UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FERNANDO MITANO

**Discursos e produção de sentidos: experiência da transferência da política do
tratamento diretamente observado de curta duração para o controle da
tuberculose em Moçambique - África**

Ribeirão Preto

2016

FERNANDO MITANO

**Discursos e produção de sentidos: experiência da transferência da política do
tratamento diretamente observado de curta duração para o controle da
tuberculose em Moçambique - África**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de 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

Co-orientadora: Profa. Dra. Filomena Elaine Paiva Assolini

Ribeirão Preto

2016

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Mitano, Fernando

Discursos e produção de sentidos: experiência da transferência da política do tratamento diretamente observado de curta duração para o controle da tuberculose em Moçambique - África. Ribeirão Preto, 2016.
296p : il. 30 cm,

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

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

Co-orientador: Filomena Elaine Paiva Assolini

1. Tuberculose. 2. Terapia Diretamente Observada. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Discursos. 5. Moçambique

FOLHA DE APROVAÇÃO

MITANO, FERNANDO

Discursos e produção de sentidos: experiência da transferência da política do tratamento diretamente observado de curta duração para o controle da tuberculose em Moçambique - África

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

Aprovado em / / 2016

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

Homenagem Especial

Aos meus Pais a quem devo a existência, Mitano Píquina, e Maria Cinquenta.

Pai, desde que partiste para junto de Deus em 2005 reconheço a sua presença indelével na minha vida nunca me esquecerei das suas ricas palavras: "meu filho se você quer aprender escuta o que outros dizem e escolha o que lhe servirá na vida"

Mãe, os seus ensinamentos me fazem ser o que sou hoje.

Dedicatória

Aos meus filhos Mitano, Lemiha Fernanda e Piquina, pela inspiração profunda que me trouxeram ao longo desde período dos estudos que fiquei sempre ausentes deles.

Agradecimento Especial

Ao Professor Dr. Pedro Fredemir Palha

Não existe língua usada pelos seres humanos, cujas palavras possam produzir sentidos da minha gratidão ao ilustríssimo Professor Pedro pelo acolhimento e aprendizado acadêmico, humano e profissional que me disponibilizou ao longo dos 3 anos. O seu estilo socrático de ensinar (maiêutica socrática) foi muito importante para a minha aprendizagem. A sua coordenação democrática do grupo de estudo me fez aprender como gerir um grupo de estudo. Sua infinita paciência serviu e sempre me servirá de grande inspiração nas minhas atividades como profissional e como pessoa. Por tudo isso e mais, muito obrigado

Ao Prof. Dr. António Ruffino Netto

A si devo a minha presença no Brasil e especialmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A sua ajuda para encontrar um curso e um supervisor foi muito importante para o desenvolvimento das minhas atividades acadêmicas. Professor Ruffino, não encontro palavras para lhe agradecer. Você foi a estrela que me conduziu ao Brasil. Todas as vezes que me encontro consigo ou leio o seu e-mail aprendo novas coisas. Muito obrigado por tudo.

À Profa. Dra. Filomena Elaine Paiva Assolini

Foram tantos aprendizados ao longo destes anos ...

Consigo aprendi o alfabeto de AD. O seu grupo de estudo enriqueceu-me bastante e me tornou o que sou agora. Por tudo isso e mais, muito obrigado.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus por me iluminar em toda a minha caminhada

Aos meus Pais, pela vida e pela educação que me proporcionaram.

Aos meus filhos pela paciência e pela torcida em mais esta conquista.

Aos meus irmãos, João, Alberto, Adélia, Eurico, Ausenta, Pitágoras, Almeida e Fernanda pela torcida e incentivo de me ver sempre a estudar e pela ajuda emocional que sempre me proporcionaram ao longo da minha vida.

A todos os meus familiares que sempre me acolheram, me ensinaram, me ajudaram a ser o que sou hoje e serei amanhã.

Aos meus padrinhos Isac Lupanheque e Ancha Patari (falecida) que me incentivaram a continuar a estudar.

À Igreja católica Apostólica Romana que me introduziu o pensamento filosófico e me auxiliou a progredir nos meus estudos.

A CAPES pela concessão da Bolsa do Doutorado

Aos profissionais de saúde que participaram do estudo pelo contributo valioso dos seus dizeres que constituíram o pano de fundo desta tese.

Ao Professor Dr. Jorge Ferrão, ex-reitor da Universidade Lúrio e atual Ministro da Educação, por me ter autorizado a continuar a estudar para melhorar o ensino na Universidade Lúrio.

À Dra Isaura Máquina, ex-diretora dos recursos humanos da Universidade Lúrio pela ajuda na tramitação dos documentos para a minha autorização em continuar a estudar e pela força que sempre me deu pela continuação dos estudos.

Aos membros do GEOTB em especial a Laís, Mônica, Amélia, Catuícia, Luciana, Noriza, Jaqueline, Carol, Elisângela e todos outros que passaram pelo grupo.

Aos membros do GEPALÉ por me ter apoiado a compreender um pouco do referencial teórico metodológico de AD e da Educação.

À Profa. Dra. Carla Ventura e seu grupo de estudos pelo ensinamento e apoio académico na área de saúde global e diplomacia em saúde.

À Profa. Dra Simone Terezinha Protti e suas alunas Tatiana e Amanda que me ajudaram a refletir mais sobre AD.

