o homem na relação imaginária com as condições materiais de existência (ORLANDI, 2010, p. 46). Dessa forma, retomamos aqui que para produzir sentidos, o sujeito é afetado pela língua e pela história.

Na análise a partir do enfoque discursivo dos gestores em Manaus, a formação discursiva desses sujeitos nos remete à posição ideológica (na conjuntura sócio-histórica) que irá determinar o que pode e deve ser dito pelos mesmos. Uma formação discursiva, de acordo com Pêcheux (2014), identifica um domínio de saber e oculta (pela transparência de sentido presente) sua dependência com o interdiscurso das formações discursivas, emaranhado no complexo das formações ideológicas (CAZARIN, 2010). As palavras derivam seus sentidos das formações discursivas em que se inscrevem, representando de tal forma, as formações ideológicas. Assim, os sentidos são determinados ideologicamente. A formação discursiva não deve ser encarada no sentido de completude, mas ela se constrói como interpretação. Pode-se dizer que resulta da forma do olhar do analista, configurando-se como um princípio de organização metodológica (CAZARIN, 2010).

Uma formação discursiva não se constrói sozinha: ela vai se construindo com saberes de outros lugares. Buscou-se na literatura estudos de cunho qualitativo na perspectiva da AD, com referência à formação discursiva em saúde. Entretanto, a ausência destes, nos leva nesse momento a uma aproximação dessa construção. No caso em particular, as formações discursivas existem historicamente no interior das relações da sociedade, específicas dos gestores de saúde do município de Manaus (AM) e deriva de condições de produção, a partir das suas inserções na administração pública em saúde.

Dessa forma, essas formações discursivas englobam os processos de formulação, implementação, planejamento e administração das políticas, sistemas, serviços e práticas de saúde, incluindo ainda, a organização dos serviços de saúde, bem como a articulação das práticas de saúde de cunho individual e coletivo, em todos os níveis do sistema (federal, estadual, municipal e local) (BRASIL, 2011c). Nesse movimento entre as esferas, também nos remetemos à TP do TDO, objeto de estudo dessa investigação.

Dessa maneira, a formação discursiva identifica um domínio de saber e oculta a dependência com o interdiscurso das formações discursivas por meio da transparência de sentidos no emaranhado das formações ideológicas. São saberes

entrelaçados ligados à saúde, à política, à administração e, à gestão (PÊCHEUX, 2009; CAZARIN, 2010).

Nessa mesma linha, a memória discursiva não pode ser considerada uma esfera plana, ela se entrecruza pelos conflitos, polêmicas, deslocamentos e retomadas. Ela reestabelece os pré-construídos, os elementos citados e relatados, os discursos transversos caracterizando-se como um espaço móvel (CAZARIN, 2010; PÊCHEUX, 2009).

De acordo com Orlandi (2010, p. 43), “todo discurso se delinea na relação com outros: dizeres presentes e dizeres que se alojam na memória”. Dessa forma, os gestores mobilizam discursos determinados pelo já-dito, ou seja, é uma articulação de formações discursivas dominadas pelo interdiscurso, o qual se constitui como a memória (discursiva) afetada pelo esquecimento. Refere-se ao dizível, é “todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos” (ORLANDI, 2010, p. 33). As palavras ditas pelos gestores possuem sentido porque já faziam sentido. Em contrapartida, o intradiscurso é a materialidade da fala ou mesmo a própria formulação do texto: “é aquilo que estamos dizendo naquele momento dado, em condições dadas” (ORLANDI, 2010, p. 33). A autora ainda acrescenta que “todo dizer, na realidade, se encontra na confluência dos dois eixos”, ou seja, o da memória (na constituição do sentido) e o da atualidade (a formulação do que se está dizendo).

O interdiscurso corresponde alusivamente a um eixo vertical na constituição dos sentidos (os dizeres já ditos e esquecidos) e o intradiscurso como um eixo horizontal na formulação do que se está dizendo em uma dada situação e em um dado momento (ORLANDI, 2010).

Entende-se então, que os discursos dos gestores, são permeados por diferentes discursos que se negam e se contradizem. Encontra-se em suas vozes, outras diferentes que se originaram em diferentes discursos. Isso atesta a presença da polifonia e o dialogismo, assim como a presença de um sujeito descentrado, onde em suas palavras outras palavras são ditas. Nessa conjuntura, esse sujeito tem a ilusão de exercer o controle dos sentidos do que fala, de ser o centro do seu dizer. Acaba assim, por desconhecer que “a exterioridade está no interior do sujeito” e que presente em seu discurso há a exterioridade social (o *outro*). A isso, chamamos de viés psicanalítico (FERNANDES, 2008).

Esse viés acaba por revelar o inconsciente por meio da linguagem. Nesse momento, a psicanálise emerge com seu expoente em Freud, o qual traz em seus aportes teóricos a elaboração de um modelo de funcionamento mental. Em seus trabalhos, muito se observa o termo metapsicologia para o desígnio da teoria psicanalítica, principalmente em sua vertente inconsciente.

O referido autor indica a existência do inconsciente por meio dos fenômenos lacunares. Esses, por sua vez, escapam os sentidos produzindo esquecimentos, sejam pelos sonhos, atos falhos e parapraxias (GARCIA-ROZA, 2009; FREUD, 2005; LACAN, 1979). O inconsciente somente existe diante da existência do simbólico e, essa produção se dá a propósito do recalçamento. Não se objetiva nesse momento, o aprofundamento da teoria psicanalítica, mas o entendimento de um pilar fundamental, o qual se sustenta a AD.

Em 1900, Freud inicia sua metapsicologia com o estudo da formação dos sonhos, definindo o aparelho psíquico em três sistemas: o Ics. (Inconsciente), o Cs. (Consciente) e o Pcs. (Pré-consciente). O conceito de inconsciente é justificado pela necessidade de explicar atos psíquicos estranhos à consciência, que revelam um "Outro" dentro do indivíduo referindo-se ao desejo e sua manifestação pelo inconsciente em forma de linguagem, deixando implícito que é uma ruptura nas sequências de pensamentos conscientes. Em 1964, Lacan recupera essa noção de inconsciente freudiano, como uma lacuna. Refere que o inconsciente estruturado em forma de linguagem é aquilo que "manca" no discurso, que acaba aparecendo como ato falho, lapsos, chiste, e que afeta o sujeito, pois denuncia outra verdade não esperada. Ele é estruturado como linguagem e de que o desejo do homem é o desejo do Outro (GARCIA-ROZA, 2009; FREUD, 2005; LACAN, 1979; FERNANDES, 2008).

Pêcheux também discorre sobre esse sujeito descentrado, por meio dos esquecimentos. De acordo com o autor, duas formas de esquecimentos são encontradas no discurso, o número um e o número dois. O primeiro, também chamado de ideológico, é da iminência do inconsciente e resulta no quanto somos afetados pela ideologia. O sujeito é interpelado pela ideologia e possui um inconsciente em funcionamento. Ao esquecermos o inconsciente e a ideologia, percebemos as coisas como as vemos. Neste esquecimento, o sujeito tem a ilusão de ser a origem do seu dizer, mas na realidade, o mesmo retoma sentidos já existentes. O número dois pertence à ordem da enunciação, sendo também

designado como enunciativo. Neste, o sujeito passa por uma ilusão referencial que o faz pensar que o que foi dito só pode ser dito com aquelas palavras e não com outras. O sujeito, estrategista, esquece que não tem o domínio da palavra e também não possui o domínio do que o outro irá interpretar. Por meio desses esquecimentos, sujeitos e sentidos movimentam-se significando muitas maneiras (ORLANDI, 2010).

Não há como encerrar essa seção, sem citarmos o último conceito escolhido para esse tópico: o silenciamento. De acordo com Orlandi (2007, p. 13), o silêncio “é a respiração (o fôlego) da significação; um lugar de recuo necessário para que se possa significar, para que o sentido faça sentido”. Diz-se que o silêncio é fundador (ou ainda, fundante). As palavras são atravessadas de silêncio: produzem silêncio, o qual fala por elas e estas por sua vez, silenciam. O silêncio “é a garantia do movimento dos sentidos” (ORLANDI, 2007, p. 23).

O silêncio possibilita que o sujeito trabalhe sua contradição na relação de um ou múltiplos sentidos, seja por reduplicação ou deslocamento. Isso nos permite constatar que todo discurso sempre se remete a outro, conferindo-lhe o processo de significação. Há uma divisão de conceitos de silêncio: o fundador e a política do silêncio. O silêncio fundador representa o não-dito existente nas palavras e que abre espaço para um recuo para que produza condições de significar. A política do silêncio se subdivide em dois: o silêncio constitutivo e o local. O primeiro nos mostra que para dizer é preciso não-dizer. Já o segundo, se refere à censura, ou seja, o que é proibido dizer em determinadas condições (ORLANDI, 2007).

A língua produz sentidos, os quais são inacabados e múltiplos possibilitando sempre outras interpretações. Por dissipar e derivar os sentidos, muitas são as possibilidades de deslizamentos da língua (ORLANDI, 2007). Ou seja, a AD se apresenta como uma disciplina inacabada em um processo constante de produção. O analista deve ter a sensibilidade de não reduzir o discurso a aspectos linguísticos ou puramente ideológicos. Ele deve perceber as palavras fazendo sentido por meio de um sujeito constituído sócio-historicamente relacionando sujeitos e sentidos no lugar da interpretação. Dessa forma, a AD pode colaborar sobremaneira na análise dos sentidos dos discursos dos gestores, considerando a TP do TDO no município de Manaus.

OBJETIVO

4. OBJETIVO

4.1. Objetivo Geral

Analisar a discursividade dos gestores sobre a transferência de política do Tratamento Diretamente Observado em Manaus (AM).

4.2. Objetivos Específicos

1. Analisar as condições de produção nos discursos dos gestores envolvidos na transferência de política do Tratamento Diretamente Observado;
2. Analisar a produção de sentidos sobre a transferência de política do Tratamento Diretamente Observado para tuberculose.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1. Tipo de estudo

Estudo de natureza qualitativa, o qual se inseriu ao projeto multicêntrico temático “Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Edital 014/2011).

De acordo com Minayo (2012), nas pesquisas qualitativas o pesquisador frequentemente procura entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e conseqüentemente situa a sua interpretação do fenômeno em estudo. Dessa forma, o pesquisador busca estudar os sentidos produzidos na interpretação dos fenômenos, segundo o significado que é atribuído pelos sujeitos da pesquisa (POLIT; BECK, HUNGLER, 2011; TURATO, 2012).

Requer ainda a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com os pesquisadores e sujeitos da pesquisa, incorporando além do significado, a intencionalidade de aspectos inerentes aos atos às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (DENZIN; LINCOLN, 1994; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; MINAYO, 2012).

5.2. Cenário de Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Manaus (AM) prioritário para o controle da TB na região Norte do Brasil, contando com uma população de 1.982.179 habitantes, sendo que 99,5% da mesma residem em área urbana. Possui uma extensão territorial de 11.401 km², caracterizando dessa forma uma densidade demográfica de 159,06hab/km² e correspondendo a 54% da população do Estado

(BRASIL, 2013). Seu índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,774 apresenta-se um pouco acima da média nacional (0,766). Um fato muitas vezes desconhecido diz respeito à extensão territorial do município de Manaus, pois o mesmo possui uma extensa área rural, a qual é denominada de Distrito Sanitário Rural, e um grande contingente populacional na área urbana divididos em quatro Distritos Sanitários denominados de acordo com os pontos cardeais (leste, oeste, norte e sul) (ANDRADE FILHO et al., 2013) (Figura 1).

Figura 1 – Mapa do Município de Manaus e seus Distritos Sanitários.



Fonte: <http://semsa.manaus.am.gov.br/>. 2013.

O Estado do Amazonas concentra o maior número de indígenas no país, (168.680 indivíduos), de acordo com os dados do último censo nacional, sendo que o município de São Gabriel da Cachoeira (na fronteira com a Colômbia e a Venezuela) conta com o maior número de indígenas no Brasil. Diante dessa expressiva densidade populacional de indígenas e à alta mobilidade desses grupos não somente nas áreas de fronteira, a TB têm sido trabalhada, no intuito de ampliar a compreensão sobre a doença nessas regiões (BRASIL, 2013; BELO et al., 2013; MACHADO FILHO, 2008).

No que tange à estruturação da atenção à TB em Manaus, o município conta no nível primário com UBS, ESF, Unidades Mistas, e Unidades Prisionais, onde se

realizam o esquema básico (assim como, a resolução de efeitos adversos “menores”). No nível secundário, são atendidos os esquemas especiais, efeitos adversos “maiores”, além das comorbidades (HIV e outras). Compõe esse nível Policlínicas e Unidades Mistas, o CREPS (conhecido como Cardoso Fontes), a Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, e, o Ambulatório Araújo Lima (vinculado à Universidade Federal do Amazonas). Na referência terciária, o CREPS atende os esquemas individualizados para qualquer tipo de droga-resistência. Perpassando todos os níveis, dois hospitais gerais são referências para a internação de casos confirmados de TB: a Fundação Hospital Adriano Jorge e a Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (referência para internação de casos de coinfeção TB/HIV) (BRASIL, 2014).

Quanto ao diagnóstico, a baciloscopia de escarro é realizada em 75,8% dos municípios do Estado (do total de 62 municípios, 47 realizam o exame) e a cobertura de Raios-X é de 100%. A cultura para micobactérias é feita em seis municípios: Manaus, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga, São Paulo de Olivença, e Coari. A realização e leitura do *Purified Protein Derivative* (PPD), o derivado de proteína purificada, somente se dão nos municípios de maior porte. O Teste de Sensibilidade somente é feito no Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas (LACEN capital). Mais recentemente, o teste rápido de biologia molecular é realizado na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, no CREPS e na Policlínica Dr. Antonio Comte Telles, todos em Manaus (MANAUS, 2011).

Especificamente na TB, no ano de 2012, Manaus apresentou um coeficiente de incidência de 93,3/100.000 hab., colocando-o na quinta maior incidência entre as capitais do Brasil. Neste mesmo ano foram notificados 1.742 casos de TB (todas as formas clínicas), dentre os quais mais de 80% eram casos novos. Em relação ao desfecho, 78,3% tiveram alta por cura, 11,1% abandonaram o tratamento e 4,2% foram a óbito (BRASIL, 2013).

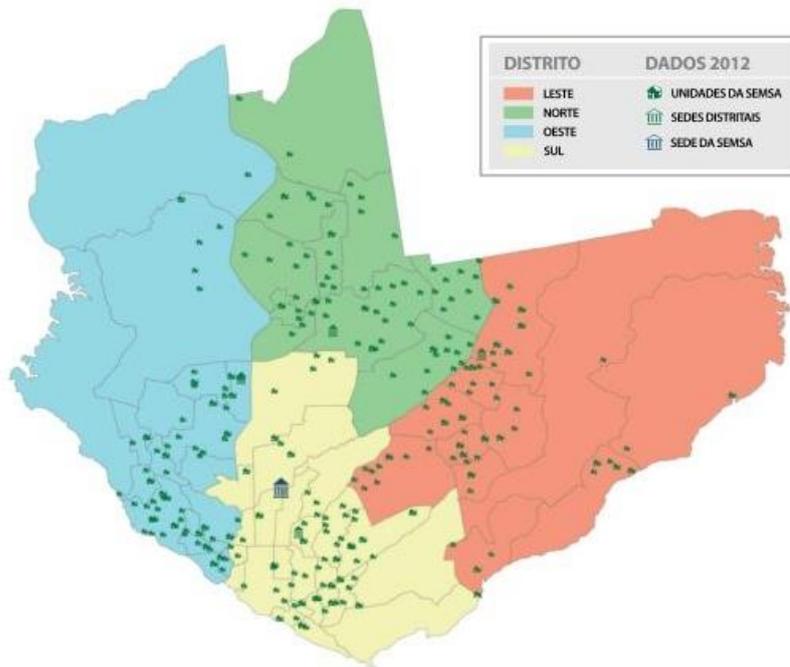
A implantação do TDO em Manaus deu início no ano de 2007. Concomitante a esta, a cobertura do mesmo entre os casos novos com baciloscopia positiva subiu de 13,4% no ano de 2007 para 46,3% no ano de 2012 (MANAUS, 2011). A taxa de cura entre aqueles que fizeram o TDO foi de 78,7% e entre os que não fizeram foi de 73%, com taxas de abandono de 8,3% e 18,9% respectivamente. Em relação ao TDO, os dados mostram uma ascendência desde sua implantação em 2007 até

2011. Nesse período, a cobertura foi de 13,3%, 17%, 22,9%, 40,5% e 51,9% respectivamente (MANAUS, 2011).

No município de Manaus, embora desde a década de 1990 já houvesse ocorrido a descentralização do diagnóstico e tratamento da TB do CREPS para à APS, somente a partir de 2003, que de fato se observou maior participação desse nível de atenção no acompanhamento dos casos de TB, que em sua maioria, vinham transferidos dessa UR. O município também conta com outras duas unidades de referência, o Ambulatório Araújo Lima e a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, que assiste os co-infectados TB/HIV por meio do Programa Estadual DST/Aids (MARREIRO et al., 2009; BRAGA; PINHEIRO; MATSUDA, et al., 2012). Assim sendo, na prática, os doentes de TB acabam por adentrar o Sistema de Saúde em sua grande maioria pelo CREPS e, não obstante, também pelos serviços de pronto atendimento do município (MARREIRO et al., 2009; GARRIDO et al., 2012).

A partir de 2006, com a criação dos Distritos Sanitários de Saúde na área urbana de Manaus e a descentralização para esse nível da equipe de monitoramento das ações de controle da TB, foi se ampliando a participação das UBS no acompanhamento de casos de TB, porém, pelo menos 50% dos casos novos ainda eram notificados pelo CREPS até 2008 (MARREIRO et al., 2009). Dessa forma, divide-se em cinco Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural (Figura 2).

Figura 2 – Mapa dos Distritos Sanitários urbanos do município de Manaus.



Fonte: <http://semsa.manaus.am.gov.br/>. 2013.

Em termos de TDO, no período de 2009 a 2011, tem se observado um grande número de ações voltadas para o fortalecimento e expansão do mesmo no município de Manaus. Esse movimento foi intensificado por meio do Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil¹ (Projeto FG TB Brasil) e do Projeto OPAS-USAID, principalmente com foco na qualificação de 1.335 profissionais de saúde nos diferentes níveis de formação (auxiliar, técnico e superior) objetivando o fortalecimento do TDO em grandes centros urbanos com alta carga de TB, propiciando a redução do abandono e o aumento da taxa de cura (BRAGA et al., 2012).

De acordo com os dados do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (MANAUS, 2011), a TB está classificada como uma doença transmissível com quadro de persistência, a qual exige atenção especial. Vinculada ao Eixo de Vigilância à Saúde, a qual objetiva prevenir e controlar doenças, agravos e riscos à saúde da população decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços, a mesma

¹ O Projeto FG TB Brasil, abrange 56 municípios de 10 regiões metropolitanas, na região da Baixada Santista e em 10 estados brasileiros, sendo eles: Amazonas, Pará, Maranhão, Pernambuco, Ceará, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul.

tem como meta a ampliação em 3,2% ao ano a taxa de cura, passando de 75% em 2009 para 85%, até 2013 (MANAUS, 2011).