À Profa Dra Fabiana Assumpção de Souza que ministrou a minha primeira aula de AD em Moçambique.

Ao Prof. Dr. Mohsin Sidat, Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane que me convidou a participar do curso de Metodologia de pesquisa ministrado pelos Professores Ruffino e Fabiana.

A todos os docentes da FERP que direta ou indiretamente contribuíram com a minha formação.

Aos servidores da FERP em especial atenção a Shirley, Kethleen e Flávia que me ajudaram em obter informações administrativas da Pós-graduação.

Ao Professor Dr. Juvenal Bazilashe Balegamire que sempre me incentivou a continuar a estudar em níveis mais altos.

À Camila, Cássia e Lindinha pela amizade e torcida nesta conquista.

Ao Padre Alberto Estêvão que me acolheu no Distrito de Muecate durante a coleta de dados.

Aos meus amigos Glauber, Duave, Chembeze, Maposse, Emmanuel, Joab, Raphael, Saipo, Clemente, Ricardo pelos momentos de amizade que me proporcionaram.

Aos moçambicanos que se encontram no Brasil a estudar em especial ao Muhimaka Aniceto Mateus; Munna Júlio Agibo, Maria Luisa Chicote e Eva Namburete. Koxukuru!

A todos que direta ou indiretamente contribuíram na realização desta importante etapa da minha vida.

Kinnaxukuru athu othene ale avinre Erowaka wa Muluku nale Anona.

KOXUKURU!

“A tuberculose é uma doença vagabunda e de fácil controle só depende da vontade política para a sua eliminação”

Palavras do Professor **António Ruffino Netto** – Pronunciadas na defesa de Mestrado da moçambicana Evangelina Namburete, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP, 2015.

RESUMO

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

A estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração para o controle da tuberculose (DOTS) tem sido usada por vários países do mundo especificamente pelos 22 mais afetados pela doença, que contribuem com cerca de 80% de casos, porém, apesar da estratégia demonstrar a redução de casos e aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, e ter sido implementada em Moçambique desde a década de 1980, a doença continua a ser um problema grave de saúde pública no país. Este estudo tem como objetivo central: analisar a transferência da política do DOTS a partir da visão dos gestores centrais, provinciais e distritais, e profissionais de saúde da província de Nampula. Trata-se de um estudo qualitativo que usa a Análise de Discurso de matriz francesa como seu referencial teórico metodológico que busca a compreensão dos sentidos a partir das condições da produção. Participaram deste estudo 15 profissionais de saúde que ocupavam as posições de gestores, médicos e profissionais de enfermagem e/ou técnicos, e atuavam no Programa nacional de controle de Tuberculose em Moçambique com o mínimo de um ano de experiência, nos meses de maio a agosto de 2014, nos níveis central, provincial (Nampula), e distrital (em oito distritos da província de Nampula). Para a coleta de dados usou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado que permitiu explorar os sentidos produzidos. O *corpus* em análise foi constituído a partir das entrevistas transcritas. Para o auxílio da organização dos dados usou-se o *software* Atliis.ti versão 6. Este estudo teve a aprovação da Comissão Nacional de Bioética e da autorização do Ministro da Saúde de Moçambique. Para a análise dos dados foram identificados quatro blocos discursivos: experiências adotadas na implementação e manutenção do DOTS; estratégias adotadas na implementação e manutenção de DOTS; potencialidades, fragilidades de DOTS no controle da tuberculose e; discursos não buscados pelo roteiro: possíveis soluções. Os sentidos produzidos enfatizam dizeres inscritos em formações discursivas que desconsideram a subjetividade do enfermo; de fragilidades do sistema de saúde, falta de recursos humanos, falta de transporte, baixos salários, insuficiência de laboratórios, distâncias longas entre a moradia do paciente e a unidade sanitária. Ainda os entrevistados entendem como potencialidade a participação dos agentes comunitários e da família no tratamento da doença. Conclui-se que para o controle da tuberculose usando a estratégia DOTS o compromisso do governo deve ser pragmático traduzindo-se em ações concretas como o aumento do financiamento das ações de controle de tuberculose, incluindo as pesquisas, formação dos recursos humanos e, sobretudo, atuar sobre os determinantes sociais da saúde.

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

ABSTRACT

MITANO, F. **Speeches and production of meanings: experience in policy transfer of directly observed treatment short-course to control tuberculosis in Mozambique - Africa**. 2016, 296p. Thesis (Doctorate) –School of Nursing at Ribeirão Preto – University of São Paulo.

The Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) strategy has been used in many countries, mainly in the 22 most affected by tuberculosis, which contributes about 80% of cases. However, despite the strategy shows the decline of cases and the increase of adherence to treatment, and it has been implemented in Mozambique since 1980's decade, the disease remains as a serious public health problem. This study aimed to: analyzing the policy transfer of DOTS strategy from the point of view of central, provincial and district managers, and health professionals from the province of Nampula. It is a qualitative study, which uses the Discourse Analysis of french matrix as theoretical and methodological framework, which seeks to understand the meanings from the production conditions. Fifteen health professionals that occupied managers, physician, nurses and/or technicians positions during, at least, one year of experience in the National Program of Tuberculosis Control in Mozambique, between may to august, 2014, in the central, provincial (Nampula) and district (in 8 districts at the province of Nampula), participated. For data collection, it was used a semi-structures interview's script, that allowed to explore the produced meanings. The corpus under analysis was produced from transcript interviews. To support the data organization, it was used the software Atlas.Ti, version 6. This study had the approval of the National Committee of Bioethics and the authorization of the Ministry of Health of Mozambique. In the analysis, it was identified four discursive blocks: adopted experiences in implementation and maintenance of DOTS; strengths, weaknesses of DOTS in tuberculosis control and; unfetched speech by the script: possible solutions. The produced meanings emphasizes sayings written in discursive formations that disregard the subjectivity of ill; the weaknesses of health system, the lack of human resources and transportation, low wages, the insufficient number of laboratories, long distances between the patient housing and the health unity. Respondents still understood as strengths the involvement of community workers and family on treatment. It is concluded that for tuberculosis control using DOTS strategy, government commitment is pragmatic, translating up in concrete actions with the increase of financing for tuberculosis control, including research, training of human resources and, above all, act on the social determinants of health.

Key words: Tuberculosis; Directly Observed Therapy; Primary Health Care; Speeches; Mozambique.

RESUMEN

MITANO, F. **Discursos y producción de significados: experiencia da transferencia de políticas tratamiento directamente observado a corto plazo para control la tuberculosis en Mozambique – África.** 2016, 296p. Tesis (doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo. El Tratamiento Directamente Observado, estrategia a corto plazo para el control de la tuberculosis (DOTS) se ha utilizado por muchos países, concretamente, por los 22 más afectados por la enfermedad, que contribuyen con aproximadamente 80% de los casos, sin embargo, a pesar de la estrategia demostrar reducción de los casos y aumentar la adherencia del paciente al tratamiento y de haberse aplicado en Mozambique desde la década de 1980, la enfermedad sigue siendo un problema grave de salud pública en el país. Este estudio tiene como objetivo: analizar la transferencia de la política DOTS desde la perspectiva de los gestores central, provincial y de distrito, y los profesionales de salud de la provincia de Nampula. Se trata de un estudio cualitativo, utilizando la sede francesa Análisis del Discurso como marco teórico metodológico que busca entender el camino de las condiciones de producción. Participaron del estudio 15 profesionales de la salud que ocupaban cargos de gerentes, médicos, enfermeras y/o técnicos, y trabajaban en el de Control Nacional del Programa de Tuberculosis en Mozambique, como mínimo un año de experiencia en los meses de mayo - agosto 2014 en los niveles central, provincial (Nampula) y el distrito (en ocho distritos de la provincia de Nampula). Para la recolección de datos se utilizó una guía de entrevista semi-estructurada que nos permitió explorar los significados producidos. El o material en análisis fue constituido a partir de entrevistas transcritas. Para la ayuda de la organización de datos se utilizó el software Atlis.ti versión 6. Este estudio fue aprobado por el Comité Nacional de Bioética y del Ministro de Salud de Mozambique. Para el análisis del discurso se identificaron cuatro bloques: las experiencias realizadas en la implementación y el mantenimiento de la estrategia DOTS; estrategias adoptadas en la ejecución y el mantenimiento de la estrategia DOTS; fortalezas, debilidades, puntos para el control de la tuberculosis y; los discursos no buscados por el guión: posibles soluciones. Los significados producidos enfatizan comentarios inscritos en formas de discurso, que omiten la subjetividad de los enfermos; debilidades del sistema de salud, falta de recursos humanos, falta de transporte, bajos salarios, la falta de laboratorios, largas distancias entre la vivienda del paciente y la instalación de salud. Aun los encuestados entienden como potencial la participación de los agentes de la comunidad y de la familia en el tratamiento de la enfermedad. En conclusión, para el control de la tuberculosis mediante la estrategia DOTS el compromiso del gobierno debe ser pragmática traduciéndose en acciones concretas como el aumento del financiamiento de las actividades de control de la tuberculosis, incluida la investigación, la capacitación de los recursos humanos y actuar principalmente en los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: Tuberculosis; Observación directa de la terapia; Atención Primaria de la Salud; Discursos; Mozambique.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Mapa de Moçambique	29
Figura 2.	Mapas do Mundo, de Moçambique e província de Nampula com respectivos distritos	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Indicadores de saúde de Moçambique	34
Quadro 2.	Componentes da Transferência de Políticas	42
Quadro 3.	O Sujeito de AD	65
Quadro 4.	Marcas linguísticas que caracterizam a formação discursiva dos sujeitos entrevistados	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de Discurso
AMETRAMO	Associação dos Médicos Tradicionais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal do Nível Superior
CNBS	Comitê Nacional de Bioética para Saúde
DDS	Direção Distrital de Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short –Course</i>
DPSN	Direção Provincial de Saúde de Nampula
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FD	Formação Discursiva
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
GC	Gestor Central
GPE	Gestor Profissional de Enfermagem
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IUATLD	<i>International Union Against Tuberculosis and Lung Disease</i>
M	Médico
MAE	Ministério de Administração Estatal
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
RENAMO	Resistência Nacional de Moçambique
SIDA/AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de saúde
TB	Tuberculose
TM	Técnico de Medicina
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TP	Transferência de Políticas
US	Unidade Sanitária
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
Porquê?	21
1. INTRODUÇÃO: DA DIMENSÃO DO PROBLEMA AO CONTEXTO	25
1.1. O contexto sócio histórico, sanitário e político de Moçambique.....	28
2. ARCABOUÇO TEÓRICO: EXPERIÊNCIA, TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS	36
2.1. Compreendendo o conceito de experiência	37
2. 3. A Estratégia DOTS.....	47
2.4. DOTS em Moçambique.....	51
3. O CONTEXTO DA PRODUÇÃO DE DISCURSOS E SENTIDOS: A ANÁLISE DE DISCURSO	55
3.1. Discutindo a Análise de Discurso.....	56
3.2. Demonstrando a importância de AD em estudos de saúde	67
4. JUSTIFICATIVA.....	69
5. PERGUNTA DA PESQUISA.....	73
6 - OBJETIVOS.....	75
6.1. Objetivo Geral	76
6.2. Objetivos Específicos.....	76
7 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	77
7. 1 Tipo de estudo	78
7.2. Local de estudo.....	78
7.3. Descrição dos locais de entrevistas	80
7.3.1. Nível central.....	80
7.3.2. Nível provincial	80
7.3.3. Nível distrital	81
7.4. População do estudo e critérios de inclusão	88
7.5. Técnica de coleta de dados e sua organização	89
7.6. Técnica de apresentação dos dados	90

7. 7. Análise dos dados.....	91
7.8. Das entrevistas ao <i>software</i> Atlas ti e do <i>software</i> à formação de <i>corpus</i> de análise.....	94
7.9. Os procedimentos da escolha de corpus para interpretação	94
7.10. Questões éticas.	96
8 – ANÁLISE DOS DISCURSOS.....	97
8.1. Caracterização das pessoas envolvidas no estudo	98
8.2. As condições de produção amplas e restritas.....	98
8.3. Condições de produção dos sujeitos – restritas.....	100
8.4. A formação discursiva dos entrevistados.....	104
8.5. Analisando os discursos.....	111
8.5.1. Experiências e percepções sobre a transferência do DOTS	112
8.5.2. Estratégias adotadas na implementação e manutenção do DOTS.....	134
8.5.3. Potencialidades, inovações e fragilidades do DOTS no controle da TB.	159
8.5.4. Discurso não buscado pelo roteiro: possíveis soluções	233
CONSIDERAÇÕES FINAIS	236
REFERÊNCIAS.....	243
APÊNDICE.....	270
APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa para gestor do nível central	271
APÊNDICE - B: Instrumento de pesquisa para gestor do nível Provincial	275
APÊNDICE C: Instrumento de pesquisa para os gestores da saúde ao nível distrital.....	278
APÊNDICE D: Instrumento de pesquisa para os médicos, profissionais de enfermagem e/ou técnicos.....	282
APÊNDICE E: Consentimento informado para entrevista.....	285
APÊNDICE F: Cronograma das atividades.....	287
APÊNDICE G: Proposta de orçamento.....	288
ANEXO	289
ANEXO A - Pedido de realização de pesquisa à Direção Provincial de Saúde de Nampula.....	290
ANEXO B – Carta de cobertura da direção Nacional de Saúde Pública.....	291

Anexo C: Aprovação do projeto pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde .	292
Anexo D: Autorização do Ministro para a realização da pesquisa	293
ANEXO E - Credencial para a Pesquisa	294

APRESENTAÇÃO

Porquê?

Começaremos esta apresentação por um Porquê, visto que Ele (o Porquê) é o nó ou fundamento com o qual a filosofia pretende compreender as coisas enquanto tais, e se calhar Ele é inato ao homem se entendermos o inatismo não necessariamente *a priori*, mas a condição impulsionadora para a compreensão de um fenómeno independentemente de ser tangível ou não. O Porquê é o fundamento primeiro de qualquer esfera de indagação. As grandes indagações dos filósofos naturalistas, da escola da maiêutica, dos -helénicos, dos epicuristas, da escolástica, e individualidades filosóficas como Galileu, Copérnico, Descartes, Kant, Nietzsche, Husserl, Rousseau, Leibniz, Max, Foucault, Habermas, Rawls, Peuchêux, entre outros, se ostentam em algum porquê. Nesta palavra – Porquê - reside a fonte da vontade do saber. Assim, eis o pano de fundo do Porquê que se desdobra em “porquês” (multiplicidade de Porquê) que queremos apresentar. Porquê esta tese? Porquê o uso da Análise de Discurso como referencial teórico? Porquê esta temática de transferência de política? Porquê estudar a tuberculose? Porquê estudar no Brasil? Porquê estudar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP)? Poderíamos continuar a estender o Porquê na sua dimensão múltipla até ao ilimitado. Ora bem, vamos tentar desvendar esses “porquês”.

Este trabalho de tese trata-se de uma concepção “indo-exógena”, ou por outras palavras, endógena e exógena ao mesmo tempo. É endógena na medida em que a concepção parte do sentimento que tivemos, ao longo dos últimos 14 anos, ao ver muitos moçambicanos a perderem a vida por causa da tuberculose ou a padecerem dela, embora o governo estivesse a desempenhar algum papel no controle da doença. Verificamos que havia poucas pesquisas sobre o assunto,

principalmente da transferência de política, constatação que, de algum modo, nos instigou a pesquisar esse assunto.