As modalidades de tratamento da TB presentes no município são auto-administrado e TDO (supervisão domiciliar, na unidade de saúde, no sistema prisional e a compartilhada entre duas unidades de saúde). No entanto, o tratamento é realizado prioritariamente na modalidade auto-administrado. Nesta modalidade, o paciente comparece mensalmente à consulta médica ou de Enfermagem na unidade de saúde, momento que recebe a medicação para 30 dias e se responsabiliza por tomar os remédios. Apesar do aumento no número de unidades que realizam o TDO, ainda é baixo o percentual de pacientes nessa modalidade. Em algumas unidades, só há a possibilidade da supervisão da toma de medicação na unidade de saúde, onde os pacientes se deslocam até a mesma para que seja observada a ingestão da medicação. Todas as unidades no âmbito da APS estão qualificadas para realizar o diagnóstico e o tratamento da TB, com a articulação direta com os distritos sanitários urbanos (norte, sul, leste e oeste) de Manaus (MANAUS, 2011).

Cabe ressaltar que o tratamento é disponível em 100% os municípios do Estado, há fluxo de solicitação definido e estoque de reserva, a dispensação é feita via Sistema HORUS (sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica *online* implementado pelo MS) e o monitoramento dos casos se dá pelo SINAN (MANAUS, 2011).

No que tange à gestão do sistema, Manaus conta com a Vigilância à Saúde na reorganização das ações, para o controle de danos, riscos e de determinantes socioambientais que incidem sobre o perfil epidemiológico da população. Têm na Vigilância em Saúde e na ESF, eixos estruturantes da atenção à saúde no município, e no fortalecimento dos Distritos de Saúde e na implantação dos territórios integrados de atenção à saúde as estratégias reorganizadoras das ações e dos serviços de saúde. Para isso, Manaus encontra-se em reestruturação da APS empreendendo ações de ampliação do número de unidades, reforma das existentes e, ampliação do horário de funcionamento (MANAUS, 2011).

A APS constitui o eixo articulador e mobilizador da atual proposta de redes de atenção. Os territórios integrados de atenção à saúde deverão possibilitar a integração da APS com a atenção ambulatorial e hospitalar, bem como a articulação das políticas e estratégias estruturantes do SUS. No que concerne à atenção à saúde dos povos indígenas, a mesma está pautada nas diretrizes da política

nacional de saúde indígena, na qual estão reconhecidas as especificidades étnicas e culturais desta população, sendo que o município aprovou a Política Municipal de Saúde Indígena (PMSI) (MANAUS, 2011).

Para o aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS são enfatizadas ações no âmbito da gestão do trabalho e educação permanente; do planejamento; financiamento; investimento/infraestrutura e da gestão estratégica e participativa. Dessa forma, a promoção de estratégias e ferramentas que contribuam para a qualificação da gestão do SUS; a organização de redes de atenção; o aprimoramento do processo de negociação entre os gestores do SUS, vinculando os processos e instrumentos de pactuação aos de planejamento, de monitoramento e avaliação, são alvos de atenção da gestão na contribuição e consolidação do SUS (MANAUS, 2011).

5.3. Participantes do estudo

Foram entrevistados os gestores envolvidos nas ações de controle da TB no município de Manaus (AM), os quais compreenderam: coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose nos níveis estadual (01) e municipal (01); coordenador do Centro Regional Especializado em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes, coordenador da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas; Secretário Adjunto da Capital (01); Secretário Adjunto do Interior (01); secretário municipal de saúde (01) e, o coordenador da Atenção Básica, caracterizando dessa forma cinco gestores da esfera Estadual e três da municipal.

Como critério de inclusão, optou-se pelos gestores de saúde com experiência mínima de seis meses no cargo/função. Como perda, um sujeito (Secretário Estadual de Saúde) não pôde participar do estudo, mas o mesmo indicou dois outros sujeitos (Secretário Adjunto da Capital e Secretário Adjunto do Interior) para que fossem entrevistados.

Dos sujeitos incluídos, cinco eram do sexo masculino e três do feminino. A idade variou entre 35 a 67 anos, com média de 49,6 anos. No que tange a formação curricular, quatro eram médicos, três enfermeiros e um dentista, possuindo oito meses como tempo mínimo de atuação e 120 meses no máximo, perfazendo uma

média de 36 meses atuantes nos respectivos serviços. Quanto à titulação máxima obtida, quatro participantes eram especialistas, três mestres e um doutor.

5.4. Condições de produção dos dados empíricos

Os dados empíricos foram produzidos mediante entrevistas semiestruturadas com gestores de saúde, as quais foram gravadas e transcritas, para posterior análise por meio do referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD), de matriz francesa.

Na primeira etapa, realizou-se um levantamento para a identificação dos gestores de saúde a serem entrevistados. A seguir, com a finalidade de operacionalizar as entrevistas, foi feito um contato telefônico por meio do qual foram expostos os objetivos do estudo e realizado o convite para que participassem do mesmo. Após concordância, ocorreu o agendamento da entrevista em local e horário de melhor conveniência para o entrevistado.

A entrevista semiestruturada (também chamada de focada) permite ao pesquisador o direcionamento das questões abertas, conduzidas de forma flexível visando atender os objetivos propostos (CANZONIERI, 2010; POLIT; BECK, 2011; POPE; MAYS, 2009). Para Minayo (2012), o roteiro para entrevista semiestruturada deve contemplar os elementos essenciais e suficientes em tópicos a fim de contemplar a abrangência das informações esperadas. Também deve permitir flexibilidade nas conversas para que os participantes falem livremente sobre todos os tópicos listados no autorrelato.

O processo de produção dos dados empíricos ocorreu nos locais de trabalho dos entrevistados no mês de agosto de 2013. As entrevistas gravadas duraram em média 43 minutos e posteriormente foram transcritas na íntegra. Apesar de estarem previamente agendadas, ocorreu um atraso de uma hora, em média, em cada uma das entrevistas. Uma das entrevistas, apesar do comparecimento em local e horário definidos teve que ser desmarcada e reagendada para dois dias seguidos por conta de imprevistos na agenda do gestor. Todas tiveram algum tipo de interrompimento no momento em que estavam sendo realizadas, seja por outro profissional do serviço ou por contato telefônico ao entrevistado.

Duas situações atípicas ocorreram na realização destas. Em uma, a qual havia sido agendada para o final do expediente, os profissionais do serviço organizaram uma confraternização para um dos colegas, o qual aniversariava na data marcada. O entrevistado além de participar desse evento, também tinha que resolver um problema relacionado ao serviço de saúde do município veiculado na mídia, no dia anterior. Sendo assim, o mesmo apresentava certa impaciência em nos receber e verbalizou que a mesma não poderia ser longa, para não atrapalhar os acontecimentos que estavam ocorrendo concomitante. Em outra, o local de trabalho do entrevistado estava sem fornecimento de energia elétrica. Apesar desse imprevisto, a mesma ocorreu em sala iluminada pela luz solar.

No que concerne à gestão pública dos serviços de saúde, no ano de 2012 ocorreu o processo eleitoral municipal, entretanto, todos os gestores entrevistados estavam ligados a cargos gerenciais da gestão anterior, sendo eles na capital do Estado ou em municípios do interior. Quatro gestores (um municipal e três estaduais) permaneceram nos respectivos cargos, mesmo com a transição de governo. A gestão de 2013 encontrava-se em seu oitavo mês no momento em que ocorreram as entrevistas.

A APS de Manaus, conforme citado anteriormente, encontra-se em reestruturação pela atual gestão, incorporando uma nova reorganização da rede assistencial. As ações empreendidas almejam a ampliação da cobertura da APS, inauguração de novas UBS, reforma das existentes e, ampliação do horário de funcionamento (em 10 UBS).

No que tange ao apoio diagnóstico, planeja-se a ampliação do acesso aos exames laboratoriais, implantação de novos postos de coleta e, expansão de das farmácias gratuitas. Almeja-se que até o final da gestão, ou seja, ao término de 2016, Manaus conte com 214 UBS e 407 ESF na área urbana e, 18 UBS e 12 ESF na área rural. Também se espera a implantação de duas Unidades de Saúde Fluvial.

Houve excelente receptividade pela maioria dos entrevistados, viabilizando um ambiente favorável e de reciprocidade entre os sujeitos. Esse período propiciou a imersão no cenário da pesquisa, assim como a compreensão de como se operacionaliza as ações de controle da TB no município.

5.5. Roteiro para geração dos dados empíricos

O roteiro (APÊNDICE A e B) para entrevista dos gestores de saúde foi composto por questões semiestruturadas relacionadas às informações gerais sobre o TDO, bem como as dimensões de informação, conhecimento e inovação.

Inicialmente, realizou-se extensa revisão bibliográfica pertinente ao tema concomitante com a discussão do contexto ao quais as entrevistas seriam realizadas. Dessa forma, as definições dos objetivos da pesquisa foram revistos para que as questões pudessem compreender todos os aspectos.

No que tange a análise qualitativa, optou-se por rever as questões do ponto de vista analítico. Assim, a assessoria de um pesquisador da área de AD colaborou na reformulação das mesmas para que o texto produzido com as entrevistas permitisse a observação da totalidade do fenômeno da linguagem, na expressão das posições ideológicas do processo sócio-histórico no qual as palavras são produzidas.

Para conferir a adequabilidade do roteiro de geração de dados empíricos, foi realizado um pré-teste com um gestor regional de saúde de um município do interior do estado de São Paulo, o qual avaliou a compreensão dos seus componentes pelos sujeitos alvo do estudo, revelando a adequação e suficiência para a coleta de dados empíricos como teoricamente a mesma foi concebida nesse estudo (TURATO, 2008; MINAYO, 2012).

5.6. Organização dos dados empíricos

A transcrição das entrevistas foi feita logo após as mesmas terem sido realizadas. Após essa etapa, foi feita a conferência de fidedignidade, ou seja, a gravação foi ouvida no intuito de conferir junto ao texto transcrito, as frases transcritas, as mudanças de entonação, as interrupções, risos e demais ocorrências (DUARTE, 2004).

Na organização dos dados empíricos utilizou-se o *software Atlas.ti 6.0*, o qual auxiliou no tratamento de forma organizada e sistemática ao material produzido. As

oito entrevistas foram inseridas nesse *software* e criou-se então uma *Hermeneutic Unit*. Após a leitura destas, realizou-se a seleção dos fragmentos discursivos a fim de apreender os elementos que integraram o objeto de estudo, por meio do qual se originaram 24 *codes*: Fronteiras Internacionais; População Indígena; Circularidade da População Indígena; Circularidade de Populações em áreas fronteiriças; Integração dos Sistemas Públicos de áreas fronteiriças; Integração da Academia com os Serviços de Saúde; Fragmentação do Modelo de Saúde na Atenção à TB; Atenção à Saúde na área Rural/Fluvial; Barreiras Geográficas; Segmentação Populacional; Atenção Primária à Saúde; Assistência Médico-Sanitária; Centro de Referência em Pneumologia Sanitária; Fragmentação do Modelo de Saúde na Atenção à TB; Resistência Profissional; Formação dos Profissionais de Saúde; Material Instrucional; Discriminação Positiva; Infraestrutura Física em Saúde; Tratamento Diretamente Observado; Informação; Conhecimento; Inovação; e, Fragilidade da Transferência de Política.

Esses foram alocados em três grandes *codes families* os quais possibilitaram a identificação e constituição dos seguintes blocos discursivos: (1) Atenção à saúde na tuberculose: a discursividade dos gestores no modelo sanitário; (2) Multiculturalidade do cenário na atenção à tuberculose: os sentidos circulantes; e, (3) Transferência de políticas: a subjetividade na prática discursiva. Dessa forma, o *corpus* do estudo se constitui em um conjunto de discursos dos gestores de saúde de Manaus (AM), auxiliando na identificação de vestígios e indícios na compreensão de como se dá a transferência de política do TDO neste cenário, reconstruindo a memória histórica dos sujeitos.

5.7. Dispositivo de análise dos dados empíricos

Para a análise dos dados empíricos, optou-se pela escolha do referencial teórico-metodológico da AD, de matriz francesa, a qual pauta seus objetivos na realização da reflexão e da apreensão dos significados.

De acordo com Fernandes (2008), no campo da AD, teoria e metodologia são indissociáveis. Dessa forma, para falarmos metodologicamente em AD necessitamos de suas bases conceituais já destacadas anteriormente.

Neste momento, outros conceitos fazem-se importantes na trajetória metodológica da AD: a noção de recorte, enunciado e trajeto temático. Esses são imprescindíveis para a sustentação teórica e também, no fornecimento de procedimentos metodológicos na seleção e organização do *corpus* (FERNANDES, 2008).

A noção de recorte deve ser vista pelo analista por meio dos objetivos do trabalho a ser desenvolvido, ou seja, é a seleção de fragmentos para a análise (sendo que estes são retirados do *corpus*) respondendo ao objeto de estudo (ORLANDI, 2010; FERNANDES, 2008). O recorte faz-se necessário diante de materiais extensos, o qual delimita e focaliza enunciados específicos (FERNANDES, 2008).

Por enunciado, Foucault (2005) o define como uma operação efetuada, ou seja, a produção resultante da enunciação. Assim, a análise volta-se à descrição dos enunciados somados às condições de produção e as respectivas posições que os sujeitos ocupam, e, ainda, a noção de que todo enunciado se inscreve em uma dada formação discursiva (FERNANDES, 2008).

Por último, e não menos importante, o trajeto temático é visto como uma ferramenta metodológica, a qual possibilita a análise da construção e os deslocamentos sócio-históricos dos sujeitos (FERNANDES, 2008).

Voltando-se aos sujeitos da pesquisa, pode-se pensar que os sentidos não estão apenas nas palavras que foram ditas pelos coordenadores, mas na relação destas com a exterioridade, nas condições que elas foram produzidas e que não dependeram somente dos sujeitos, mas do contexto sócio-histórico e ideológico destes.

Orlandi (2010) propõe uma passagem do material bruto, tais como as entrevistas transcritas para o objeto discursivo, mediante as seguintes etapas: da superfície linguística para o texto (ou o discurso em si); do objeto discursivo para a formação discursiva, e, do processo discursivo para a formação ideológica.

Na primeira etapa, da superfície linguística para o texto, o analista trabalha com as condições de produção, as quais compreendem os sujeitos e a situação. Ou seja, vai das circunstâncias da enunciação a um modo mais amplo: o contexto sócio-histórico e ideológico. O analista deve observar o que se diz, a forma como se diz, quem diz e quais são as circunstâncias discursivas específicas. Desse modo, pode-se desfazer a ilusão de que aquilo que foi dito só teria uma maneira de ser. Nesse

momento vislumbrou-se a configuração das formações discursivas, tornando visível a formação de famílias parafrásticas na relação do que foi dito com o que não foi, e com o que poderia vir a ser dito. Estes dizeres delimitam as formações discursivas fazendo as palavras significarem de várias formas (ORLANDI, 2010).

Em um segundo momento, na passagem do objeto discursivo para a formação discursiva, a análise relaciona as formações discursivas distintas com a formação ideológica que rege essas formações. É neste momento que o analista atinge a constituição dos processos discursivos que serão responsáveis pelos efeitos de sentidos produzidos no material simbólico inicial. Dessa forma, o analista deve considerar que o sujeito discursivo se inscreve em diferentes formações discursivas porque ocupa diferentes posições, não demarcando uma linearidade. Nesta etapa identificaram-se os silenciamentos, metáforas, atos falhos, repetições, hesitações e a ideologia presente na discursividade dos coordenadores entrevistados no que tange a transferência de políticas do TDO (ORLANDI, 2010).

Na última etapa, na passagem do processo discursivo para a formação ideológica podemos sintetizar que a mesma é uma fase analítica, notadamente marcada pelas relações das formações discursivas com os efeitos da ideologia. Assim, por meio das formações ideológicas observaram-se marcas linguístico-discursivas nos discursos dos coordenadores que compuseram os sujeitos dessa pesquisa (ORLANDI, 2010).

Nas análises, após a leitura minuciosa do material empírico procurou-se observar nos discursos os processos polissêmicos, parafrásticos e metafóricos, além da interdiscursividade dos gestores, por meio dos recortes alocados dentro de cada bloco discursivos.

Por fim, diante dessas considerações teórico-metodológicas, a AD nos mostra o constante movimento de ir e vir partindo da materialidade linguística à exterioridade do contexto sócio-histórico e ideológico, caracterizado de acordo com Fernandes (2008, p. 71) como um “espaço de produção e movência dos discursos e dos sentidos”.

5.8. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da EERP da USP, em 15 de fevereiro de 2013, protocolado sob o número 01197312.3.0000.5393 (ANEXO A). Foram obedecidos os aspectos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Cabe mencionar, que cópia do projeto e a aprovação do mesmo citado acima foram encaminhados à Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da SEMSA pelo pesquisador responsável no cenário, visando à autorização das entrevistas e acesso aos gestores (ANEXO B).

Os participantes da pesquisa que aceitaram o convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) ficaram com a posse de uma via do referido documento. Assim, o anonimato foi garantido e quaisquer dúvidas oriundas do processo puderam ser esclarecidas junto ao pesquisador no decorrer do trabalho.

No intuito de preservar a identidade dos sujeitos, na apresentação dos recortes discursivos utilizou-se a letra “G” indicando a posição de Gestor, seguido de um número (de um a oito).

ANÁLISES E DISCUSSÕES

6. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Nesta pesquisa, buscou-se compreender como o objeto simbólico se operacionaliza por meio do discurso, visto que não há neutralidade no mais simples uso dos signos.

Dessa forma, faz-se necessário retomar a questão que norteia as análises, sendo ela: **como os gestores significam a TP do TDO no município de Manaus (AM)?** e, a partir da mesma, conduzirmos a análise por meio do referencial teórico-metodológico da AD. Sustentamos as análises em três blocos discursivos, sendo eles: (1) Atenção à saúde na tuberculose: a discursividade dos gestores no modelo sanitário; (2) Multiculturalidade do cenário na atenção à tuberculose: os sentidos circulantes; e, (3) Transferência de políticas: a subjetividade na prática discursiva. Antes de aprofundarmos as análises, a descrição das condições de produção de cada sujeito entrevistado faz-se de suma importância no entendimento dos processos discursivos.

6.1. Condições de produção

As condições de produção envolvem a língua, a qual está sujeita ao equívoco e a historicidade, a formação social e o mecanismo imaginário (ORLANDI, 2010). De acordo com Orlandi (2010, p. 30), “os sentidos não estão só nas palavras (...), mas na relação com a exterioridade, nas condições em que (...) são produzidos e que não dependem só das intenções do sujeito”. Constituem as condições de produção o contexto histórico-social, os interlocutores, e, o lugar de onde falam (BRANDÃO, 2012).

Assim, neste momento buscou-se descrever as condições de produção dos gestores entrevistados, as quais decorrem do momento em que foram realizadas as entrevistas.

G1: Atuava há três anos como Presidente da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), cargo ocupado junto ao governo Estadual. A FVS possui sua estrutura física afastada da área central da cidade. É médico por formação e possuía mestrado em doenças infecciosas e parasitárias. Tinha 65 anos. Realizava a gestão em saúde da capital (Manaus) e dos 61 municípios do interior. Tinha a visão de que a TB é segredada dos demais programas de saúde.

G2: Atuava há oito meses (desde o início da gestão de 2013) como Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), a qual se encontra junto a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). É médico especialista em saúde da família e comunitária, tinha 36 anos e possuía uma visão gerencial trazida da sua experiência anterior na área rural. Justificava que a TB não se encontrava controlada por conta da baixa cobertura da APS em Manaus e apontava mudanças na ampliação da mesma.

G3: Coordenador Estadual do PCT. Possuía 47 anos. Atuou como delegado de polícia em Manaus, mas mudou sua vida profissional ao graduar-se em enfermagem, onde também pós graduou-se (finalizou seu doutorado em enfermagem). Atuava no mesmo há três anos, e antes disso atuava no PCT municipal (ficou no cargo municipal por dez anos). O PCT Estadual tem sede na área central do município e encontra-se deslocado dos demais cargos de gestão do PCT.