Um outro grande estímulo decisivo, recebermos do Grupo de Estudos Epidemiológico Operacionais em Tuberculose (GEOTB) através do ilustríssimo Professor Doutor António Ruffino Netto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, que administrou o curso de metodologia de pesquisa na Universidade Eduardo Mondlane, em Moçambique no ano de 2012. O encontro com o professor Ruffino e com toda a sua equipa que lecionou o curso proporcionou-nos momentos de conversas cujo conteúdo mostrava a possibilidade de desenvolver a pesquisa na área da TB cursando o doutorado em saúde pública no Brasil.

Foi assim que o Professor Ruffino, interessado em concretizar a nossa ideia, nos aproximou da Professora Lenilde e finalmente da figura emblemática, Professor Pedro Palha.

A escolha da Universidade de São Paulo e concretamente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto embora muito bem acertada, não foi primária, aliás nem conhecíamos bem as escolas do Brasil. Por termos alguma experiência com a abordagem teórica do referencial metodológico da fenomenologia no mestrado, potenciava-nos fazer o doutorado na cidade de João Pessoa, onde a Professora Lenilde leciona, mas as exigências da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para o ingresso de um estrangeiro as universidades brasileiras, no ano de 2012, era que a nota do curso do doutorado a ser frequentado fosse pelo menos 5. Nota essa que o curso para qual iríamos frequentar em João Pessoa não dispunha. Para evitar a desclassificação imediata à bolsa, mais uma vez

o Ilustre, Professor Ruffino contactou com o Professor Pedro Palha e este aceitou nos supervisionar e assim começou o percurso do nosso doutorado integral.

Em concordância com a linha de pesquisa do nosso supervisor começamos a estudar a Análise de Discurso que anteriormente nunca tivemos contato, exceto no curso de metodologia, como referimos anteriormente, ministrado pelo grupo GEOTB em Moçambique. Assim, lendo os textos de Pêcheux, Foucault, Orlandi e outros analistas do discurso da escola francesa acabamos apaixonadamente engrenando nesta misteriosa e instável forma de interpretar os sentidos. Importa-nos aqui referir que por termos seguido este caminho sinuoso denominado de Análise de Discurso, na qualificação acabamos ganhando a ajuda da Ilustríssima Pesquisadora e Docente da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências de Ribeirão – USP, a Professora Doutora Filomena Elaine Paiva Assolini, que com anuência do supervisor solicitamos que fosse a co-supervisora.

Mas porquê enveredar por analisar a transferência de política? Interessante! Pesquisar sobre a transferência de políticas em países como Moçambique é de extrema importância porque muitas das políticas transferidas têm sido imposição das nações mais poderosas ou instituições internacionais que normalmente patrocinam os países pobres. Mas não é o que nos influenciou a discutir essa temática, porque a política de transferência de DOTS nunca foi imposição para Moçambique, mas porque a sua aplicabilidade efetiva exige compressão e rigor no seu dia-a-dia. Aliás a transferência da Política do nível central para local requer uma maior percepção do constructo teórico do que a transferência de política se faz valer.

O estudo sobre a transferência do DOTS, como política de controle da TB em Moçambique é de extrema importância, uma vez que o país ocupa a terceira posição

entre os países mais afetados pela Tuberculose no Mundo, muito embora tenha começado na década de 1980 a aplicar.

Apraz-nos enunciar que esta Tese está constituída por:

- *Introdução* - onde descrevemos a dimensão do problema da TB e do contexto sócio-histórico do país
- *Arcabouço teórico da transferência de política* – apresentamos as várias visões dos autores que pesquisam sobre esta temática e tentamos abordar as transferências na área da saúde.
- *Tessitura teórica da Análise de Discurso* – Trazemos, nesta parte, o referencial teórico metodológico com o qual ancoramos a nossa Tese. Assim, para a construção do texto mobilizamos os teóricos da Análise de Discurso da escola francesa e os conceitos fundamentais.
- *Percurso metodológico* – Nesta parte explicamos o tipo do estudo, as condições de produção tanto restritas como complexas, forma de coleta de dados, organização, caracterização de pessoas envolvidas no estudos, e as formas de análise dos nossos achados.
- *Análise de dados* – consistiu na interpretação dos sentidos produzidos através das sequências discursivas em análise – paradigma indiciário. Cabe-nos esclarecer que a análise sempre teve em conta o referencial teórico de AD, e da tessitura de Transferência de políticas e da tuberculose. Finalmente, apresentamos as nossas conclusões.

1. INTRODUÇÃO: DA DIMENSÃO DO PROBLEMA AO CONTEXTO

O Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (*Directly Observed Treatment-Short Course*) - DOTS é uma estratégia política, no campo da saúde, usada por inúmeros países afetados pela tuberculose (doravante TB), para reduzir a doença e as taxas de incidência, prevalência, mortalidade e abandono do tratamento (BRASIL, 2011; MOÇAMBIQUE - MISAU, 2011).

A TB é um problema de Saúde Pública em todo o mundo principalmente para os 22 países mais afetados do planeta que contribuem com cerca de 80% de casos diagnosticados, (RUFFINO-NETTO, 2006; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010).

Em 2014 foi estimado em 9,5 milhões novos casos da TB no mundo: 5,4 milhões entre os homens, 3,2 milhões entre as mulheres e em 1 milhão entre as crianças. A maior parte dos casos estimados em 2014 ocorreram na Ásia (58%) e região Africana (28%) e um pouco dos casos ocorreram na região mediterrânea (8%), região europeia (3%) e região das américas (3%). Também foi estimado 1,2 milhões (12%) dos 9,6 milhões de pessoas com TB estava co-infetados com o Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV). A região Africana apresentou 74% de casos estimados, ou seja mais de 50% dos casos eram co-infectados, (WHO, 2015).

Na África, a situação da TB vem ganhando maior destaque dado a sua incidência, apesar da implementação do DOTS desde a década de 80. Dos 22 países mais afetados pela TB, 9 fazem parte da região africana (WHO, 2015; MOÇAMBIQUE - MISAU, 2015). A situação da Comunidade do Desenvolvimento da África Austral (África do Sul, Angola, Botswana, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Namíbia Zimbabwe, República Democrática de Congo, Zâmbia, Tanzânia, Seychelles e Suazilândia) está cada vez mais agravante, três dos seus países ocupam as três primeiras posições na classificação entre países mais

afetados: África do Sul 1ª posição, Zimbabwe 2ª e Moçambique a 3ª posição; e cinco dos seus países fazem parte dos países mais afetados (África do Sul, Zimbabwe, Moçambique, República Democrática de Congo e Tanzânia), ou seja dos 9 países mais afetados da região africana 5 fazem parte dessa comunidade, (WHO, 2013; WHO, 2014; WHO, 2015).

Da mesma forma em Moçambique o número de casos notificados aumenta paulatinamente e junta-se a isso o aumento constante com a co-infecção do HIV/aids (MOÇAMBIQUE - MISAU, 2015). A título de exemplo o país ocupou o 18º lugar em 2006, em 2010 veio a ocupar a 16ª posição e atualmente ocupa a terceira posição (WHO, 2015), sendo que a TB constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Moçambique (MOÇAMBIQUE - MISAU 2007; MOÇAMBIQUE – MISAU, 2011; WHO, 12; WHO, 2015).

A prevalência da TB em Moçambique é de 556/100.000 habitantes (WHO, 2013). Durante o ano de 2014, foram notificados 58.270 casos novos de TB, correspondendo a uma taxa de notificação de 233/100.000 habitantes numa população estimada em 27.216.000, (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2015; WHO, 2015).

O número de casos de TB em 2014 (58.270) representa um aumento de 26% quando comparado aos casos de 2010, sendo que o aumento anual nos últimos anos foi em média de 6%, no entanto, em 2014 esse aumento foi de 9% (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2015). Todas as 11 províncias de Moçambique registraram aumento de casos em 2014: Niassa – 1.963; Cabo Delgado – 2.964; Nampula – 7.236; Zambézia – 9.881; Tete – 3.492; Manica – 3.998; Sofala – 7.321; Inhambane – 3.248; Gaza – 5.747; Maputo Província – 5.919 e Maputo Cidade – 6.503, (MOÇAMBIQUE- MISAU). Nampula foi a província que apresentou o mais baixo

índice de notificação 76% (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2015), mas mesmo assim faz parte das 3 províncias mais afetadas do país.

As estimativas indicam que Moçambique tem registrado anualmente, cerca de 140 mil casos de TB, dos quais apenas 50% iniciam o tratamento médico. No entanto, dos 50% que iniciam o tratamento, 3% abandonam e 5% resultam em óbitos. Moçambique continua sendo um dos 11 países entre os 22, considerados pela OMS com dificuldades de redução da incidência, prevalência e mortalidade por falta de recursos, conflitos, instabilidades e devido a generalização de pandemia do HIV, até ao ano de 2015 (WHO, 2013; WHO, 2015).

Apesar do agravamento da doença, todas as províncias de Moçambique estão cobertas pelo DOTS, (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2015), no entanto, embora o controle da doença seja possível, em Moçambique continua sendo um grave problema de saúde pública.

1.1. O contexto sócio histórico, sanitário e político de Moçambique

Moçambique é um país que se localiza no continente africano concretamente ao Sul-Oriente do Continente entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os meridianos 30°12' e 40°51' longitude Este (MOÇAMBIQUE – MISAU – INE-ICFI, 2013). O país faz fronteira com a República Unida da Tanzânia ao norte, com o Malawi, Zâmbia e Zimbabwe ao Oeste e ao Sul com África do Sul e na parte Leste é banhado pelo Oceano Índico.

Figura 1: Mapa de Moçambique

Fonte: Moçambique – Instituto Nacional de Estatística, 2005

O último censo populacional, de 2007, registrou cerca de 24 milhões de habitantes no país (MOÇAMBIQUE - INE, 2014). Mas, como dissemos anteriormente, ao ano de 2015, a população moçambicana era estimada em 27.216.000 habitantes (WHO, 2015), sendo a maior parte dela ainda jovem, e estimava-se que cerca de 40% é analfabeta, e 70% vive em zonas rurais.

A criação de Moçambique foi resultado da divisão feita pelos colonos europeus no ano de 1891, período em que o Continente Africano foi dividido por meio do tratado Anglo-Português (MOÇAMBIQUE-INE-MISAU - ICFI, 2013). Porém o domínio Português em território Moçambicano é anterior a data das demarcações das fronteiras, ou seja, remonta ao século XVI.