G4: Coordenador Municipal do PCT. Enfermeiro (mestre em enfermagem em saúde pública e epidemiologia de doenças da Amazônia). Atuava no programa há três anos (assumiu quando a atual coordenadora do PCT Estadual deixou o cargo). Possuía 41 anos de idade. Demonstrava estar articulado com os demais gestores e com o PNCT. Teve uma experiência exitosa por meio de financiamentos internacionais (desde 2009) em um distrito de saúde de Manaus quando atuava como enfermeiro da FVS (Projeto FG TB Brasil).

G5: Médico, 44 anos, atuava como Secretário Adjunto de Atenção à Saúde da Capital há dois anos. Era mestrando em saúde coletiva. Foi indicado pelo Secretário Estadual de Saúde para responder a entrevista (assim como o Secretário Adjunto de Atenção à Saúde do Interior), pois o mesmo não pode nos receber por múltiplos compromissos em sua agenda. Possuía uma visão voltada à média/alta complexidade na atenção à saúde.

G6: Gestor do CREPS, referência Estadual para TBMR. Atuava no CREPS fazia 10 anos. Médico, mestre em patologia tropical. Possuía 68 anos. Considerava a Policlínica um importante cenário no que tange à TB, tanto pela localização da mesma, quanto pela sua historicidade com a doença.

G7: Secretário Municipal de Saúde, odontólogo. Tinha 62 anos e atuava desde o início da gestão 2013-2016 (fazia oito meses), mas já ocupou o mesmo cargo na gestão 1989-1992. Possuía a tipologia política em seu discurso, de quem comanda um processo de reorganização da APS. Coordenava essa reorganização com o auxílio da assessoria de um *expert* na área, com reuniões periódicas em Manaus na realização de capacitações aos gestores de saúde.

G8: Secretário Adjunto de Atenção à Saúde do Interior fazia oito meses. Enfermeiro, especialista em auditoria. Tinha 42 anos. Foi indicado pelo Secretário Estadual de Saúde para responder a entrevista (assim como o Secretário Adjunto de Atenção à Saúde da Capital), pois o mesmo não pode nos receber por múltiplos compromissos em sua agenda. Foi Secretário Municipal de Saúde de um município do interior de 2005 até o final de 2012. Possuía uma visão na atenção à TB é segregada dos demais programas de saúde.

6.2. Blocos discursivos

O discurso é um conjunto de enunciados que se apoiam na mesma formação discursiva (FOUCAULT, 2008). De acordo com Foucault (2008, p. 54), os discursos,

[...] tais como podemos ouvi-los, tais como podemos lê-los sob a forma de texto, não são, como se poderia esperar, um puro e simples entrecruzamento de coisas e de palavras: trama obscura das coisas, cadeia manifesta, visível e colorida das palavras; gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva.

Os materiais discursivos selecionados a seguir para o contexto analítico assinalaram os vestígios deixados pela historicidade dos gestores. Desse modo, os seguintes blocos discursivos trazem unidades discursivas, que por meio de recortes integrantes do *corpus* do estudo, foram analisados na prática discursiva.

6.2.1. Atenção à saúde na tuberculose: a discursividade dos gestores no modelo sanitário

A atenção à saúde no Brasil apresenta-se de forma bastante diversa, dada às dimensões territoriais e as desigualdades econômicas e sociais enfrentadas pela população (MACHADO, 2004). Dentro desse contexto, a região Amazônica apresenta, sob o ponto de vista epidemiológico, características diferenciadas em relação ao restante do país, as quais se dão tanto pela diversidade ambiental, quanto pelas formas de sua ocupação e exploração (CONFALONIERI, 2005).

Agregado a essa diversidade, a noção de modelo de atenção à saúde (ou ainda, modelo assistencial) relaciona de forma genérica a combinação de tecnologias sejam elas materiais ou não e à organização dos serviços, as quais são utilizadas nas intervenções e necessidades de saúde. Esses modelos contribuem para a análise do desenvolvimento das políticas de saúde (especificamente em nosso caso, o TDO), assim como, dos modos de intervir nos problemas e necessidades de saúde de uma população. (PAIM, 1999; VILARTA; SILVA, 2007).

No que tange ao perfil de saúde e doença dessa população, as doenças infecciosas e parasitárias apresentam relevância regional, com implicações à assistência à saúde. Alguns aspectos geográficos e ecológicos podem ser destacados, tais como a extensa área aquática (rios, lagos, planícies inundáveis), as quais podem conduzir processos infecciosos de veiculação hídrica, como o cólera e as gastroenterites microbianas, assim como, a proliferação de insetos vetores de doenças, como a malária (CONFALONIERI, 2005).

Em relação aos aspectos sociais, nota-se a baixa densidade demográfica no AM em contraste com a alta concentração urbana presente na capital do Estado, ou seja, o crescimento e a fragmentação do espaço urbano foram fatores determinantes para o surgimento da TB e de outras doenças. Também há a existência de um grande contingente de populações tradicionais, sejam índios, ribeirinhos, ou seringueiros, os quais vivem da agricultura de subsistência e o extrativismo da região. Em consequência, esses locais não apresentam infraestrutura sanitária necessária em detrimento do surgimento rápido e desordenado dessas populações (BROWDER; GODFREY, 1997; SOUZA; PINHEIRO, 2009).

Manaus, ao longo do tempo, passou por sucessivas crises e levantes econômicos, as quais ocasionaram um crescimento desordenado com “carência de infraestrutura e planejamento inadequado, especulação imobiliária, problemas de transporte e deficiência nos serviços de saúde pública” (SOUZA; PINHEIRO, 2009, p. 40).

No que se refere a TB, Manaus concentra 50% da população do Estado e 68% dos casos notificados de TB, com elevadas taxas de morbidade, tendo coeficiente de incidência de 93,3/100.000 hab. e de mortalidade de 4,2/100.000 hab. no ano de 2013. No mesmo ano, o coeficiente de incidência no Amazonas foi de 70,6/100.000 hab. e no Brasil, de 35,4/100.000 hab. (BRASIL, 2014).

O combate à doença se inicia em 1948 com a construção de um sanatório (localizado no bairro Cachoeirinha), onde ainda hoje funciona a Fundação Hospital Adriano Jorge. O terreno foi doado pela Divisão Nacional de Tuberculose (DNT) e custeado em convênio com o estado do Amazonas, sendo o mesmo inaugurado durante a campanha nacional contra a TB do MS em meados do ano de 1953 (SOUZA; PINHEIRO, 2009).

O cenário também teve em sua historicidade, o atendimento dos casos de TB centralizado no CREPS, que em 1992, tornou-se “responsável pelos treinamentos e supervisões de toda a parte técnica dos laboratórios existentes na capital e interior do estado” no que concerne à TB (SOUZA; PINHEIRO, 2009, p. 40), representando um importante marco no que se refere à descentralização da atenção à saúde na TB no início na década de 90. No ano de 2003, as ações de controle da TB foram expandidas para a APS e “os casos diagnosticados e notificados pelas unidades de referência foram encaminhados para continuidade do tratamento nas UBS e encerrados por transferência nas unidades de origem” (MARREIRO et al., 2009, p. 238).

Assim, os seguintes recortes selecionados nesse bloco discursivo foram analisados, e pôde se identificar que os mesmos são permeados por discursos que se sustentam sob a ótica da atenção à saúde na TB.

Recorte Discursivo nº 01: *“A dificuldade é muito grande até pela própria... Cultura da saúde, né? A própria política anterior que realmente nos, nos impede de fazer, digamos, um trabalho mais integrado, não só com a saúde, não só dentro da área da saúde. Mas existem algumas interfaces também importantes, né? Como a questão da área da educação, né? E aí, trabalhar a questão da educação em saúde, né? Hoje os municípios também do interior do Estado tão se estruturando, os municípios já estão começando a criar seu grupo de educação em saúde, dentro do, do município, né? E aí permeia tuberculose, malária, dengue, é... Mas antes é uma coisa muito segmentar, né? Aquela questão do meu quadrado e acabou, né?”* (G1).

Quando questionado como se dá a atenção à TB no cenário, o sujeito expressa em seu dizer sentidos relacionados à relação de forças, evidenciando um discurso permeado de sentidos hegemônicos com a presença da marca linguística

“*cultura da saúde*”, ou seja, a posição que esse gestor ocupa (sua formação na área médica). Esse recorte nos remete à própria história da conformação dos serviços de saúde brasileiros, a qual permeia a memória discursiva do gestor com o Modelo Médico Hegemônico (PAIM, 1999). Tal modelo, não contempla o princípio de integralidade pactuado com o surgimento do SUS. Além disso, relaciona-se à capacidade de gestão política, fortemente arraigado em um modelo individualista, o qual trata o processo saúde/doença como mercadoria e fundamenta-se no modelo biomédico (ações curativas) (PAIM, 1999; BARROS, 2002). “*Cultura da saúde*” carrega no seu interior, a marca das contradições dos modelos assistenciais no seu contexto, por vez carregada de historicidade e de processos que se adequavam a interesses privados e públicos em disputa no campo dessa política.

A dificuldade expressa pelo gestor com o uso da marca linguística “*nos impede*”, mostra a permanência a uma ordem ideológica nos serviços de saúde, um inconsciente coletivo (explícito ou não), que vai contra as mudanças também veiculadas pela marca linguística “*cultura da saúde*”, ou seja, é o não-dito na circunstância do atual movimento de integração e reestruturação da APS em Manaus. Esse não-dizer relaciona-se às as noções de subentendido, implícito e de acordo com Orlandi (2010, p. 82) “há sempre no dizer um não-dizer necessário”. Na AD, tem-se a compreensão do assujeitamento (do gestor em questão) como um efeito de linguagem, o qual é constituído pela língua e atravessado pelo inconsciente. Diz-se, portanto, que o sujeito é clivado, cindido (ORLANDI, 2010). Assim, de acordo com Silva (2008, p. 40), “a contradição, a dispersão, o equívoco, a descontinuidade, a incompletude e a falta são estruturantes” do discurso desse sujeito. Assim, evidencia-se um movimento contrário à integração, à permanência do prescritivo sanitário que não permite avanços no cenário.

Apesar da resistência do que estava instituído, outras marcas linguísticas demonstram essa contradição, ou seja, o uso dos signos “*Mas existem*”, “*Hoje os municípios*”, “*também do interior*”, “*já estão começando*”, “*Mas antes*”, os quais nos remete a uma análise desse discurso contraditório, que é marcado por fatos consolidados, pelo deslizamento entre passado e presente, o qual ora avança na integração, ora mostra a dificuldade, a resistência. Dessa forma, os sentidos são dados na forma com que os discursos se inscrevem na língua e na história. Orlandi (2005, p. 33) traz que diante da incompletude do discurso, o sujeito mergulha na exterioridade (ou seja, na história) e traz para o seu discurso o que já foi dito antes,

em outro espaço e em outro tempo. A isso, denomina-se interdiscurso, que por meio da memória discursiva determina o que dizemos no conjunto de formulações já feitas e esquecidas. De acordo com Silva (2008, p. 42), o interdiscurso caracteriza-se pelo dizível, o qual é histórica e linguisticamente definido e que se encontra no domínio da memória discursiva.

Outro fato relevante à análise é a metáfora presente no recorte, caracterizada pela marca linguística "*meu quadrado e acabou*". A metáfora em AD se configura como uma transferência, ou seja, um deslizamento de sentidos o qual estabelece o modo como as palavras significam (ORLANDI, 2009). Pêcheux (2014, p. 160) traz que a metáfora "aparece fundamentalmente como uma perturbação", algo que poderia ser dito de outra forma, uma substituição. Nesta análise, a mesma indica sentidos referentes à segmentação setorial, a falta de integração na saúde e outras áreas que permeiam as interfaces da saúde. É o já dito na memória discursiva popular o qual é incorporado no inconsciente coletivo.

O recorte ainda mostra o efeito de sentido veiculado pela partícula "*né?*", que de acordo com Ortiz (1995, p. 155) é um produto linguístico utilizado de forma insistente em cenas enunciativas na instância das práticas discursivas, os quais estão explícitos os elementos que constituem a relação dialógica de uma Formação Discursiva, "como uma fórmula que solicita a adesão do interlocutor" ao seu discurso, assim como, solicita concordância ao que foi proferido anteriormente. O "*né*" é reconhecido como uma estrutura sintática, uma forma reduzida de "não é" (ORTIZ, 1995). Essa marca linguística é utilizada em um sentido finalístico, determinístico no movimento ideológico, o qual coloca uma questão que não permite ser avançada. Como esse "*né*" vem logo após a metáfora, o gestor busca uma confirmação sobre a "*cultura da saúde*", ao remeter sua memória discursiva a um passado cultural que se perpetua no tempo presente, ou seja, uma ideologia que permanece ao longo do tempo.

A produção de sentidos circulantes nesse discurso movimenta-se entre a comparação do passado (na memória discursiva do gestor) e da atualização, ou seja, do momento atual do cenário.

Passaremos à análise de outros acontecimentos discursivos, que remetem às interpretações sobre a atenção à saúde na TB:

Recorte Discursivo nº 02: *“E a gente aumentando a cobertura, que aí a ideia era, a ideia é que a gente, que isso é uma decisão política, que o prefeito já verbalizou isso, que até 2016 a gente vai ter 70% de cobertura em Manaus, pelo menos, né? Que os outros 30% são pessoas que tem planos de saúde e não dependem do SUS. Então, 70%, isso a gente já tem certo, né? São pessoas que dependem do SUS, são SUS dependentes. Então pra essa população, a gente quer que ela tenha uma cobertura adequada, né?” (G2).*

O sujeito traz em seu interdiscurso, informações referentes à atuação na gestão, ou seja, seu discurso carregado pela estatística e epidemiologia. Orlandi (2010, p. 31) traz que o interdiscurso é “aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente”. Além disso, esse interdiscurso demonstra por meio dessa apropriação, dessa memória discursiva, os sentidos que sustentam a ideia de que existe uma parte da população que não é usuária ou que não necessita do SUS. Essa ideia é construída culturalmente no âmbito sanitário.

Assim sendo, o pensamento do gestor nos conduz a ideia da segmentação populacional onde um percentual que é SUS dependente corre o risco de adoecer e o outro não, o que pode ser evidenciado pela marca linguística “*que os outros 30% são pessoas que tem planos de saúde e não dependem do SUS*”. Existe dessa forma um apagamento da possibilidade de que essa população possa vir a adoecer e necessitar em algum momento do SUS (incluindo o adoecimento por TB), o qual é marcado por uma ilusão referencial.

Concebem-se nesse momento, os esquecimentos utilizados na AD: o número um e o número dois. O primeiro é de natureza inconsciente, e o segundo possui um funcionamento pré-consciente, consciente. No número um, o sujeito tem a ilusão de ser a fonte do que diz, e, conseqüentemente, não percebe que retoma os sentidos já-ditos, de modo que essa interpelação acontece sem o conhecimento do sujeito (BORBA, 2008; ORLANDI, 2009). Podemos exemplificar esse esquecimento com a utilização das marcas linguísticas “*a gente vai ter 70% da cobertura (da APS) em Manaus*” e “*que os outros 30% são pessoas que tem planos de saúde*”.

No esquecimento número 2, o sujeito reforça por meio da argumentação o seu posicionamento ideológico, fazendo com que o mesmo tenha a ilusão de dizer somente o que lhe é permitido de acordo com a formação discursiva em que está inscrito. De acordo com Orlandi (2009, p. 35), esse esquecimento produz a

“impressão da realidade do pensamento”, ou seja, a ilusão referencial de que ao dizermos, pensamos que esse processo só pode ser feito com determinadas palavras e não com outras. Borba (2008, p. 152), refere que o esquecimento número um é “diretamente relacionado à noção de assujeitamento, enquanto o esquecimento número dois é o resultado dessa noção”.

O pensamento cultural do gestor é ancorado também pela ordem econômica ou economicista, que segmenta os sujeitos frente aos processos de adoecimento, vinculando os SUS dependentes com consumidores do sistema público e os não SUS dependentes como não consumidores do SUS, o que pode ser expresso pela marca linguística “*então pra essa população, a gente quer que ela tenha uma cobertura adequada*”, ou seja, a parcela da população que depende do atendimento público. Há uma contradição e um apagamento da memória discursiva, pois no que tange as ações de controle da TB isso não é aplicável, uma vez que todos os doentes dependem da oferta pública, para o tratamento e o controle da doença. Essa contradição é evidenciada na AD por meio de um sujeito não homogêneo, o qual traz em seu discurso o entrecruzamento de outros discursos, “que se negam e se contradizem” (FERNANDES, 2008, p. 26).

Em se tratando de TP existem implicações em relação a esse segmento populacional, excluído pela fala do gestor em relação a não utilização do SUS, o qual supõe que os 30% da população não dependente ao SUS não possuem risco de adoecimento por TB. Na TP, como visto anteriormente, alguns elementos influenciam a transferência, dentre eles o contexto político. De acordo com Dolowitz e Marsh (1996), a TP ocorre por meio de adaptações de políticas já implementadas ao cenário local. Entretanto, em se tratando especificamente da política do TDO, não é possível generalizar que uma porcentagem da população não irá correr o risco de adoecer por TB e conseqüentemente realizar o tratamento, pois uma política pública ao ser transferida é pensada em sua totalidade, e não somente destinada a um segmento populacional.

As marcas linguísticas “*a gente*” presentes no recorte, nos remete a um grupo gestor que valoriza a APS. Esse caráter valorativo é percebido em várias passagens do discurso e busca afirmação ao justificar a resolubilidade para o segmento populacional SUS dependente (70%). Na nova readequação da APS no cenário de Manaus, ocorria em 2013, reuniões periódicas para a capacitação dos gestores de saúde e, essas foram decididas politicamente, o que pode ser verificado com o uso

da marca linguística “*decisão política*”. Essa ideologia “é a condição para a constituição do sujeito e dos sentidos” (ORLANDI, 2010, p. 46). Por meio de um assessor, ocorria a incorporação de uma nova forma de discussão na readequação da política de saúde no município, a qual apesar de não ser diretamente relacionada ao TDO, mas que abarca a política da APS e mostra-se inovadora no que tange à TP, ou seja, uma adaptação de uma política pública de saúde pelo contexto político local. A produção de sentidos que circulam nesse discurso revela-se impregnada de sentidos ideológicos, os quais estão ancorados em uma nova proposta de reestruturação da APS permeado de elementos inovadores.

Segue abaixo, outro recorte relacionado à atenção à saúde na TB, proferido pelo mesmo gestor.

Recorte Discursivo nº 03: “*Então, a gente tem tido muito essa discussão, inclusive com o Conselho para repactuar metas, né? Então, muita meta que estava, a gente foi bem claro, é... Tais metas a gente não vai cumprir, né? Tem justificativa e já foi justificado pro Conselho, né? Como a gente não pode mudar, né? A gente tá justificando o que tem pra esse ano e readeguando tudo para os próximos quatro anos, né? Dentro dessa lógica, né? E aí entra toda essa questão da transição, né? Da gente ter algumas ações que na verdade, pro que a gente precisa, não daria conta, né? De cumprir meta, de cumprir planejamento, isso e aquilo, né? (...) Então, por exemplo, pra você implantar uma estratégia de tratamento, de acompanhamento, você precisa mudar toda uma lógica de processo de trabalho dentro das equipes. Então, se a gente não faz isso, a gente não tem como desenvolver a ação” (G2).*

O sujeito reconhece o papel do “*Conselho*” enquanto uma instância de Participação Popular e Controle Social. O Conselho Municipal de Saúde não é modificado no que tange as funções, papéis e diretrizes com a gestão, ou seja, a negociação é permanente. Em Manaus, o mesmo foi instituído em junho de 1991, e a gestão destaca que a apresentação trimestral do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ao Conselho é um avanço importante na história deste (MANAUS, 2011).

Com a efetivação do SUS, a assistência à saúde foi ampliada à coletividade possibilitando de tal forma, um novo olhar às práticas assistenciais, ações e serviços de saúde, norteados pelos princípios da universalidade ao acesso, da integralidade da assistência, equidade, regionalização, hierarquização, participação (da população) e descentralização político-administrativa (REIS, 2003). Pensando esses princípios na TP, a participação popular e o Controle Social possibilitam a garantia de inclusão no processo de formulação, controle e monitoramento das políticas públicas de saúde do município e à participação no processo decisório no controle sobre a ação do Estado (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). Dessa forma, a política de controle da TB e o próprio TDO são transferidos e adaptados à realidade local no cenário de Manaus.

O sujeito discursivo busca a elaboração do pensamento relacionado à fragmentação do modelo de atenção articulado a mudança do processo de trabalho das equipes da APS. Essa fala também nos remete ao interdiscurso, visto que há uma cobrança em se cumprir com as metas pactuadas, o que pode ser verificado com o uso da marca linguística “*tais metas a gente não vai cumprir, né? Tem justificativa e já foi justificado pro Conselho, né?*”. O interdiscurso, de acordo com Orlandi (2010, p. 31), “disponibiliza dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva dada”. Podemos notar a permeabilidade da política pública ocasionada pelas mudanças governamentais. Há também uma relação de forças, visto que essa mesma cobrança vem de outra posição hierárquica ao qual seu papel deva responder, que pode ser notado com o uso da marca linguística “*a gente tem tido muito essa discussão, inclusive com o Conselho para repletar metas*”. De acordo com Orlandi (2010, p. 39), essa relação de forças é definida como “o lugar a partir do qual fala o sujeito é constitutivo do que ele diz”, ou seja, o sujeito fala a partir do lugar de gestor e suas palavras significam por essa posição que ele ocupa. Dessa forma, o sujeito discursivo busca a elaboração do pensamento relacionado à fragmentação do modelo de atenção articulado a mudança do processo de trabalho das equipes da APS.

Pelo uso das marcas linguísticas “*Tem justificativa e já foi justificado*” observa-se um discurso incisivo, mas também atenuante, o qual procura por meio de uma formação discursiva um sentido menos grave ou que atenua o dizer, que amenize “algo que não é bom e poderia se tornar uma ofensa” (ARAÚJO, 2008, p. 21). Essa atenuação pode ser evidenciada pela marca linguística “*como a gente não pode*

mudar, né? A gente tá justificando". O mesmo discurso atenuante pode ser observado com o uso da marca linguística "*mudar toda uma lógica*", ou seja, não há a desqualificação da gestão anterior que já se apresenta instituída, mas o dito é em relação a uma negociação que deve e está sendo feita em termos de reestruturação da APS e, é com esse conjunto que a mudança irá se efetivar.

O discurso do gestor também se mostra atualizado: são novas ideias e a crença na proposta de readequação da APS no cenário. Isso pode ser verificado com a utilização da marca linguística "*Então, se a gente não faz isso, a gente não tem como desenvolver a ação*". O discurso apresenta aspectos limitantes do que foi anteriormente pactuado. Entretanto, a justificativa ocorre em detrimento ao movimento de ajuste, à negociação em uma contracorrente que está ocorrendo no cenário.

Novamente, se evidenciam sentidos de um discurso ideológico pautado nas experiências práticas exercidas anteriormente, ampliado por um discurso político conciliador entre as diferentes instancias políticas locais com vistas à adequabilidade do cenário ao novo contexto.

No que tange ao TDO no município, um dos gestores coloca os desafios enfrentados na atenção à saúde na TB no próximo recorte.

Recorte Discursivo nº 04: "*Embora ainda sejam caminhos as vezes que a gente tem que abrir, porque não é uma prática ainda pra todo mundo, e eu acho, que o maior desafio nisso tudo é convencer os profissionais, não é nem o doente... São os profissionais. (...) Agora também é outro desafio muito grande, porque por mais que a gente queira fazer, eles fogem, eles não querem, e quando eles não querem mesmo, qual a solução que a gente tem se ele não quer, mesmo que você vá lá dar o remédio e ele não quer aceitar?" (G3).*

De acordo com o discurso do gestor, inicialmente, o profissional não quer fazer o TDO, mas depois ocorre a contradição discursiva, ou seja, é o doente que não quer fazê-lo. Isso pode ser evidenciado pelo uso das marcas linguísticas "*não é nem o doente... São os profissionais*" e "*mesmo que você vá lá dar o remédio e ele não quer aceitar?*". Novamente a contradição se evidencia, pois na exterioridade linguística, no social, diferentes discursos coexistem e divergem, implicando

diferenças no que tange à inscrição ideológica do sujeito, evidenciando de tal forma as contradições e os conflitos (FERNANDES, 2008).

O gestor coloca que o TDO “*não é uma prática ainda pra todo mundo*” e reforça a necessidade de se convencer os profissionais que atuam para instituir o mesmo de forma efetiva. Cruz et al. (2012), ao trabalharem com a qualidade do cuidado em saúde, referem que o aspecto técnico-científico é importante para o alcance do sucesso terapêutico, mas torna-se insuficiente se os aspectos interpessoais e inter-relacionais da qualidade do vínculo e do local no qual ocorrem as ações não forem priorizados.

Nessa mesma linha de pensamento, Munro et al (2007) trazem em seu estudo que o objetivo principal é o tratamento do doente de TB (e conseqüentemente, a sua cura). Dessa forma, os aspectos relacionados aos serviços de saúde devem ser adaptados às realidades locais, os quais são fundamentais na adesão ao tratamento da TB. Novamente se evidenciam conceitos referentes à TP, pois os sujeitos devem estar comprometidos com a integração de ideias e políticas no decorrer do processo e também observar que há uma imensa diversidade do que pode ser transferido, quais estratégias podem ser utilizadas de um cenário para o outro, o quanto os sujeitos se envolvem e que os motiva a participar da TP (DOLOWITZ, 2003).

Em outro estudo, Turco (2008) discorre sobre o acesso e adesão ao tratamento da TB e coloca que na visão do usuário, os profissionais acabam por adaptar o que consideram ser mais adequado às diferentes situações, a depender do contexto local. Cruz et al. (2012) concluem que em relação aos profissionais de saúde, a maioria aceita o TDO e que os mesmos sinalizam essa estratégia como uma forma de estarem mais próximos das demandas da comunidade. Também sinalizam a importância dos incentivos e concordam que nem todos os usuários teriam indicação de fazer TDO, predominando a ideia de que o mesmo é indicado apenas para os toxicodependentes, alcoolistas, moradores em situação de rua e de vulnerabilidade, adolescentes, crianças, idosos, coinfectados TB/HIV, casos de abandono prévio e doentes com comorbidade.

No recorte, as marcas linguísticas “*convencer*” e “*eles fogem*” remetem a um discurso autoritário, permeados pela memória discursiva do policiamento, ou seja, da posição que o sujeito ocupava antes de exercer a gestão em saúde. Dessa forma, esse funcionamento discursivo toma como referência elementos que

constituem as condições de produção do sujeito, amplas e estritas, e a relação com o modo de produzir efeitos de sentidos (ORLANDI, 2010).

De acordo com as configurações da interlocução há uma tensão entre paráfrase e polissemia, onde essa relação é considerada o fundamento da linguagem, atestando desse modo o confronto entre o simbólico e o político. Assim, pode-se dizer que o discurso autoritário é o polo da paráfrase, ora visto que o sentido permanece único mesmo que em diferentes formas, onde ocorre o assujeitamento ao comando (ORLANDI, 2006, 2010). Lagazzi (1988, p. 21) coloca que

[...] essas relações hierarquizadas e autoritárias de comando-obediência, presentes nas mais diversas situações e diferentes contextos sociais, levam as pessoas e se relacionarem dentro de uma esfera de tensão, permeada por direitos e deveres, responsabilidades, cobranças e justificativas.

Com referência a essas relações hierarquizadas, o gestor faz um apagamento de sentidos da negociação do TDO com o doente e se justifica pelo uso da marca linguística “*qual a solução que a gente tem se ele não quer*”, caracterizando um sentido interrogativo no qual a pergunta fica suspensa, mas já mostra a sua resposta: não há solução, não há negociação, tem que fazer o TDO.

No efeito ideológico de apagamento/silenciamento, o silêncio abre os sentidos (enquanto real do discurso) e mostra que há formas de significar que a linguagem não alcança. Os espaços de silêncio, próprios da experiência humana, não são passíveis de simbolização. O ideológico se manifesta como um efeito de evidência do sujeito e do sentido, sendo que a ideologia só se torna possível a partir do silêncio, ou seja, é pelo efeito de apagamento de sentidos e das condições de produção que a ideologia trabalha. Sem a noção de silêncio isso não seria possível (LISBOA, 2010).

A produção de sentidos circulantes no discurso nos mostra um discurso autoritário, permeado por um interdiscurso relacionado à sua prática profissional anterior, diferente da exercida atualmente e, revela poucos espaços de negociação frente a política do TDO.

O último recorte do presente bloco discursivo traz a discussão da atenção à saúde na TB e trata da memória discursiva de um dos gestores frente a uma experiência exitosa em Manaus.

Recorte Discursivo nº 05: *“e nesse período do Projeto Fundo Global, a gente conseguiu vale-alimentação e... Auxílio alimentação e auxílio transporte, para os pacientes que faziam TDO, e pra gente foi um piloto, pra gente mostrar no nível local qual que era o retorno daquilo para o programa. E a gente conseguiu monitorar e mostrar que entre os pacientes pelo menos que receberam incentivo, o resultado do tratamento foi significativamente melhor em relação aos que não receberam o incentivo. Isso deu subsídio pra que a gente quando terminou o projeto do Fundo Global, a gente conseguisse pelo menos manter alguma parte disso com recurso próprio. Então em 2012, em 2012 especificamente, a gente conseguiu com recurso próprio manter o auxílio alimentação e pelo menos até setembro desse ano a gente ainda mantém auxílio alimentação, mas não cobre a quantidade que a gente gostaria que cobrisse, porque é... (...) O que a gente consegue disponibilizar hoje só cobre, só dá pra gente acessar em torno de 30%, 25%, 30% dos pacientes que teriam necessidade de receber... Então, a gente acaba selecionando o miserável entre os miseráveis” (G4).*

O gestor traz em sua memória discursiva alusão ao Projeto Fundo Global, o qual foi desenvolvido sob a coordenação do mesmo em sua ocupação profissional anterior. Tal projeto surge em 2000, em reunião do grupo dos países mais desenvolvidos economicamente do mundo, denominado G8, e se estabeleceu um Fundo Global de Combate à Aids, TB e Malária, com uma montante inicial de 19 bilhões de dólares objetivando a mobilização de recursos internacionais para o apoio a resposta dos países no controle das doenças. Uma avaliação de cinco anos mostrou que mais de US\$ 5 bilhões foram utilizados em 410 projetos de 132 países. Desse total, 17% foram destinados à TB, abrangendo dois milhões de pessoas em TDO (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

O Brasil foi contemplado, com um projeto de fortalecimento da estratégia DOTS em grandes centros urbanos com alta carga de TB (Projeto FG TB Brasil), integrando ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. O mesmo foi

aprovado em 2004/2005, com uma dotação de 27 milhões de dólares para o desenvolvimento dos projetos no período de 2007 a 2012 (BOARETTO; BASTOS; NATAL, 2012).

Dessa forma, o projeto objetivou apoiar às ações de controle de TB no país, a partir de uma proposta conjunta entre instituições da Sociedade Civil Organizada e PNCT, tendo como prioridade trabalhar em pesquisas operacionais, aplicadas ao dia a dia dos serviços de saúde, capacitando profissionais e fortalecendo a interação e o diálogo entre os serviços, academia e comunidades (NATAL, 2012).

A marca linguística “*foi um piloto*” evidencia o caráter temporário do projeto, ou seja, foi “uma testagem” em termos de recursos finitos. Outras marcas linguísticas, “*pra gente mostra*” e “*retorno*” demonstram um sentido de possuir voz, de ter autoridade para falar em prol das ações e, principalmente, os resultados do projeto ao PCT local, com argumentações capazes de promover negociações em termos de TP ao gestor local.

Esse fortalecimento se deu, na medida em que os coordenadores dos projetos selecionados participavam de reuniões e oficinas e discutiam os resultados, os métodos referentes aos projetos, ideias e estratégias inovadoras no que tange ao DOTS, e conseqüentemente, ao TDO (BOARETTO; BASTOS; NATAL, 2012).

O sentido expresso pela marca linguística “*significativamente*” também permeia a memória discursiva do gestor, na sua constituição enquanto sujeito (em sua formação na pós-graduação). A memória discursiva em AD é o que chamamos de interdiscurso, ou seja, “aquilo que fala antes, em outro lugar” (ORLANDI, 2010, p. 31). Essa linguagem estatística nos remete aos sentidos de um desfecho positivo no que tange ao TDO, enquanto houve na vigência do Projeto Fundo Global a oferta de incentivos aos doentes, o “*auxílio alimentação e o auxílio transporte*”, de acordo com o gestor. Isso também pode ser verificado em outros estudos, os quais trazem os mesmos sentidos, ou seja, profissionais e usuários consideram que os incentivos ao tratamento (lanche e cesta básica) são aspectos positivos do DOTS, e conseqüentemente, à realização do TDO (na contribuição para a adesão ao tratamento), os quais podem estar relacionados à situação socioeconômica dos usuários (PINTO; PAULA; PARRON JUNIOR, 2006; CANTALICE FILHO, 2009; QUEIROZ et al., 2012).

As marcas linguísticas “*pelo menos*” e “*gostaria*” indicam sentidos limitantes, uma restrição do acesso aos incentivos ofertados aos doentes. Como os recursos

eram oriundos do projeto executado, ou seja, eram finitos, nem todos puderam ser contemplados com os mesmos. Em AD, as análises são destinadas “a evidenciar os sentidos do discurso tendo em vista suas condições sócio-históricas e ideológicas de produção”, ou seja, o discurso nos remete à atuação frente à coordenação do projeto e a ideologia do gestor (FERNANDES, 2008, p. 15). Queiroz et al. (2012) mencionam que os sujeitos em sua grande maioria, dependem de ajuda financeira de familiares no decorrer do tratamento. Dessa forma, os incentivos são relevantes na composição do aporte nutricional e complementar à renda familiar. Uma potencialidade da gestão foi manter com recursos próprios a oferta de incentivos, mesmo sem contemplar a totalidade de doentes.

Esse aspecto limitante novamente é utilizado como mostram os signos “*seleccionando o miserável entre os miseráveis*”, onde a gestão seleciona em torno de 30% dos sujeitos (em tratamento) que irão receber os incentivos. Esse deslizamento de sentidos na composição da metáfora mostra que essas palavras poderiam ser ditas de outra forma. A metáfora também evoca sentidos emocionais nos quais a ideologia é comunicada e existe como fenômeno social (LUQUES, 2010). Assim, a linguagem metafórica manifesta a identidade ideológica do gestor, a qual se mostra conflitante, pesarosa, ao ter que escolher alguns doentes em situação de vulnerabilidade social e econômica para receberem o incentivo. Cabe destacar, que conforme o discurso do sujeito, o aporte financeiro não cobriria todo o ano de 2013.

A produção de sentidos do discurso nos indica elementos presentes na memória discursiva em relação à experiência exitosa anterior associada às condições de produção do mesmo, o qual o faz crer que mudanças são possíveis para a melhoria das ações de controle da TB.

Pudemos observar que o bloco discursivo em questão traz elementos constitutivos da atenção à saúde na TB, os quais estão ancorados em movimentos discursivos promissores para novas formas de organização dos Serviços de Saúde; contradições quanto ao instituído e o por vir revelado por um discurso sofrível frente à impossibilidade de promover uma equidade entre os doentes; discursos autoritários; novas composições e desafios na gestão em saúde e na adoção da TP; e, discursos que movimentam e se assentam em formações ideológicas mesmo que se pautem em ideias e inovações no campo assistencial.

6.2.2. Multiculturalidade do cenário na atenção à tuberculose: os sentidos circulantes

O estado do Amazonas se configura numa multiculturalidade ímpar. De um lado, o Estado divide fronteiras internacionais com a Venezuela, Colômbia e Peru. Visando o acesso aos serviços públicos de saúde aos habitantes dessas áreas fronteiriças, foi instituído em 2005 pelo MS o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteira) objetivando a identificação das potencialidades e deficiências estruturais do SUS nessas áreas e contribuindo para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na integração de ações e serviços (SILVA NETO, 2010).

O conceito de fronteira no passado era definido pela lógica da competição direta e de militarização entre os países, o qual foi substituído pela política de cooperação internacional, onde os países vizinhos passam a pensar as prováveis soluções a um grupo de problemas em comum. Tal conceito remete a ideia de limites político-geográficos sobre um determinado espaço, nos quais se organizam os aspectos sociais e do Estado. Com relação ao atendimento em saúde, a fronteira não pode ser pensada como um divisor legal de território, mas sim, visando à inclusão e valorização do ser humano, independentemente de sua nacionalidade (SILVA NETO, 2010).

Os recursos no SUS são sustentados com base na arrecadação de impostos e descentralizados para os fundos de saúde das três esferas de governo. O mesmo apresenta uma proposta mais inclusiva de organização da assistência e a prestação do atendimento é realizada para todos (contribuintes ou não). Assim, esse direito é assegurado pela Constituição, conciliando os serviços de saúde de forma integral na prestação de uma melhor atenção à população. Nos países que dividem fronteira com o AM, os modelos são entendidos como excludentes, na medida em que contratam empresas privadas pelo Estado na gestão da saúde pública (o atendimento é realizado de acordo com a capacidade contributiva e renda) (SILVA NETO, 2010).

Por outro lado, uma grande parcela da população indígena brasileira perpassa o Estado (168.680 indivíduos), representando 178 terras indígenas, 64 etnias conhecidas e quatro etnias isoladas (BRASIL, 2013). No que tange a TB, os

indígenas caracterizam um dos grupos vulneráveis à doença. Assim, apesar dos princípios da equidade e da atenção diferenciada à saúde serem norteadores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), os povos indígenas do Brasil apresentam uma realidade distante da ideal, sendo que tal sistema é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (WELCH, 2014).

Na conformação da saúde indígena, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) foram gerados pelo princípio da distritalização dos serviços com vistas a atender às necessidades específicas das diferentes etnias. Pela diversidade da população indígena no Brasil, 34 DSEIs se inserem no país. Entretanto, ainda há limitações por um DSEI cuja atuação seja sensível às necessidades da diversidade da população e dispersão geográfica, caracterizando os desafios e problemas enfrentados na implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (COIMBRA JUNIOR, 2014; GARNELO, 2014).

A PNASPI, implantada em 1999, enfatiza a necessidade de formação e qualificação dos profissionais indígenas, mas, tal política restringe o perfil profissional à categoria dos agentes indígenas de saúde. Tem o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso integral a saúde, seguindo os preceitos do SUS e contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de cada povo indígena (COIMBRA JUNIOR, 2014; WELCH, 2014).

Desse modo, há barreiras culturais e geográficas no que tange especificamente, a atenção à saúde, visto que em determinados locais somente se transita com transporte fluvial. Esse multiculturalismo nos remete à diversidade étnica e racial e, a diferentes identidades políticas e culturais. É nesse contexto, que se configura esse bloco discursivo: os sentidos circulantes sobre a transferência de política do TDO da TB.