No século passado, precisamente na década de 1960 inicia-se a luta de libertação de Moçambique, liderada pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), cuja independência foi alcançada no ano de 1975. O Governo da época estabeleceu o regime socialista, arcabouçado por Marx e Engel, como uma estratégia política que resultou na implantação de um único partido político. Quase dois anos depois da independência inicia-se uma guerra civil protagonizada pelo movimento denominado Resistência Nacional de Moçambique (RENAMO). Esta guerra terminou no ano de 1992 com a assinatura de acordo Geral de Paz em Roma a 4 de outubro entre RENAMO e FRELIMO, partido no poder.

O conflito armado vivenciado em Moçambique, durante 16 anos, destruiu as infraestruturas econômicas e sociais e dificultou o avanço do progresso no campo da saúde, sendo que na década de 1990 Moçambique foi classificado pelo Banco Mundial como o país mais pobre do mundo (MOÇAMBIQUE – MISAU-INE-ICF, 2013). Assim, a partir de 1994, Moçambique inicia uma nova era: democracia, cujas eleições teve como principal vitorioso a FRELIMO, partido desde a independência continua governando o país.

No campo da saúde, no período colonial, a infraestrutura era para responder as necessidades dos colonos, embora alguns serviços pudessem ser acessados por alguns nativos. Foi na década de 1940 que se começou a falar de um Departamento

de Saúde que, congregava 78 médicos, 166 enfermeiros de diversos níveis e 102 enfermeiros moçambicanos (MORAIS, 2015). Assim, maior parte da população, quanto acometida por alguma doença, era atendida por curandeiros e adivinhos, além dos anciãos, que detinham o saber milenar sobre as plantas medicinais, cujo conhecimento sempre foi passado de geração em geração.

Após a independência, o conselho de Ministros através do decreto-Lei nº 5/75 de 19 de agosto decidiu nacionalizar as clínicas privadas do tempo colonial, com objetivo de maximizar os recursos oferecendo maior possibilidades de atendimento sanitário aos cidadãos moçambicanos de forma indiscriminada. O mesmo decreto no seu artigo 1 refere que “todas as atividades em matéria de prevenção e tratamento da doença, assim como a preparação de quadros técnicos de saúde, são exclusivos do Estado”. A partir dessa altura toda atividade de atenção básica foi para a responsabilidade única e exclusiva do governo moçambicano. Este ficou provedor e promotor dos servidos de saúde para todo o país.

Desde a independência a assistência médica e medicamentosa era gratuita, mas esta situação foi revista em 1977 através da Lei nº 2/77 que adotou um critério uniforme de pagamento de cuidados nas diferentes unidades sanitárias (USs) do país com preço, considerado, acessíveis a todos. Esta Lei no seu artigo 1 enfatizava que todas as ações sanitárias de carácter profilático eram gratuitas.

Foi exatamente em 1991 que se criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da Lei nº 25/91, à luz da constituição da República que estabelece o direito à assistência médica e sanitária a todos os cidadãos sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MISAU). O seu objetivo centra-se na promoção da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação, recorrendo à formação e pesquisa

como meio para o seu desenvolvimento contínuo. Assim, o SNS, em níveis de atenção sanitária, ficou organizado da seguinte forma: *nível primário* - compreendido por centros e postos de saúde com respectivas áreas de saúde; - *nível secundário* - composto por hospitais distritais, gerais e rurais; *nível terciário* - constituído por hospitais provinciais, e finalmente por *nível quaternário* - constituído por hospitais centrais e hospitais especializados. Para além dessas instituições, fazem parte do SNS os centros de higiene e exames médicos, instituições de formação profissional, laboratórios especializados e instituições de pesquisa.

Em 1991, com o processo de redemocratização, o Estado viu-se incapaz de ser o único provedor dos serviços de saúde criando assim a possibilidade de prestação de cuidados de saúde em estabelecimentos privados, através da Lei no 26/91 que autorizou a abertura de estabelecimentos próprios para cuidados sanitários desde que se obedea o estatuído pelas autoridades competentes. Por outro lado, houve a necessidade de se reconhecer a atividade da ação milenar dos médicos tradicionais em 2004. Segundo a lei nº 11/2004, o Serviço Nacional de Saúde cobria 40% dos serviços sendo que o resto e na maioria era coberta pelos praticantes da medicina tradicional e dos serviços de saúde privados, sendo uns com fins lucrativos majoritariamente localizados nas grandes cidades e outros sem fins lucrativos, cobrindo as zonas rurais e as áreas periféricas das cidades.

Tendo em consideração a situação atual de Moçambique, e valendo-nos de Cury (2005) podemos afirmar que a República de Moçambique é operada principalmente por 4 subsistemas de saúde: o primeiro controlado e financiado pelo Estado e outros doadores (organizações nacionais e internacionais) o segundo controlado pelas práticas privadas de saúde como negócio rentável, praticamente instalados em capitais provinciais e principalmente nas grandes cidades, o terceiro

controlado por organizações sem fins lucrativos: instituições de caridade e de organizações voluntárias que também abrangem a um número reduzido da população e finalmente o quarto, sistema de curandeiros (médicos tradicionais) que operam em todo território nacional e que cobre toda a população moçambicana, isto é, mesmo aquelas pessoas que têm acesso ao SNS sob tutela do governo moçambicano, também usam os serviços dos curandeiros.