Entendendo que essa multiculturalidade perpassa todo o território amazônico, analisamos os recortes seguintes, no intuito de compreender os sentidos empreendidos pelos discursos dos gestores envolvidos na transferência de políticas do TDO.

Recorte Discursivo nº 06: *“Uma dificuldade também aqui, são as nossas áreas de fronteiras. Nós temos trabalhado muito, principalmente na fronteira do Alto*

Solimões, que a gente tem três fronteiras ali, é... Nessa questão de tentar fazer a integração, né? E isso tem sobrado muito pra gente por que: porque o... Sistema de Saúde dos outros, dos outros países realmente, é... As pessoas tem dificuldade de acesso, né? Então tá vindo tudo pra cá” (G1).

Inicialmente, a marca linguística “*também*” caracteriza um sentido somatório, ou seja, são muitos problemas enfrentados no Amazonas (evidenciando o sentido localizado pela marca linguística “*aquí*”), e as áreas de fronteiras somam-se aos demais. O gestor localiza a área de fronteira do “Alto Solimões”, onde a mesma divide a tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. Tabatinga é um município conurbado com a cidade de Letícia, localizada na Colômbia, evidenciando que a região de fronteira aponta a diversificação e heterogeneidade de línguas, costumes e comportamentos (PRIOTTO, 2013).

Na leitura do gestor, a marca linguística “*tenta fazer a integração, né?*” remete a falta de uma política integradora entre os sistemas públicos de zona fronteiriça e a uma sobrecarga na utilização do SUS, que onera tanto do ponto de vista financeiro, quanto ao acesso dos brasileiros no sistema público nacional. De acordo com Gadelha e Costa (2007), o setor saúde, considerado estratégico para o desenvolvimento, requer atenção dos planejadores de políticas públicas voltadas à integração, visto que, sem um planejamento integrado de saúde nas fronteiras, as dificuldades nos processos de integração dificilmente serão superadas.

O gestor, por meio do interdiscurso, traz sentidos que já estão ditos, quando se refere às áreas de fronteira onde as pessoas transitam de um lado para o outro, sendo que o processo de adoecimento também atravessa fronteiras. Orlandi (2010, p. 31) refere o interdiscurso como o “saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído”. Também deixa implícito pelas marcas linguísticas “*dificuldade de acesso, né?*” e “*sobrado muito pra gente*”, presentes no não-dito do sujeito, que o sistema de saúde brasileiro é entendido como melhor do que os países em questão e que há uma grande demanda dos “vizinhos” internacionais.

Duas outras passagens marcam o deslizamento do gestor com relação aos sistemas de saúde internacionais, sendo elas “*por que: porque o...*” “*realmente, é...*”, evitando entrar na questão de precariedade dos mesmos. De acordo com Orlandi (2010, p. 82), em todo o dizer “há toda uma margem de não-ditos que também

significam”, ou seja, diferentes formas de não-dizer, como por exemplo, o sentido implícito. O não dito na AD também pode ser trabalhado como silêncio. Nessa unidade discursiva, o não dizer do gestor nos remete a um silêncio local, uma proibição do dizer na conjuntura da gestão e da ética, de tal forma que o silêncio está sempre acompanhado das palavras.

Essa circulação internacional não está relacionada apenas à população indígena, mas também à população em geral, que para o nosso objeto da pesquisa tem uma relevância importante, na medida em que para as discussões da TP, em especial para grupos populacionais que adoecem por TB, a política do TDO requer a revisão de possíveis adaptações no sentido de abarcar esse estrato populacional com dificuldades de adentrar o SUS.

Outro sentido que demonstra que a população internacional procura o SUS não somente para o tratamento da TB, mas para todo o acometimento em saúde, fica evidenciado em “*Então tá vindo tudo pra cá*”, ou seja, a procura por atendimento à saúde acaba ocorrendo no Brasil, como já discutido anteriormente, em termos de financiamento e outras questões que devem ser suscitadas (como por exemplo, melhor acesso e qualidade dos serviços).

A produção de sentidos nos dá pistas de um discurso circulante entre a comparação dos sistemas de saúde brasileiro e internacional (na memória discursiva do gestor), ou seja, dos enfrentamentos vivenciados no cenário.

A próxima unidade discursiva trata da TB na população indígena e nos desdobramentos da resistência do sujeito a tratamentos anteriores.

Recorte Discursivo nº 07: *“Mas nós temos acompanhado muito de perto mais esse, por causa... Porque tem um caso de multirresistente que mora na aldeia e ele teve tuberculose, antes do diagnóstico de multirresistência, teve dez tratamentos anteriores pra tuberculose até ele ter o diagnóstico de multirresistência. Ele atualmente tá com quinze anos entre uma tuberculose e a multirresistência e continua sem cura... É um multirresistente que evoluiu na resistência, já é quase XDR... E está lá, mais resistente que o bacilo! Ele só tem um lado do pulmão, mas você olha pra ele e não percebe a gravidade da situação olhando pra ele. Ele tem um lado do pulmão funcionando parcialmente, porque ele se tornou mais resistente do que o bacilo. Ele já tá há quinze anos convivendo com a situação. E mora numa*

aldeia assim, e convive diretamente com todo mundo. Por isso que a gente acompanha mais de perto e teme que... Todos os casos pro futuro que aparecerem a gente precisa investigar pra ver se encontra o mesmo padrão de resistência que o dele ou não” (G3).

Por meio do recorte, observa-se que o gestor traz em seu discurso um autoritarismo em relação a sua memória discursiva (da ideologia advinda de sua posição anterior), que o doente é apenas mais um “indivíduo”, onde se evidencia um tensionamento discursivo entre vida e morte - bacilo e sujeito. De acordo com Orlandi (2010, p. 31) “o interdiscurso disponibiliza dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva dada”. Nessa tensão, quem está “ganhando” a luta é o indivíduo, o qual pode ser visto pelos fatos da linguagem “*e está lá, mais resistente que o bacilo*”, “*ele só tem um lado do pulmão*” e, “*ele se tornou mais resistente que o bacilo*”, ou seja, ele (o indivíduo) é mais forte porque é mais resistente que o bacilo.

O efeito metafórico “*ele se tornou mais resistente que o bacilo*” concebe o deslize, dando lugar à interpretação, da ideologia e da historicidade do gestor, caracterizando uma relação entre língua e discurso. Orlandi (2010) traz que o trabalho da interpretação expõe o sujeito à historicidade, assim como a ideologia e o equívoco, na relação com o simbólico.

Na marca linguística “*é um multirresistente que evoluiu na resistência*” apreende-se que o sujeito (encarado como um indivíduo) não é mais o problema destacado pela naturalização do processo de adoecimento por TB. Nessa retórica, a retomada do discurso faz desaparecer o sujeito e revelar apenas o bacilo.

Por fim, o fato de linguagem “*teme que...*” caracteriza uma pausa, um deslizamento, o qual, por meio de um não-dito revela o sentido de temor para com esse indivíduo na transmissão desse bacilo aos outros indígenas da aldeia. Esse não-dito em AD, nos remete ao interdiscurso do sujeito, o qual caracteriza “todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas” que determina o que o sujeito diz (ORLANDI, 2010, p. 33). Também se evidencia o sentido de preocupação enquanto gestor, na investigação dos casos de TB futuros que possam a vir se desenvolver, de acordo com a marca linguística “*pra ver se encontra o mesmo padrão de resistência*” no intuito de checar se esse “indivíduo” foi o transmissor do bacilo.

De acordo com Orlandi (2010, p. 82), o “não-dito é subsidiário ao dito”, ou seja, de algum modo eles se complementam e se acrescentam. Na produção de sentidos, tal processo está vinculado ao deslize, no entendimento que há outros sentidos possíveis que o constitui (ORLANDI, 2010).

As pistas discursivas evidenciam uma produção de sentidos pautados em um discurso autoritário e permeado pelo uso da linguagem metafórica.

Outro recorte construído pelo mesmo gestor revela sentidos da multiculturalidade na atenção à saúde na TB, por meio das regiões rurais.

Recorte Discursivo nº 08: *“O que dificulta no interior é o fato de quando eles moram em áreas rurais ou áreas indígenas, onde não tem profissional de saúde. Isso é praticamente impossível fazer tratamento supervisionado, que não há profissional pra acompanhar e é... É algo que a gente tem que descobrir ainda outras estratégias de como fazer isso, que também não há como deslocar pessoas da área rural pra cidade pra ficar o tempo todo em tratamento. Então, aí a gente tem que pensar na questão de, de... Uma linguagem que faça a pessoa entender a importância do tratamento, de tomar todo dia num tempo grande. Isso também é outra coisa que a gente tem que pensar... Comunicação... Que faça a pessoa entender repetidamente e fazer a mesma recomendação para que ela não desista de se tratar” (G3).*

O gestor situa as fragilidades do TDO em outros espaços, ou seja, nas áreas rurais e indígenas. A dificuldade referida expressa que o TDO não possui a mesma ressonância em termos de TP em todos os territórios sanitários. O deslize verificado pela marca linguística “*não há profissional pra acompanhar e é...*” caracteriza um efeito metafórico, próprio da ordem do simbólico. Nessa metáfora, ocorre o lugar da interpretação, da ideologia e da historicidade (ORLANDI, 2010). A mesma trata de um assunto importante, dada às elevadas taxas de incidência de TB nessas populações, mas acaba ocorrendo um apagamento da possibilidade de negociação do TDO autoadministrado junto aos doentes.

Um estudo desenvolvido no município de São Gabriel da Cachoeira, a qual se localiza no noroeste do Estado do AM, próximo às fronteiras com a Venezuela e Colômbia, observou-se que na descrição da situação da TB foi admitida a existência

de subáreas na região que costumam ser subdivididas conforme os principais cursos dos rios. De acordo com o estudo, a TB nesse local se expressa pela incidência 2,4 vezes maior que a do Estado do AM e até quatro vezes maior que a do Brasil. O incremento das notificações a partir de 2000 parece estar ligado a uma estabilização das rotinas dos serviços e dos profissionais que repercutiu na presença das equipes do DSEI nas aldeias favorecendo a identificação dos casos, até mesmo pela efetivação das políticas de saúde indígena. (LEVINO; OLIVEIRA, 2007; GARNELLO, 2002).

Outros fatos de linguagem evidenciados com os signos “*tem que pensar na questão de, de...*”, “*uma linguagem que faça a pessoa entender a importância do tratamento*”, “*a gente tem que pensar...*” e “*Comunicação...*” refletem a angústia do gestor diante da normatização da TP do TDO, onde o mesmo não acredita na potência do sujeito na negociação do tratamento e que a responsabilidade é exclusiva para o doente. De acordo com Gonzales et al. (2008), o paciente em TDO não está sozinho diante da responsabilidade da adesão ao mesmo, pois os profissionais da saúde, o governo, e mesmo as comunidades também a dividem no fornecimento do suporte que os mesmos necessitam para a continuação e término do tratamento.

Os serviços devem se organizar para o controle da TB, o que requer organização no acompanhamento do doente e a flexibilização da supervisão pelas equipes, as quais podem supervisionar no domicílio, no local de trabalho, ou por um contato próximo ao paciente (responsável e treinado) sob a responsabilidade do PCT local (ou mais próximo) (GONZALES et al., 2008).

A produção de sentidos nos fornece elementos discursivos autoritários no que tange ao discurso do gestor e a um apagamento da possibilidade de negociação do TDO realizado pelos deslizamentos no indicativo dos efeitos metafóricos utilizados.

O último recorte do presente bloco discursivo detalha barreiras no que concerne ao acesso aos serviços de saúde.

Recorte Discursivo nº 09: “*E dificuldades, né? É, o que eu coloco, assim, a barreira é com a questão do acesso às Unidades, que é complicado não só aqui, como pra Rede Básica também... O acesso às Unidades pra que haja, né? Fazer... A tomada da medicação, né? A questão do... Quando eu falo em acesso eu já estou*”

falando da questão do transporte, né? Que eles têm o... O recurso né? Pra chegar até a Unidade... Isso eu estou colocando aqui, mas no interior é mais complicado que ele tem que ir de barco... Como é que ele vai ter lugares, né? Da sede do Município pra lá... Não tem como, né? É mais complicada ainda essa questão aí... Estou falando de Manaus que a gente tá correndo de um lado pro outro, todo mundo de carro, né?” (G6).

O gestor apresenta um discurso médico sanitário tradicional, que vai do polêmico para o autoritário. De acordo com Orlandi (2006, p. 154), o discurso polêmico “é aquele em que a reversibilidade se dá sob certas condições e em que o objeto do discurso está presente, mas sob perspectivas particularizantes dadas pelos participantes que procuram lhe dar uma direção”. Nessa tipologia, a polissemia é controlada, ou seja, ocorre o deslocamento, o equívoco e a ruptura dos processos de significação (ORLANDI, 2010).

Novamente se evidencia a resistência na ausência de negociação do serviço com a APS, pois o paciente tem que ir ao serviço para o uso da medicação injetável. O serviço no qual o gestor está inserido realiza a centralidade da atenção, tanto no acesso ao diagnóstico quanto na realização do tratamento.

O conceito de acesso revela sentidos restritos ao transporte, mas o mesmo é multidimensional. Pode ser definido por um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade dos usuários, envolvendo recursos humanos e físicos, além, de administrativos e financeiros, os quais determinam quem receberão os serviços e em que condições. Também está relacionado à necessidade do usuário, ao ingresso aos serviços, mão-de-obra disponível, horário de funcionamento, qualidade do atendimento, e não somente a distância percorrida (FIGUEIREDO et al., 2009).

Tal conceito auxilia na indicação do impacto da APS na avaliação dos serviços. A estratégia DOTS, e conseqüentemente, o TDO não é meramente uma abordagem clínica, mas uma política transferida para o controle da TB, a qual está inserida no sistema de saúde. As dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços são relevantes na detecção e tratamento da TB, e de acordo com a OMS, o acesso se constitui em uma importante ferramenta de aprimoramento do SUS (FIGUEIREDO et al., 2009).

A produção de sentidos nos indica elementos discursivos do tipo polêmico que tendem para o autoritário, ou seja, na resistência de negociação com a APS do cenário.

O presente bloco discursivo traz relevantes contribuições dos sentidos constitutivos da multiculturalidade do cenário na atenção à TB, ancorados na memória discursiva em relação ao enfrentamento das dificuldades encontradas nas áreas fronteiriças, no polo atrativo do sistema de saúde para a circulação internacional no que tange à procura dos serviços de saúde no Brasil, pela ocupação das populações indígenas e as políticas públicas que respaldam as mesmas, às áreas rurais e às dificuldades de acesso; na produção de sentidos discursivos autoritários e no apagamento da possibilidade de negociação do TDO, seja com a APS ou com os doentes, os quais indicam deslizamentos com o uso dos efeitos metafóricos. Esses elementos devem ser pensados para a instituição do TDO em cada contexto específico.

6.2.3. Transferência de políticas: a subjetividade na prática discursiva

O modo como as políticas são transferidas entre os países tem atraído interesse público ao longo dos últimos tempos (DOLOWITZ, 1996). Em se tratando da TP entre os níveis nacionais e internacionais, a política de saúde DOTS para o controle e tratamento da TB, que de acordo com Ogden, Walt e Lush (2003), após um longo período de negligência, em decorrência do advento da medicação instituída na década de 1940, a doença saiu da lista de prioridades da saúde pública. Entretanto, ela retoma a mobilização de recursos e coloca-se nas agendas internacionais e nacionais de políticas públicas novamente, pelo advento da elevada proporção que a doença apresenta, tendo como consequência, a declaração da TB como uma emergência mundial no ano de 1993 (LUSH; WALT; OGDEN, 2003).

O campo da TP é composto de várias comunidades especialistas em determinadas áreas políticas. Um exemplo são as comunidades epistêmicas formadas por uma rede de profissionais na área da saúde pública preocupados com determinado assunto, em nosso caso a TB, que compartilham não somente noções de validade, padrões de raciocínio e práticas discursivas, como também o

compromisso com a produção e aplicação do conhecimento, nos termos de um projeto político dirigido à problemática e fundado nesses entendimentos comuns. Também podem ser coalizões, compostas por diferentes grupos focados na preocupação sobre uma questão específica (HAAS, 1992).

As comunidades políticas, e determinados indivíduos dentro delas, podem priorizar mais a política do que de fato, a aplicação técnica destes processos, as quais podem resultar em consideráveis contestações (OGDEN; WALT; LUSH, 2003).

A respeito da TP do DOTS, e específico para o nosso caso, o TDO, um dos pilares dessa política, Ogden, Walt e Lush (2003) sugerem que, embora seja possível levantar o perfil de uma política com a “marca” da mesma, o sucesso da TP também depende de eventos externos que realizam a ação, e nos riscos da simplificação das abordagens, os quais podem vir prejudicar programas locais apropriados. De acordo com os mesmos, mudanças nas políticas impulsionadas internacionalmente podem levar à TP a ser implantada de forma aparente, mas não necessariamente implementada com sucesso, nos programas de saúde.

Uma das características na TP é perceber como uma política pode ser transferida voluntariamente onde os tomadores de decisão a experienciam em outros lugares, e adotam em seus contextos; ou coercivamente onde são impostas sobre os formuladores de políticas governamentais. O entendimento de como a política é transferida também é relevante, pois sem grande “propriedade”, os resultados podem levar à falhas e déficits em sua implementação (STONE, 2001).

A introdução da estratégia DOTS, teve um início dogmático, mas a OMS suavizou a sua implementação quando reconheceu o TDO como sendo um dos elementos da abordagem, que pode ser adaptado em diferentes circunstâncias de cada país. No entanto, a TP pode apresentar contornos rígidos e assim, prejudicar a concepção da política e torná-la inapropriada, as quais precisam ser adaptadas para ajustes em seus próprios contextos locais (LUSH; WALT; OGDEN, 2003).

O TDO é caracterizado por baixa densidade tecnológica, porém com processos de gestão e cuidados densos, uma vez que estabelece um senso de responsabilidade sobre os profissionais de saúde, responsáveis pela supervisão da ingesta medicamentosa. Segundo alguns autores, com o monitoramento desse progresso, é possível dobrar taxas de cura de pacientes com TB (KLAUDT, 2000).

Dessa forma, os seguintes recortes desse bloco discursivo foram analisados, e pôde se identificar como são constituídos os discursos a partir da prática discursiva da TP do TDO.

Recorte Discursivo nº 10: *“A gente tem discutido muito isso nessa gestão, a gente construir políticas que não dependam de gestor e de gestão, que elas sejam de fato consolidadas e efetivadas dentro do município. Independente de quem venha a me substituir, ou substituir o secretário, ou o coordenador da tuberculose, a gente manter as ações, e isso a gente percebe muito. A cada quatro anos muda o modelo de gestão, mudam as ações, né? Mudam as prioridades, então a gente tá discutindo um modelo que a gente não tenha esse risco, né? De tá mudando ao longo de quatro anos, ao longo de oito anos, muda tudo, né?”* (G2).

O gestor se situa no âmbito coletivo, ou seja, ele se coloca na gestão de um novo movimento de mudanças na organização dos serviços de saúde liderados pela atual gestão. Isso pode ser observado ao longo do recorte com a utilização e repetição da marca linguística “a gente”. Outra marca linguística que expressa sentidos da exaustividade das discussões da reorganização da APS no cenário de Manaus é o signo “muito”, a qual integra a questão da coletividade da gestão, e, além disso, evidencia todo o trabalho que vem sendo desenvolvido com as visitas de um assessor, especialista nas discussões da temática (APS).

O sujeito possui uma posição fundante, uma posição ideológica, a qual traz elementos relacionados ao cargo anterior de gestão, mas também da atual gestão, onde novas ideias ampliam a visão de que as prováveis mudanças esperadas só serão efetivadas com as propostas discutidas pelo grupo gestor.

Por meio da materialidade discursiva, os vestígios presentes pela marca linguística “que não dependam de gestor e de gestão” traz um não-dito por meio de sua posição política (uma posição permanente e não, transitória), a qual trabalha sentidos no engendramento de políticas de Estado, e não, de governo. Segundo Orlandi (2010, p.82), no decorrer de todo dizer “há toda uma margem de não-ditos que também significam”, ou seja, o gestor discute os sentidos que são produtos e processos que constituem uma política de Estado e não de governo.

De um modo geral, as políticas de governo são aquelas em que o Executivo decide num processo elementar de formulação e implementação de determinadas medidas e programas, as quais visam responder as demandas da agenda política interna, ainda que envolvam escolhas complexas, mas que transitam por um caminho mais curto. Em contrapartida, as políticas de Estado são aquelas que envolvem mais de uma agência do Estado, passando em geral pelo Parlamento ou por instancias diversas, onde as mesmas analisam os efeitos da política a ser implementada, e após longo tempo de discussão resulta em mudanças de outras normas ou disposições preexistentes, com incidência em setores mais amplos da sociedade (OLIVEIRA, 2011; SANTOS, 2013).

Em um aspecto geral, pode-se dizer que as políticas de Estado são aquelas que conseguem ultrapassar a delimitação de um período de gestão, as quais são fortemente institucionalizadas em uma sociedade, diferente de uma política de governo. A diferença entre elas é a maneira como as mesmas são incorporadas pela gestão (SANTOS, 2013).

Assim, a política pública de saúde do TDO de acordo com a fala do gestor, parece ter sido incorporada de forma transitória, sem consolidação da mesma. Quando pensamos em termos de TP, os sentidos produzidos refletem um tensionamento de forças, uma fragilidade (em termos de gestão) na medida em que tal política não se torna uma prioridade no cenário, apesar da sua importância epidemiológica, o que denota a ausência da garantia de sua efetivação. Sobre esse aspecto, Ruffino Netto (2002), discute que um dos problemas que enredam a saúde pública no Brasil é a dificuldade de continuidade dos programas instituídos.

Outra marca linguística, traz sentidos do sujeito enquanto participante no processo de mudança, tal como evidenciado em “*a gente tá discutindo um modelo que a gente não tenha esse risco*”. Apesar de pouco tempo de atuação na atual gestão, o gestor está discursivamente ancorado em uma nova proposta de organização dos serviços de saúde local. A marca linguística “risco” traz a ideia de que essa nova política organizacional seja percebida na sua concretude e que não pela sua brevidade, aspecto revelador das suas formações ideológicas.

De acordo com Ayres (2011), o conceito de risco traduz-se em grandezas matemáticas, que de acordo com estimativas da chance de exposição a um fator (seja ele genético, ambiental ou comportamental) pode estar associado a um determinado estado ou condição de saúde, dado certo grau de incerteza da

inferência, considerada pragmaticamente aceitável. No discurso do gestor há vestígios de uma linguagem médico sanitária que se utiliza para expressar algo relacionado à organização dos serviços de saúde que pode ser permeado pela fragilidade da política, “*mudam as prioridades*” e “*a gente tá discutindo um modelo que a gente não tenha esse risco*”. Esse “risco” está diretamente associado à utilização de paráfrase, ou seja, o gestor fala de outra forma da preocupação de se perpetuar a política do TDO para que não mudem as prioridades do cenário. De acordo com Orlandi (2010, p. 36), “em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória”, e isso caracteriza o processo parafrástico. Em termos aplicáveis à TB, o conceito de risco no discurso da epidemiologia é utilizado para designar a condição de populações que vivem meios insalubres, como um elo entre os agentes infecciosos e as populações suscetíveis (AYRES, 2011). Essa linguagem médico-sanitária também deixa pistas em outro momento do discurso do mesmo gestor (recorte discursivo nº 02), onde a discussão das metas da TB estavam sendo repactuadas.

A produção de sentidos discursivos nos indica um posicionamento ideológico evidenciado pelas condições de produção do sujeito, que traz elementos vinculados à experiência exitosa anterior na gestão que podem ser colocadas em prática no atual contexto.

Quando interrogado como se dá a TP do TDO entre as esferas públicas, o gestor indica pistas de sua experiência com os demais gestores, como se pode observar no recorte seguinte.

Recorte Discursivo nº 11: “*A gente tenta fazer essa forma, a adaptação de que a gente... Tenta fazer uma rede, do nosso modo, mas a comunicação não é muito fácil também por aqui, porque a internet é difícil, telefone dependendo do município é complicado, nem sempre a gente consegue fazer contato com qualquer município. Mas a... A Transferência mesmo, de fato concreta, ela é algo assim subjetiva, a gente sabe, tem as normas gerais que todo mundo tenta seguir, a gente reproduz o que o Ministério da Saúde recomenda, e ensina pra eles que deve ser feito dessa maneira, que cada um de nós tem uma atribuição que tá no manual, qual a atribuição do Estado, do Município, da Regional, da Unidade de Saúde, eles tem lá, então a gente segue as diretrizes gerais, não é algo que a gente trabalhe pra*”

fazer essa Transferência diretamente, mas segue indiretamente o que tá nas diretrizes gerais do Programa Nacional de Tuberculose. E o que a gente segue de modo geral, o que torna uma diretriz única é o Manual de Recomendações do Ministério da Saúde que é pra todo mundo, né? O nosso é padrão, todo mundo se guia por ele. O que não tá lá é o que a gente tem que perguntar, quem tem experiência que a gente não tem, ou pergunta lá pro Programa Nacional, pergunta de alguém que já tá no nível mais avançado como São Paulo, que sempre tem algumas experiências melhores do que a gente ainda tá tentando fazer, é... (G3).

O gestor, por meio da marca linguística “*tenta fazer uma rede do nosso modo*”, nos dá pistas da sua memória discursiva, ou seja, uma rede que é feita do ponto de vista da ideologia do mesmo, no que ele acredita, ou seja, uma rede que é feita do ponto de vista ideológico, a partir das suas concepções, do que ele acredita. Esse sentido também pode ser clarificado por “*mas segue indiretamente*”, de forma que a TP do TDO é realizada, mas segue-se de uma forma particular, da maneira com o gestor atua. Orlandi (2010) afirma que o saber discursivo, por meio da memória discursiva, torna possível o dizer na retomada do já-dito, a qual se sustenta em cada palavra.

Também se evidencia por meio do recorte, que o discurso autoritário é mantido de forma incisiva e rígida, o qual segue uma questão inconsciente, a memória discursiva de seguir normas, enquanto a posição ocupada de delegado de polícia. Pode-se evidenciar isso, por meio da marca linguística “*cada um de nós tem uma atribuição que tá no manual*”. Esse inconsciente traz sentidos ideológicos, o que nos reporta ao esquecimento número um, e atesta o quanto o sujeito é afetado pela ideologia. Ao se constituir ideologicamente, o gestor retoma sentidos pré-existentes, sentidos determinísticos que dizem o que deve ser rigorosamente seguido. De acordo com Orlandi (2010, p. 35), os sentidos “são determinados pela maneira como nos inscrevemos na língua e na história e é por isto que significam e não pela nossa vontade”.

Outras marcas linguísticas evidenciam uma pluralidade de sentidos. Podemos notar que “*com qualquer*” e “*todo mundo tenta*”, o sentido é o da generalização, ou seja, o contato não é realizado com todos os municípios, pois há um distanciamento, uma falta de articulação e, até mesmo de comunicação com os mesmos. Cabe destacar, que o local de trabalho do gestor no momento da produção dos dados

empíricos estava sem fornecimento de energia elétrica, conforme descrito anteriormente. Isso também evidencia uma dificuldade comunicacional, visto que os meios podem-se encontrar interrompidos ora ou outra, em consonância com a situação vivenciada.

No sentido contrário à generalização, as marcas linguísticas “*ensina pra eles*” e “*eles tem lá*” enfatizam um distanciamento, uma forma de dizer que se as pessoas não seguem as normas ditadas pelo MS e reproduzidas pelo gestor, é porque não querem, as mesmas estão claras, estão padronizadas, de acordo com o gestor. Esse aspecto remete ao discurso autoritário na medida em que coloca os gestores municipais como sujeitos destituídos de saberes, portanto precisam ser ensinados, treinados. Tais normas à que o gestor se refere são ditas como uma diretriz única, ou seja, está posto e é para ser seguida.

Alguns deslizamentos na fala do gestor podem ser destacados a partir das marcas linguísticas “*o que não tá lá é o que a gente tem que perguntar*” e “*quem tem experiência que a gente não tem*”, ou seja há uma contradição discursiva, na medida em que o gestor apontava anteriormente no sentido de que as diretrizes por si só se bastavam, o que na realidade concreta, se revela de forma diferente. Compreende-se que esse discurso segue uma linha paráfrastica, ou seja, a constatação de que em todo o dizer há algo que é mantido, o dizível, a memória (ORLANDI, 2010).

Os sentidos produzidos pelo discurso nos remetem a elementos autoritários no que tange a execução da política do TDO permeados pela memória discursiva da posição ocupada anteriormente pelo mesmo.

O seguinte recorte traz elementos referentes ao TDO no que tange ao acompanhamento do mesmo pelos profissionais e os sentidos vivenciados pelo gestor com relação ao êxito da TP.

Recorte Discursivo nº 12: “*Com relação ao Tratamento Diretamente Observado, a gente ainda não tem experiência exitosa que possa informar, a gente tem visto assim, é... O que nós vemos na prática são tentativas de como fazer o melhor possível essa estratégia funcionar, porque, primeiro, considerando a própria resistência dos profissionais: convencê-los de que é necessário fazer, e quando convencem, como fazer isso no dia a dia, considerando o horário, se as pessoas trabalham, se vão a unidade ou se não vão, a gente tem uma dificuldade de*

conseguir algum incentivo pro doente, como cesta básica ou vale transporte, atualmente a gente não tem, então, o que se faz na maioria das vezes é designar um servidor que vai diariamente a casa levar a tomada dele, ou então se ele mora perto e não trabalha, que todo dia ele compareça na unidade pra tomar o remédio, onde é feito, onde é possível fazer. Mas em muitos casos não é possível visitar o doente todo dia que não é coberto aquela área, então, tem que se tentar outra estratégia, ir visitar ao menos uma vez por semana, encontrar um familiar, que apoia, que faça isso, que se comprometa a assistir a tomada dele, que acompanhe o doente. A gente vive constantemente tentando encontrar alternativas pra situações que a gente não tem quem acompanhe essas pessoas, e o que a gente não tem resposta é como fazer isso, por exemplo, na área indígena...” (G3).

Em mais um recorte, nota-se a presença de marcas linguísticas que evidenciam o discurso autoritário do gestor. Essas pistas são percebidas por meio do uso dos signos “*convencê-los*” e “*convencem*”, indicam sentidos da resistência profissional na execução do TDO, da necessidade da articulação para um bom desempenho do trabalho em equipe na área da saúde, voltado ao sujeito que se encontra doente.

A marca linguística “*não tem experiência exitosa*” nos dá indícios de que o modelo vigente que está instituído para o TDO, traz elementos da experiência que o constitui enquanto gestor, ou seja, está centrado pelo que o mesmo determina, no qual nos remete a um TDO rígido, sem adaptações e centrado no indivíduo. O gestor nos dá pistas e nos faz pensá-lo enquanto um sujeito-de-direito, sendo definido como um “efeito de uma estrutura social bem determinada”, a inserção na sociedade capitalista. (ORLANDI, 2010, p.51).

De acordo com Lagazzi (1988, p. 25)

[...] o sujeito se constitui no interior de uma formação discursiva, mas a relação que ele estabelece com essa formação dominante e com outras formações discursivas que aí se entrecruzam, a relação que ele estabelece entre as várias formações discursivas, é própria da história de cada sujeito. Cada história produz um discurso diferente. Trata-se assim, de uma constituição mútua: o sujeito se constitui no interior de uma formação discursiva, mas ao mesmo tempo constitui

uma relação própria com essa formação discursiva, relação permeada pela história desse sujeito.

Outros vestígios são encontrados na marca linguística “*se ele mora perto e não trabalha, que todo dia ele compareça na unidade pra tomar o remédio*”, traz sentidos referentes ao sujeito adoecido por TB e em TDO, os quais indicam novamente um discurso autoritário e que pelo fato de estar doente não se constitui enquanto sujeito de desejos e de direitos numa alusão clara de que o doente pode ficar a disposição do serviço de saúde, ou seja, a centralidade da atenção não se encontra no doente se sim no serviço de saúde.

O discurso autoritário o impede de perceber aspectos mais amplos que podem fazer parte do cotidiano do doente e que poderiam concorrer para as dificuldades desse em se deslocar até o serviço de saúde. Essa administração de sentidos (ORLANDI, 2010) faz com que o doente tenha que se enquadrar de acordo com a organização do serviço de saúde.

Em estudo realizado por Dias et al. (2013), o tratamento, segundo a percepção dos doentes, altera a vida diária dos mesmos, ocasionando o afastamento das atividades profissionais, educacionais e pessoais, no que tange às atividades em família e de lazer. Além dessas alterações, o tratamento ocasiona reações adversas e é revelado como um grande dificultador na adesão ao mesmo, com outros problemas associados, como a dificuldade de deslocamento aos serviços de saúde por conta da saúde debilitada dos doentes. Desse modo, cabe ao profissional de saúde, o entendimento de que há uma série de dificuldades a serem enfrentadas pelo doente.

Na finalização das análises do recorte, a marca linguística “*tem que se tentar outra estratégia*”, evidenciam sentidos relacionados à busca de alternativas, que não necessariamente parecem estar relacionados à inovação, uma vez que existe um signo que pode indicar a manutenção desse sentido autoritário, “*tem que*”. Entretanto, com o deslizamento do discurso do gestor, o mesmo mantém o continuísmo que vinha apresentando, ou seja, no seguimento das diretrizes sem qualquer elemento inovador.

Outras marcas linguísticas, “*que se comprometa a assistir*”, “*que acompanhe o doente*”, “*a gente vive constantemente*” e “*a gente não tem quem acompanhe essas pessoas*”, nos remetem a sentidos da busca incessante de alguém que se

comprometa à supervisão do TDO dos doentes de TB. Questiona-se nesse momento, qual o papel que a família representa ao doente, visto que o discurso do gestor nos dá vestígios de que o familiar deva assumir uma responsabilidade que cabe aos profissionais, ou seja, ao serviço de saúde. O MS preconiza a participação familiar enquanto apoiador do TDO (BRASIL, 2011a), mas o carácter discursivo do gestor aponta para a manutenção do autoritarismo diante da conduta do TDO.

De acordo com Gonzales et al. (2008), o planejamento das ações deve incluir aspectos sócio-econômico-culturais do doente e o estabelecimento de vínculo e co-responsabilização entre o serviço de saúde, doente e familiares. Cabe a gestão, a articulação com a equipe de saúde, integração e co-responsabilização entre os pontos de atenção, promovendo a qualidade da assistência por meio de incentivos aos profissionais, garantindo capacitação técnica das equipes, habilidades e motivação, os quais são indispensáveis para o bom desempenho dos profissionais de saúde no manejo da doença.

Os sentidos produzidos enfocam um discurso autoritário ancorado na memória discursiva do gestor no que concerne ao seguimento de normas estabelecidas, e em nosso caso, na execução da política do TDO.

O recorte seguinte traz elementos constitutivos da memória discursiva do gestor em sua atuação no Projeto FG TB Brasil.

Recorte Discursivo nº 13: *“A gente tem mais ou menos dois milhões de habitantes distribuídos em quatro áreas urbanas, não é muito diferente uma área da outra em relação à população, e a tuberculose também se distribui igualmente, então não dá diferenças pequenas de uma área geográfica pra outra. O que a gente tem são diferenças significativas entre bairros, mas entre zonas, leste, sul, norte e oeste é... Essas diferenças não são significativas. Então, a gente precisa ter um plano de trabalho que ele possa envolver a área urbana toda, não dá pra mim “ah, vou priorizar só esse distrito, porque aqui que tá a TB”. Infelizmente não tem como, porque a TB está em todas essas zonas de... Distritais de Manaus, então foi o que a gente teve assim de mais... De mais inovador e é o que a gente bota embaixo do braço e está tentando agora com a nova gestão vê se a gente consegue fazer um plano de trabalho semelhante, se a gente consegue estruturar uma equipe”*

semelhante que possa dar conta de fazer um trabalho bem intenso como foi esse.” (G4).

O gestor reconhece a TB como um problema de saúde pública e que permeia toda a população, e não somente uma parcela da mesma. Traz elementos referentes à sua memória discursiva em relação ao Projeto FG TB Brasil, o qual foi amplamente vivenciado pelo gestor.

A marca linguística “*ter um plano de trabalho que ele possa envolver a área urbana toda*” traz vestígios de uma ideologia em que o gestor acredita, a exemplo do que foi realizado pelo mesmo, sob sua coordenação, em apenas um Distrito Sanitário de Manaus. O esquecimento número um (chamado de ideológico) evidencia o quanto os sujeitos são afetados pela ideologia, quando se retomam sentidos já existentes. Há uma ilusão em crer que o dito é a origem do nosso dizer. De acordo com Orlandi (2010, p. 35), esse esquecimento reflete o sonho adâmico, “o de estar na inicial absoluta da linguagem, ser o primeiro homem, dizendo as primeiras palavras que significariam apenas e exatamente o que queremos”, onde se retoma, dessa forma, a alusão ao que já foi desenvolvido, a uma realidade importante, mas de uma forma mais ampla (envolvendo todos os distritos). Os sentidos representam “o plano de trabalho” originário no gestor que desse ser generalizado para o município todo, ou seja, “são determinados pela maneira como nos inscrevemos na língua e na história e é por isso que significam e não pela nossa vontade” (ORLANDI, 2010, p. 35).

Outra marca linguística evidencia o uso da metáfora em “*de mais inovador e é o que a gente bota embaixo do braço*”, ou seja, um deslocamento de sentidos que faz a defesa da inovação do projeto e dos resultados positivos do mesmo frente ao cenário de Manaus. Esse sentido metafórico permeia a constituição dos sentidos e dos sujeitos (ORLANDI, 2010). Essa metáfora é articulada com o interdiscurso do gestor, na ilusão de que a proposta seja o melhor para o município ou em termos de TDO, daquilo que já foi produzido outrora e que o sujeito busca em sua memória discursiva esses sentidos.

A ideologia do sujeito o faz crer que a proposta efetivada anteriormente é factível ao município todo, e isso pode ser evidenciado pela marca linguística “*está tentando agora com a nova gestão vê se a gente consegue fazer um plano de trabalho semelhante*”, ou seja, essa motivação frente ao já realizado onde a TP do

TDO abarque toda Manaus. Outras marcas linguísticas, “*consegue estruturar uma equipe semelhante*” e “*fazer um trabalho bem intenso como foi esse*” nos traz elementos referentes ao financiamento do Projeto FG TB Brasil, onde o gestor, por meio de uma experiência exitosa atuou coordenando e integrando atores diferentes (o sentido da equipe) para o sucesso da ação. De acordo com Fernandes (2008), a concepção do sujeito discursivo traz o mesmo enquanto um ser social inserido na coletividade, e não individualizado. O discurso do sujeito é marcado pela sua ideologia em um momento histórico, onde o mesmo pode expressar um conjunto de outras vozes as quais integram a realidade histórica e social, o que nos faz apreender a vivência do gestor em sua atuação exitosa (ideologicamente e historicamente).

Segue abaixo, um recorte que traz elementos para pensar o discurso do gestor na transferência de políticas públicas sob a ótica do financiamento.

Recorte Discursivo nº 14: “*É... Esse, eu acho, esse é uma, uma crítica grande que a gente faz. Ainda o Ministério trabalha com os programas muito verticalizados. Essa é uma dificuldade que a gente tem do ponto de vista de se implantar uma descentralização, porque há muito, as caixinhas se falam quando na realidade nós temos... No nosso modelo nós temos que trabalhar as necessidades do território, da população que mora no território, se é tuberculose vamos trabalhar tuberculose, tá certo? E essa tem sido a dificuldade, dessas políticas muito verticalizadas, você tem dificuldade até porque às vezes, na grande maioria das vezes, a caixinha do Ministério fala com a caixinha do Estado e do Município sem o gestor saber! Essa normatização muito fechada dificulta o que eu chamo de customização do processo para se adaptar em uma realidade diferente, certo? Essas grandes portarias que o Ministério estabelece, normatiza, ela dificulta isso. Porque ao fechar, só pode fazer daquela maneira, às vezes ela é uma barreira para a própria implementação da política” (G7).*

Apesar dos sentidos discursivos por meio da marca linguística “*programas muito verticalizados*” atestarem a verticalização da política, ou seja, a imposição da mesma, o município é um ente federado autônomo, onde se materializam as ações de saúde. Isso se traduz, por meio da Constituição Federal, a qual designa que os

municípios têm a competência e autonomia na captação de recursos públicos, a qual designa que estes devam prestar serviços públicos de interesse da população, de acordo com a gestão local sem a interferência do Estado (BRASIL, 2011). Tal discurso é permeado de paráfrases e verifica-se que no dizer do gestor há algo que é mantido, ou seja, a memória (ORLANDI, 2010).

O gestor é assujeitado pela memória histórica, quando o mesmo atuou na gestão 1989-1992 (no mesmo cargo ocupado atualmente) e que pode ser verificado pela marca linguística “*a caixinha do Ministério fala com a caixinha do Estado e do Município sem o gestor saber*”. Esse assujeitamento faz com que cada sujeito tenha a impressão de que é o dono de sua própria vontade, sem ter consciência disso, levando o mesmo a ocupar seu lugar em uma determinada formação social e ideológica (BRANDÃO, 2012).

O discurso do gestor é economicista e pode ser evidenciado pela utilização das marcas linguísticas “*caixinhas*”, as quais se referem à recursos financeiros. Dessa forma, o mesmo traz em sua memória discursiva que tais recursos, em termos de financiamento, saem do ente Federal e vai ao Estado sem interlocução do município. Isso se dá pela permeabilidade do discurso em termos históricos e ideológicos, pois o sujeito atuou em uma gestão passada, onde historicamente era um período inicial da criação do SUS ao qual se encontrava em construção. O gestor nos dá evidências de sentidos de que na visão do mesmo o ente federal é o responsável pela ordenação dos recursos sem qualquer negociação dos demais. Há um apagamento da negociação da utilização dos recursos pelo mesmo.

Outra marca linguística, “*essa é uma dificuldade que a gente tem do ponto de vista de se implantar uma descentralização*” expressa sentidos referentes ao financiamento proveniente do governo federal. Em seu discurso o gestor situa o repasse como fechado e entende-se que o mesmo não tem como conseguir nada inovador para o município. Entretanto, as inovações não se restringem aos recursos financeiros. Desse modo, existem contradições no discurso do sujeito que nos remete à ideia do desconhecimento da forma como a TP vem ocorrendo no âmbito municipal, pois enquanto gestor, o sujeito seria o principal mediador para as interlocuções da TP junto às equipes da APS. E isso não ocorrendo considera-se que as equipes apresentem fragilidades quanto transferência de políticas públicas de saúde.

Por meio da marca linguística “*No nosso modelo nós temos que trabalhar as necessidades do território, da população que mora no território*”, observam-se pistas do esquecimento número um, do âmbito do ideológico, como se esse projeto inaugurasse a questão do território. Nesse esquecimento, o sujeito é afetado pela ideologia e tem a ilusão de ser a origem do seu dizer (ORLANDI, 2010). Na literatura, nota-se que não há um consenso sobre o uso do conceito de território nas políticas de saúde, entretanto, há uma importância estratégica para as políticas públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população, e, o reconhecimento desse território é um marco inicial para a caracterização da população e respectivos problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

Na produção de sentidos do discurso do gestor observa-se um discurso ideológico permeado de elementos economicistas. Mostra-se coerente, no entanto com deslizamentos de sentidos quanto ao modelo de financiamento das políticas públicas, que se remete a uma fase anterior ao SUS.

Observamos que o bloco discursivo em questão traz nos discursos dos gestores os posicionamentos ideológicos no que tange aos sentidos da TP do TDO; dizeres que remetem a incorporação da TP do TDO enquanto uma Política de Estado (independente da mudança da gestão, mas que a política permaneça); discursos autoritários com relação à execução do TDO impregnados na memória discursiva dos atores em questão; e, memórias discursivas permeadas de paráfrases, ou seja, a memória mantida nos discursos dos gestores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aprofundou-se com essa pesquisa a compreensão do processo de transferência da política do TDO por meio da discursividade dos gestores, a qual pode contribuir sobremaneira para o planejamento, organização, monitoramento e avaliação do TDO em Manaus.

A TB, apesar de todos os avanços tecnológicos e de processos de gestão, ainda se constitui como um problema que atravessa o contexto sanitário. Para o seu enfrentamento há de se considerar adaptações a cenários distintos. Assim, algumas questões devem ser reconsideradas para a implementação do TDO no cenário, as quais resultam de complexa combinação de fatores socioeconômicos, políticos e ambientais que precisam ser melhor compreendidos, em consonância com o processo de TP.

No que tange a atenção à saúde na TB, pudemos observar que os discursos dos gestores trazem elementos constitutivos dos movimentos discursivos promissores para novas formas de organização dos Serviços de Saúde no cenário. Algumas contradições ocorrem quanto ao que está instituído e os processos de reorganização da APS do município. Discursos autoritários foram evidenciados na execução do TDO e novas composições e desafios se apresentam à gestão em saúde na implementação da referida política. Observaram-se discursos que se movimentam e assentam em formações ideológicas movidas pelo desejo de mudanças com alusão de novas ideias e processos inovadores no campo assistencial em Manaus que ainda conflituam com sentidos ideológicos ancorados em modelos tradicionais.

Os sentidos constitutivos da multiculturalidade do cenário na atenção à TB estão ancorados na memória discursiva em relação à circulação internacional nas áreas de fronteiras, pela ocupação das populações indígenas e suas respectivas políticas públicas, às áreas rurais e às dificuldades de acesso, todas no que tange à procura dos serviços de saúde no espaço amazônico. Permeiam discursos autoritários no apagamento da possibilidade de negociação do TDO com os doentes ou com os profissionais da APS. Esses elementos devem ser pensados para a instituição do TDO em cada contexto multicultural específico.

Os discursos dos gestores evidenciaram posicionamentos ideológicos no que tange aos sentidos da TP do TDO, os quais remetem a incorporação da transferência dessa política enquanto uma Política de Estado. A permanência de discursos autoritários na execução do TDO mostrou-se impregnada na memória discursiva de alguns gestores no cenário, quais se apresentam como conflitos frente às posições ocupadas.

Novos desafios despontam em Manaus (AM), os quais revelam processos de mudanças reorientadas a partir da prática de uma nova ordem política da APS. Dessa forma, conhecer a situação do cenário é importante para o gerenciamento da política pública do TDO, por meio das particularidades e historicidade do mesmo à população e ao acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.H.R.N. **A tuberculose**: doença do passado, do presente e do futuro. Porto, PT: Editora Bial; 1995.

ANDRADE FILHO, V.S.; ARTAXO, P.; HACON, S.; CARMO, C.N.; CIRINO, G. Aerossóis de queimadas e doenças respiratórias em crianças, Manaus, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.2, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300239&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mar. 2013.

ARAUJO, J.P. “**Bonitinho é um feio arrumado**”: questões discursivas para o aprendizado de português por falantes de espanhol. 2008. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: <http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais17/txtcompletos/sem04/COLE_3117.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

AYRES, J.R.C.M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1301-1311, jul, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000700006&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 Set. 2014.

BARREIRA, D.; GRANJEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, Supl.1, p.4-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/apresentacao.pdf>>. Acesso em: 20 Mar. 2014.

BARREIRA, D. Tuberculose: antigo e atual problema de saúde pública. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n.106, p.20-21, jun. 2011. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/106/radis_106.pdf>. Acesso em: 16 Mar. 2013.

BARRETO, M.L.; TEIXEIRA, M.G.; BASTOS, F.I.; XIMENES, R.A.A.; BARATA, R.B.; RODRIGUES, L.C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o conteto social e ambiental, políticas intenções e necessidades de pesquisa. **Lancet**, Londres, p. 47-60, mai. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>>. Acesso em: 16 Mar. 2012.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.1, p.67-84, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 Set. 2014.

BELO, E.N.; ORELLANA, J.D.Y.; LEVINO, A.; BASTA, P.C. Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.34, n.5, p.321-329, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001100004>. Acesso em: 16 Mar. 2012.

BENNETT, C.J. Review article: what is policy convergence and what causes it? **British journal of political science**, Cambridge, v.21, p.215-233, 1991. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=3277264>>. Acesso em 17 Out. 2014.

BISSELL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **International journal of tuberculosis and lung disease**, Paris, v.15, n.9, p.1140-1148, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21943837> >. Acesso em: 20 Ago. 2014.

BOARETTO, C.; BASTOS, F.I.; NATAL, S. Os desafios para o controle da tuberculose e novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.135-136, 2012. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_135-136.pdf >. Acesso em: 20 Jun. 2014.

BORBA, P.L. O estudo do discurso patológico na análise do discurso. **Nonada Letras em Revista**, Porto Alegre, n.11, p.147-162, 2008. Disponível em: <seer.uniritter.edu.br/index.php/nonada/article/download/114/35 >. Acesso em: 20 Set. 2014.

BRAGA, J.U. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, p.77-88, 2007. Supl.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800011>. Acesso em: 16 Mar. 2012.

BRAGA, J.U.; PINHEIRO, J.S.; MATSUDA, J.S.; BARRETO, J.A.P.; FEIJÃO, A.M.M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008,

2012. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.225-233, 2012. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_225-233.pdf>. Acesso em: 16 Mar. 2012.

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à análise do discurso**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v.44, n.2, p.1-13, 2014. Disponível em: <<http://blogdatuberculose.blogspot.com.br/p/acervo.html>>. Acesso em: 12 Out. 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>>. Acesso em 20 Jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2011a. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf>. Acesso em: 17 Mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tubtubercul.pdf>. Acesso em: 25 Mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Universidade Aberta do SUS**. Brasília, 2011c. Disponível em: <<https://moodle.unasus.gov.br/portfolio/login/index.php>>. Acesso em: 12 Mai. 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**. 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_sau.pdf>. Acesso em 20 Mar. 2014.

BRUNELLO, M.E.F.; CERQUEIRA, D.F.; PINTO, I.C.; ARCÊNIO, R.A.; GONZALES, R.I.C.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.2, p.176-182, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000200010&script=sci_arttext>. Acesso em 12 Mai. 2013.

BROWDER, J.O.; GODFREY, B.J. Rainforest Cities. Urbanization, Development and Colonization of the Brazilian Amazon. **Columbia University Press**, New York, 1997, 429 pp.

BUCHILLET, D.; GAZIN, P. A situação da tuberculose na população indígena do alto rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.181-185, jan-mar, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000100026&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 Set. 2013.

CANTALICE FILHO, J.P. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo v.35, n.10, p.992-997, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009001000008>. Acesso em: 25 Jun. 2014.

CANZONIERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa em saúde**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2010.

CARNEIRO, E.A. **O Discurso Fundador do Acre**: heroísmo e patriotismo no último oeste. 2008. Dissertação (Mestrado em Letras - Linguagem e Identidade) – Departamento de Letras da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2008. Disponível em: <<http://www.ufac.br/portal/unidades-academicas/pos-graduacao/mestrado-em-letras-linguagem-e-identidade/dissertacoes/dissertacoes-de-2008/arquivo-de-eduardo-de-araujo-carneiro>>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

CAZARIN, E.A. Gestos interpretativos na configuração metodológica de uma FD. **Organon**, Porto Alegre, v.24, n.48, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/organon/article/view/28642>>. Acesso em 20 Abr. 2014.

CHARAUDEAU, P. **Discurso político**. São Paulo, SP: Editora Contexto; 2013.

CHAUÍ, M. Cultura política e política cultural. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v.9, n.23, p.71-84, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141995000100006>. Acesso em: 20 Mai. 2014.

COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.855-859, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000400855&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 Jun. 2014.

CONFALONIERI, U.E.C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.19, n.53, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142005000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Ago. 2014.

CRUZ, M.M.; CARDOSO, G.C.P.; ABREU, D.M.F.; DECOTELLI, P.V.; CHRISPIM, P.P.; BORENSTEIN, J.S.; SANTOS, E.M. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.217-24, 2012. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_217-224.pdf>. Acesso em: 20 Ago. 2014.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.595-617, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 Nov. 2014.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Introduction: Entering the field of qualitative research." In. DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Eds.) **Handbook of Qualitative Research**, p. 1-17. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

DIAS, A.A.L.; OLIVEIRA, D.M.F.; SOBRINHO, E.C.R.; PALHA, P.F.; FIGUEIREDO, R.M. Tratamento da tuberculose na visão do usuário. **Revista da rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.14, n.6, p.1133-1140, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1347>>. Acesso em: 20 Ago. 2014.

DIMECH, G.S. **Avaliação da efetividade do tratamento supervisionado (TS/DOTS) no controle da tuberculose. Brasil, 2007**. 2010. 95 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São

Paulo, 2010. Disponível em:<<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp126674.pdf>>. Acesso em: 20 Jun. 2012.

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

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

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n.24, p.213-225, 2004. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/educar/article/viewFile/2216/1859>>. Acesso em: 20 Mar. 2012.

EVANS, M. **New Directions in the Study of Policy Transfer**. Taylor & Francis, 2010.

FERNANDES, C.A. **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. São Carlos, SP: Editora Claraluz; 2008.

FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M.; GONZÁLES, R.I.C.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J.A.; OLIVEIRA, A.R.; ALMEIDA, S.A. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.5, p.825-831, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500011>. Acesso em: 12 Jun. 2014.

FONTANILLE, J. **Semiótica do discurso**. São Paulo, SP: Contexto; 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 2005.

_____. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária; 2008.

FREUD, S. O inconsciente. Librosenred, 2005. Disponível em:<<http://www.oocities.org/es/rybla33/FREUD.pdf>>. Acesso em: 20 Abr. 2014.

FRIEDEN, T.R.; DRIVER, C.R. Tuberculosis control: past 10 years and the future progress. **International Journal Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.83, n. 1-

3, p.82-85, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12758194>>. Acesso em: 17 Mai. 2014.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, Sup 2, p.S214-S226, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23s2/10.pdf>>. Acesso em: 13 Jun. 2014.

GARCIA-ROZA, L.A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2009.

GARRIDO, M.S.; TALHARI, A.C.; ANTUNES, I.A.; MATSUDA, J.S.; ZARANZA, E.G.; MARTINEZ-ESPINOSA, F.E.; BÜHRER-SÉKULA, S. Primary multidrug-resistant tuberculosis and its control implications in the State of Amazonas, Brazil: report of 3 cases. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.45, n.4, p.530-532, Jul-Aug, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n4/a24v45n4.pdf>>. Acesso em: 16 Mar. 2013.

GAVA, C.G.; MALACARNE, J.; RIOS, D.P.G.; SANT'ANNA, C.C.; CAMACHO, L.A.B.; BASTA, P.C. Tuberculosis in indigenous children in the Brazilian Amazon. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.1, p.77-85, 2013. Disponível em: <Tuberculosis in indigenous children in the Brazilian Amazon>. Acesso em: 26 Mar. 2014.

GARNELLO, L. Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. Posfácio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.875-877, abr, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000400875&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 Out. 2014.

GARNELO, L., **Organizações Indígenas e Distritalização Sanitária**: Os riscos de fazer ver e fazer crer nas Políticas de Saúde. 23º Reunião da ABA, Fórum de Pesquisa Política de Saúde e a Intervenção Antropológica, Gramado; 2002. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2726>>. Acesso em: 20 Mar. 2014.

GONÇALVES, M.J.F.; LEON, A.C.L; PENA, M.L.F. A multilevel analysis of tuberculosis associated factors. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v.11, n.6, p.918-930, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 20 Mar. 2014.

GONZÁLES, R.I.C.; MONROE, A.A.; ARCÊNCIO, R.A.; OLIVEIRA, M.F.; RUFFINO-NETTO, A. VILLA, T.C.S. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, jan.-fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_14.pdf>. Acesso em: 28 Jun. 2013.

GONZÁLES, R.I.C.; MONROE, A.A.; ASSIS, E.G.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.4, p.628-634, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342008000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 Set. 2014.

GRABOIS, V.; FERREIRA, S. C. C. in: FERREIRA, S. C. C. ; MONKEN, M. **Gestão em Saúde**. Contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009.

HAAS, P.M. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. **International Organization**, Cambridge, v.46, n.1, p.1-35, 1992. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=3216868&fileId=S0020818300001442>>. Acesso em: 12 Out. 2014.

HALL, P. Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic policymaking in Britain. **Comparative politics**, New York, v.25, n.3, p.275-296, 1993. Disponível em: <<http://chenry.webhost.utexas.edu/core/Course%20Materials/Hall/0.pdf>>. Acesso em: 17 Mar. 2014.

HIJJAR, M.A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G.M.; PROCÓPIO, M.J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, Supl.1, p.50-58, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000800008&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 Jan. 2014.

HOWLETT, M. Beyond legalism? Policy ideas, implementation styles and emulation-based convergence in Canadian and US environmental policy. **Journal of public policy**, Cambridge, v.20, n.3, p.305-329, 2000. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=67269>>. Acesso em: 23 Jun. 2014.

IKENBERRY, J.G. The international spread of privatisation policies: inducements, learning and policy bandwagoning. In: E. Suleiman and J. Waterbury, eds. **The political economy of public sector reform**. Boulder: Westview Press; 1990.

KLAUDT, K. The political causes and solutions of the current tuberculosis epidemic, Whitman J. **The politics of emerging and resurgent infectious diseases**, p.86-109, MacMillan Press, London; 2000.

LACAN, J. O seminário – livro 11. **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Versão de M. D. Magno. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1979.

LAGAZZI, S. **O desafio de dizer não**. Campinas, SP: Pontes; 1998.

LEVINO, A.; OLIVEIRA, R.M. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.1728-1732, jul, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Tuberculose_na_populacao_indigena_de_Sao_Gabriel_da_Cachoeira.pdf>. Acesso em: 25 Jan. 2014.

LISBOA, N.T. A oposição silêncio e interdito no funcionamento da linguagem e suas relações com a ideologia. **Organon**, Porto Alegre, v.24, n.48, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/organon/article/view/28645>>. Acesso em 15 Set. 2014.

LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Ed., 1982.

LUQUES, S.U. **Metáfora e argumentação**: uma análise crítica do discurso político. 2010. Dissertação (Mestrado em Filologia e Língua Portuguesa) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8142/tde-10012011-130728/>>. Acesso em: 2014-11-05.

LUSH, L.; WALT, G.; OGDEN, J. Transferring policies for treating sexually transmitted infections: what's wrong with global guidelines? **Health Policy and Planning**, Oxford, v.18, n.1, p.18-30, Mar. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12582105>>. Acesso em: 30 Abr. 2014.

MACHADO FILHO, A.C. Incidência da tuberculose em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, AM. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v.41, n.3, p.243-246, mai-jun, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41n3/a04v41n3.pdf>>. Acesso em: 13 Jun. 2014.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo,

v.12, n.2, p.335-342, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

MANAUS. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde – Período 2010-2013**. Manaus, 2011. Disponível em: <http://aocidadao.manaus.am.gov.br/semsa/files/2012/10/PMS_2010_2013_REVISAO_07FEV11_REVISAO_PARA_2012.pdf>. Acesso em: 05 Ago. 2013.

MAJONE, G. Cross-national sources of regulatory policy-making in Europe and the United States. **Journal of public policy**, Cambridge, v.11, p.79-106, 1991. Disponível em: <Cross-national sources of regulatory policy-making in Europe and the United States>. Acesso em: 20 Set. 2014.

MARREIRO, L.S.; CRUZ, M.A.; OLIVEIRA, M.N.F.; GARRIDO, M.S. Tuberculose em Manaus: Estado do Amazonas: resultado de tratamento após a descentralização. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.18, n.3, p.237-242, jul.-set. 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 Mar. 2014.

MAY, P. Policy learning and failure. **Journal of public health policy**, Burlington, v.12, p.331-354, 1992. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/4007550?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21104636923721>>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, SP: HUCITEC; 2012.

MUNRO, S.A.; LEWIN, S.A.; SMITH, H.J.; ENGEL, M.E.; FRETHEIM, A.; VOLMINK, J. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. **PLoS Medicine**, São Francisco, v.4, n.7, p.1230-1245, July 2007. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040238&representation=PDF>>. Acesso em: 16 Mar. 2014.

NATAL, S. Implantação e meta-avaliação, com foco na utilidade, das pesquisas financiadas pelo projeto Fortalecimento da Estratégia DOTS em Grandes Centros Urbanos com Alta Carga de Tuberculose no Brasil – Fundo Global, 2009-2011. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.137-145, 2012. Disponível em:

<http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_137-145.pdf>. Acesso em: 16 Mar. 2014.

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, New York, v.57, n.1, p.179-188, Jul. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12753826>>. Acesso em: 16 Mar. 2014.

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL, S.; CHRISPIM, P.P.M. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.13, n.3, p.357-364, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/612>>. Acesso em: 12 Jun. 2014.

OLIVEIRA, D.A. Das Políticas de Governo a Política de Estado: reflexões sobre a atual Agenda Educacional Brasileira. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.32, n.115, p.323-337, abr.-jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v32n115/v32n115a05.pdf>>. Acesso em: 30 Mar. 2014.

OLIVEIRA, N.F.; GONÇALVES, N.J.F. Fatores sociais e ambientais associados à hospitalização de pacientes com tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.2, p.507-514, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200507&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 24 Jun. 2014.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes; 2010.

_____. **A linguagem e seu funcionamento – As formas do discurso**. Campinas, SP: Pontes; 2006.

_____. **As formas do silêncio**. Campinas, SP: Pontes; 2007.

ORTIZ, E.M. Né/não é? – Uma abordagem discursiva. **Organon**, Porto Alegre, v.9, n.23, p.155-162, 1995. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/organon/article/view/29369>>. Acesso em: 20 Out. 2014.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: MEDSI; 1999, p. 473-487.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas, SP: Editora da UNICAMP; 2009.

_____. **Análise de Discurso**. Campinas, SP: Editora Pontes; 2014.

PINTO, V.S.; PAULA, R.A.C.; PARRON JUNIOR, M. Atenção suplementar nos municípios prioritários do Estado de São Paulo para pacientes em tratamento supervisionado da tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.159-166, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0103-460X2006000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 Jul. 2014.

HUNGLER, B.P.; BECK, C.T.; POLIT, B.F. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre, RS: Artmed; 2009.

PRIOTTO, E.M.T.P. **Violência envolvendo adolescentes na tríplice fronteira: Brasil-Paraguai-Argentina**. Brasil, 2013. 252 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <www.teses.usp.br/.../ELISMARIMATEIXEIRAPALMAPRIOTTO.pdf>. Acesso em: 29 Set. 2014.

QUEIROZ, E.M.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M.C.; FERREIRA, K.R.; BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.2, p.269-377, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

REIS, E.P. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.18, n.51, p.21-30, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10705102>>. Acesso em: 20 Out. 2014.

RIOS, D.P.G.; MALACARNE, J.; ALVES, L.C.C.; SANT'ANNA, C.C.; CAMACHO, L.A.B.; BASTA, P.C. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.33, n.1, p. 22-29, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000100004>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.96, p.139-147, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci_arttext>. Acesso em 19 Out. 2014.

Rose, R. What is lesson drawing? **Journal of public health policy**, Burlington, v.11, p.3-30, 2005. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=27512>>. Acesso em 23 Jul. 2014.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v.35, n.1, p.51-58, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n1/7636.pdf>>. Acesso em: 12 Jan. 2012.

SANT'ANNA, C.C.; SCHIMIDT, C.M.; MARCH, M.F.B.P.; PEREIRA, S.M.; BARRETO, M.L. Tuberculose em adolescentes em duas capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.111-116, jan, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

SANTOS, N.R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.273-280, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028>. Acesso em: 20 Jul. 2014.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.8, n.4, Oct. 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000900003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Nov. 2013.

SILVA, O.S.F. Os ditos e os não-ditos do discurso: movimentos de sentidos por entre os implícitos da linguagem. **Revista FACED**, Salvador, n.14, p.39-53, jul.dez. 2008. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/entreideias/article/viewArticle/3007>>. Acesso em: 20 Out. 2014.

SOUZA, J.S.; STEIN, A.T. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, Sup.2, p.2225-2238, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900027>. Acesso em: 20 Mar. 2013.

SOUZA, M.G; PINHEIRO, E.S. Incidência e distribuição da tuberculose na cidade de Manaus/AM, Brasil. **Revista Geográfica Acadêmica**, Boa Vista, v.3, n.2, p.35-43, 2009. Disponível em: <<http://rga.ggf.br/index.php?journal=rga&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=72>>. Acesso em: 27 Ago. 2014.

STONE, D. Learning Lessons, Policy Transfer and the International Diffusion of Policy Ideas. **CSGR Working Paper No. 69/01**; 1999. Disponível em: <http://wrap.warwick.ac.uk/2056/1/WRAP_Stone_wp6901.pdf>. Acesso em: 15 Ago. 2014.

TURATTO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

TURCO, C.S. **Desigualdades sociais, pobreza e cuidado à saúde: acesso e adesão ao tratamento de tuberculose em uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação apresentada à ENSP / FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública – 2008. Disponível em: <www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_107546896.ppt>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

VASCONCELOS, C.H.; EVANGELISTA, M.S.N.; FONSECA, F.R.; BARREIRA, D.; DELL'ORTI, D. Estudo da distribuição da tuberculose (TB) nos Estados do Amazonas e Rio Grande do Sul (2006 a 2009). **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.461-466, 2011. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_4/artigos/csc_v19n4_461-466.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2014.

VILARTA, R. ; SILVA, T. T. R. . Modelos Assistenciais em Saúde. In: Roberto Vilarta. (Org.). **Saúde Coletiva e Atividade Física: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física**. Campinas: IPES Editorial, 2007, v. 1, p. 45-49.

VILLA, T.C.S.; MONROE, A.A.; CARDOZO GONZALES, R.I.; ARCÊNCIO, R.A.; OLIVEIRA, M.F.; GALES, V.M.N.; SANTOS, L.A.R.; RUFFINO NETTO, A.A. Experiência da Implantação da Estratégia DOTS no Estado de São Paulo (1998-2005) In: VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO A. (org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006. p.75-139.

WELCH, J.R. Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.851-854, abr, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000400851&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Set. 2014.

APÉNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA GERAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS DOS COORDENADORES DA ATENÇÃO À TUBERCULOSE



**Grupo de Estudos Epidemiológico-
Operacionais em Tuberculose**



Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde

ORIENTAÇÕES INICIAIS

Roteiro de Entrevista – Projeto: **Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte.**

Coordenadores da Atenção à Tuberculose (Nível Federal, Estadual, Regional e Municipal)

Primeiro momento: Expor o projeto, bem como do que se trata a “Transferência de Políticas”.

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo conhecer como ocorre a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado (TDO – antigo Tratamento Supervisionado) para a Tuberculose em seu nível de coordenação. A Transferência de Políticas se trata de um conceito ainda novo em estudos brasileiros e consiste em compreender como ocorre o processo de transferência de uma determinada política (ou prática de cuidado, por exemplo, o TDO), de um determinado nível governamental, até os serviços de saúde que realizam o TDO. Dessa forma, é de grande importância ouvir as contribuições de vocês para compreender o como a transferência do TDO passa da esfera nacional para a estadual, a regional e, por fim, a municipal. Isso nos auxiliará a compreender as potencialidades e também as fragilidades que podem estar presentes nesse processo, além de contribuir para identificar as alternativas que podem ser empreendidas na melhoria da atenção aos doentes de TB de nosso país.

Segundo momento: Fazer a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto ao entrevistado, pedir para que, em caso de concordância, o mesmo assine as duas vias, sendo que uma ficará com o entrevistador, e outra com o entrevistado.

Ao iniciar a entrevista, se atentar ao preenchimento de todas as informações no formulário abaixo, pois as mesmas serão importantes para a organização das informações obtidas pelo grupo de pesquisa.

Número do questionário: _____		Município: _____	
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____	
Local da coleta: _____			
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificar: _____			

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

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

1. Comente a implantação/descentralização do TDO?
2. Fale (a partir do seu nível de coordenação) sobre o processo de implantação/descentralização do TDO.
3. Fale sobre a sua experiência na discussão da transferência da política do TDO com outros coordenadores do PCT.
4. Você já pensou em como os níveis de coordenação têm se articulado para a efetivação da transferência de política do TDO? Como isso vem acontecendo?
5. A transferência de política relacionada ao TDO trouxe inovações nas ações de controle da TB? Se sim, descreva algumas experiências exitosas.
6. Foram utilizadas estratégias na transferência de política do TDO? Quais?
7. A partir dessas estratégias, quais as lições que foram apreendidas na melhoria das ações de controle da TB?
8. Você identifica aspectos favoráveis à implantação/descentralização do TDO? Quais?
9. Você observa barreira(s) no processo de implantação/descentralização do TDO? Quais?
10. Tem sido feitas adequações para efetivar a transferência da política do TDO entre os demais níveis de coordenação? Quais?

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA GERAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS DO SECRETÁRIO MUNICIPAL/ESTADUAL DE SAÚDE



Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose



Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde

ORIENTAÇÕES INICIAIS

Roteiro de Entrevista – Projeto: **Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte.**

Secretário Municipal/Estadual de Saúde

Primeiro momento: Expor o projeto, bem como do que se trata a “Transferência de Políticas”.

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo conhecer como ocorre a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado (TDO – antigo Tratamento Supervisionado) para a Tuberculose em seu nível de coordenação. A Transferência de Políticas se trata de um conceito ainda novo em estudos brasileiros e consiste em compreender como ocorre o processo de transferência de uma determinada política (ou prática de cuidado, por exemplo, o TDO), de um determinado nível governamental, até os serviços de saúde que realizam o TDO. Dessa forma, é de grande importância ouvir as contribuições de vocês para compreender o como a transferência do TDO passa da esfera nacional para a estadual, a regional e, por fim, a municipal. Isso nos auxiliará a compreender as potencialidades e também as fragilidades que podem estar presentes nesse processo, além de contribuir para identificar as alternativas que podem ser empreendidas na melhoria da atenção aos doentes de TB de nosso país.

Segundo momento: Fazer a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto ao entrevistado, pedir para que, em caso de concordância, o mesmo assine as duas vias, sendo que uma ficará com o entrevistador, e outra com o entrevistado.

Ao iniciar a entrevista, se atentar ao preenchimento de todas as informações no formulário abaixo, pois as mesmas serão importantes para a organização das informações obtidas pelo grupo de pesquisa.

Número do questionário: _____		Município: _____	
Responsável pela coleta de dados: _____		Data da coleta de dados: ____/____/____	
Local da coleta: _____			
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificar: _____			

1.	Iniciais: _____		
2.	Sexo: 1- <input type="checkbox"/> Feminino 2- <input type="checkbox"/> Masculino		
3.	Data de Nascimento: ____/____/____		
4.	Função: _____		
5.	Tempo que exerce a atual função: _____ anos 99 <input type="checkbox"/> - NSI		
6.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nível de instrução</td> <td> 1 <input type="checkbox"/> - Ensino fundamental (primeiro grau) incompleto 2 <input type="checkbox"/> - Ensino fundamental (primeiro grau) completo 3 <input type="checkbox"/> - Ensino médio (segundo grau) incompleto 4 <input type="checkbox"/> - Ensino médio (segundo grau) completo 5 <input type="checkbox"/> - Ensino técnico incompleto 6 <input type="checkbox"/> - Ensino técnico completo 7 <input type="checkbox"/> - Ensino superior (terceiro grau) incompleto 8 <input type="checkbox"/> - Ensino superior (terceiro grau) completo - Especifique: _____ 9 <input type="checkbox"/> - Especialização completa - Especifique: _____ 10 <input type="checkbox"/> - Mestrado completo - Especifique: _____ 11 <input type="checkbox"/> - Doutorado Completo - Especifique: _____ </td> </tr> </table>	Nível de instrução	1 <input type="checkbox"/> - Ensino fundamental (primeiro grau) incompleto 2 <input type="checkbox"/> - Ensino fundamental (primeiro grau) completo 3 <input type="checkbox"/> - Ensino médio (segundo grau) incompleto 4 <input type="checkbox"/> - Ensino médio (segundo grau) completo 5 <input type="checkbox"/> - Ensino técnico incompleto 6 <input type="checkbox"/> - Ensino técnico completo 7 <input type="checkbox"/> - Ensino superior (terceiro grau) incompleto 8 <input type="checkbox"/> - Ensino superior (terceiro grau) completo - Especifique: _____ 9 <input type="checkbox"/> - Especialização completa - Especifique: _____ 10 <input type="checkbox"/> - Mestrado completo - Especifique: _____ 11 <input type="checkbox"/> - Doutorado Completo - Especifique: _____
Nível de instrução	1 <input type="checkbox"/> - Ensino fundamental (primeiro grau) incompleto 2 <input type="checkbox"/> - Ensino fundamental (primeiro grau) completo 3 <input type="checkbox"/> - Ensino médio (segundo grau) incompleto 4 <input type="checkbox"/> - Ensino médio (segundo grau) completo 5 <input type="checkbox"/> - Ensino técnico incompleto 6 <input type="checkbox"/> - Ensino técnico completo 7 <input type="checkbox"/> - Ensino superior (terceiro grau) incompleto 8 <input type="checkbox"/> - Ensino superior (terceiro grau) completo - Especifique: _____ 9 <input type="checkbox"/> - Especialização completa - Especifique: _____ 10 <input type="checkbox"/> - Mestrado completo - Especifique: _____ 11 <input type="checkbox"/> - Doutorado Completo - Especifique: _____		

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

1. Fale sobre a experiência da implantação/descentralização do TDO para o(s) seu(s) município(s).
2. Comente sobre a experiência na implantação/descentralização do TDO junto aos profissionais da Atenção Básica/Unidades de Referência.
3. Comente sobre o fluxo de comunicação das informações sobre o TDO entre os diferentes níveis de coordenação.
4. Fale sobre as informações sobre o TDO com os profissionais da Atenção Básica/Unidades de Referência.
5. Como o município tem envolvido/motivado os profissionais da Atenção Básica/Unidades de Referência junto ao TDO?
6. Você observa alguns aspectos favoráveis à implantação/descentralização do TDO? Quais?
7. Você identifica barreiras no processo de implantação/descentralização do TDO? Quais?
8. Tem sido feitas adequações para efetivar a política do TDO em seu(s) município(s)? Quais?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa *“Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte”*, e solicitar a sua participação na realização deste estudo.

Meu nome é Pedro Fredemir Palha, sou Enfermeiro, professor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e coordenador responsável por esta pesquisa.

Convido o (a) Senhor (a) para participar desta pesquisa, a qual tem o objetivo de avaliar a transferência de política do Tratamento Diretamente Observado para o controle da tuberculose nos municípios de Porto Alegre/RS, Ribeirão Preto/SP, João Pessoa/PB e Manaus/AM. Para isso, precisaremos nos encontrar uma vez, em local e horário que for melhor para o senhor como, por exemplo, uma sala reservada em seu local de trabalho. Neste encontro, faremos uma entrevista com o (a) senhor (a), com dez questões, que permitirão que você fale sobre os aspectos relacionados à transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em seu município. Esta entrevista será audiogravada e deve durar cerca de quarenta minutos, podendo ser parada a qualquer momento para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e se você não quiser responder a alguma questão ou contar algo relacionado à pesquisa, não tem problema. Quando finalizarmos esta pesquisa, o resultado que ela originar poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, tais como congressos relacionados à nossa área de estudo. A participação do (a) senhor (a) será completamente voluntária e não haverá custo algum pelo fato do senhor (a) estar participando, nem o senhor (a) receberá qualquer remuneração. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que seu vínculo empregatício não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, porém há a possibilidade de algum desconforto quando tiver que expressar seu conhecimento e opinião sobre a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose em seu município. Caso isso ocorra, nós podemos parar nossa conversa e continuar ou não depois, se assim quiser. Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante para avaliarmos o modo como ocorre a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose. Nós poderemos obter informações importantes sobre como ocorre esse processo de transferência, bem como compreender quais os fatores que auxiliam ou dificultam o mesmo, o que contribui em muito para a discussão sobre a melhoria da atenção à tuberculose.

Se o senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a

oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste Termo assinada pelos pesquisadores (eu e o responsável pela coleta). Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone abaixo.

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3602-3386, das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3949, ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), na Avenida Bandeirantes, 3.900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14.040-902.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade.

Eu, _____, aceito fazer parte desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas junto ao questionário sobre a transferência do Tratamento Diretamente Observado no município em que trabalho. Estou ciente de que quando eu não quiser mais participar, posso desistir sem qualquer consequência para mim, tanto pessoal, quanto relacionada ao meu vínculo empregatício. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e por seu orientador, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, um deles.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em tuberculose para a melhoria da saúde da população, contamos com sua valiosa colaboração.

Entrevistado (a)

Pesquisador Responsável
Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Entrevistador (a)

_____, ____ de _____ de 201_.

ANEXO

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP USP



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 027/2013

Ribeirão Preto, 15 de fevereiro de 2013

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de fevereiro de 2013.

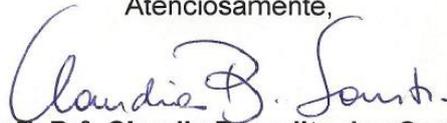
Protocolo CAAE: 01197312.3.0000.5393

Projeto: Avaliação da transferência de políticas de saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Sudeste, Nordeste e Norte.

Pesquisadores: Pedro Fredemir Palha

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª. Dr.ª. Claudia Benedita dos Santos
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO COEP SEMSA DE MANAUS

PREFEITURA DE
MANAUS
Cidade de Luz e Amor

Saúde



Manaus, 12 de fevereiro de 2014

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada **“Avaliação da Transferência de Políticas de Saúde do Tratamento Diretamente Observado em alguns municípios da região Sul, Nordeste e Norte”** de responsabilidade do pesquisador **Altair Seabra de Farias** sob orientação de **Pedro Fredemir Palha** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Esse procedimento busca orientar-se com o item III. 1, da Res. CNS n.º 466/12, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no COEP.


Nôra Ney Rodrigues

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa

COEP/SEMSA