Embora haja todos esses subsistemas, o controle de várias doenças incluindo a TB é da inteira responsabilidade do Estado, com o apoio dos outros subsistemas. Atualmente existem vários programas coordenados pelos MISAU mas na sua maioria, são financiados por organizações internacionais, mostrando-se, desta forma, a incapacidade do país sustentar os seus programas, tal é o caso do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

O SNS está organizado de tal forma que todas as orientações provêm do MISAU e as direções provinciais cumprem o que o nível Central decide. Cabe-nos ressaltar que o financiamento das atividades do SNS é centralizado, embora haja uma descentralização do orçamento para os serviços distritais e das direções provinciais, mas é o Governo Central que determina uma percentagem do orçamento geral do Estado para o MISAU e este por sua vez distribui para as províncias aos programas que forem considerados importantes, para além disso, o MISAU sobrevive também de doações. Todas essas situações condicionam as políticas da saúde em Moçambique e principalmente a forma como são executadas.

O acesso às unidades sanitárias (US) é tido como deficiente. Muitos dos distritos existentes em Moçambique têm um único médico para cerca de 150 mil habitantes. A rede dos laboratórios capaz de fazer rastreio da TB é muito deficiente

e encontra-se distante da maior parte da população moçambicana, tornando o país um dos mais críticos em laboratórios, (SAIFODINE et al, 2013; BOS, 2013; WHO, 2015).

Os desafios das unidades sanitárias, no contexto atual, estão relacionados com a crescente falta de recursos humanos qualificados, manutenção dos microscópios, educação para saúde, infraestrutura capaz de responder a realidade moçambicana e a carência da população, em termos de meios suficiente para o transporte para além da alimentação, (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2012; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2015).

Desde a independência as doenças que mais acometem a população Moçambicana, entre outras, continuam a ser HIV/aids, TB, malária, diarreias, má nutrição e cólera (MOÇAMBIQUE-MISAU; 2015)

Os indicadores de saúde de Moçambique, continuam a ser dos mais críticos do mundo. Abaixo apresentamos o quadro:

Quadro 1: Indicadores de saúde de Moçambique

População Moçambicana em 2015 estimada em 27.216.000*	
Indicadores de saúde	Ano
Esperança de vida = 53,46*	2014
Taxa de mortalidade Infantil = 64*	2011
Taxa de mortalidade bruta = 12,4**	2012
Taxa de Natalidade = 39,3**	2012
Mortalidade neo natal (a cada 1000 partos com vida) = 30,4%***	2013
Taxa de crescimento populacional = 2**	2012
Densidade de médico para 1000 habitantes = 0**	2010

Número de profissionais a cada 10000 pessoas = 4,5***	2013
Partos com assistência profissionais = 54,3% ***	2013
Leitos Hospitalares por 1000 habitantes = 1**	2010
Gasto com saúde = 6% do PIB**	2009
Imunização = 78%***	2013
Pobreza – 54% da população vive abaixo da linha da pobreza**	2008
A taxa de incidência da TB era de 409 por 100000 pessoas**	2009
A taxa de mortalidade de pessoas com TB era de 42 por 100000**	2009
Prevalência de HIV = 13%	209

Adaptado, Fontes: *WHO, 2015; ** www.indeximundi.com/map; www.fbi.gov/library/publication/the-word-factbook; *** MOÇAMBIQUE – MISAU-INE-ICFCI, 2013.

Estes são alguns dos indicadores de saúde que espelham a realidade moçambicana e, que de certo modo, direta ou indiretamente, vão influenciando o controle da TB em Moçambique.

2. ARCABOUÇO TEÓRICO: EXPERIÊNCIA, TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS

2.1. Compreendendo o conceito de experiência

No título desta tese aparece o termo “experiências”, e dessa forma acreditamos ser imprescindível a sua discussão conceitual, nesta parte inicial da revisão da literatura. Avaliar uma política qualitativamente implica a exploração das experiências das pessoas arroladas para o estudo. Transferir e implementar uma política, envolve experiência tanto individual quanto coletiva das pessoas envolvidas. Mas também o termo experiência tal como concebemos está extremamente relacionado com o referencial teórico metodológico da Análise de Discurso que sustenta esta pesquisa. Mas o que é mesmo a experiência? Para respondermos a questão que colocamos apoiamo-nos em Bondía (2002) que, no seu artigo: *notas sobre a experiência e o saber da experiência*, valendo-se das línguas espanhola e portuguesa definiu a experiência como “o que nos passa”, “o que nos toca”. Ficou mais claro ao explicar que a experiência não se trata da maneira como a pessoa se opõe, impõe, propõe, mas sim a forma de se “ex-pôr” envolvendo para isso vulnerabilidade e risco.

A pessoa com experiência de uma determinada situação percebe melhor essa situação e é capaz de propor melhorias, mas a pessoa sem experiência é alguém firme, forte, inatingível, anestesiado, apático, definido por seu saber, por seu poder e sua vontade, (BONDÍA, 2002). A experiência transforma os indivíduos, torna-os outras pessoas e mais enriquecidas. A experiência leva-nos a uma aprendizagem, mas embora esta não nos leve a experiência necessariamente. Face ao exposto no período anterior cabe-nos ressaltar que a experiência leva ao saber fazer, a ter conhecimentos sobre uma determinada realidade circunscrita a um contexto. À luz dos ensinamentos de Coelho Júnior e Borges-Andrade (2008)

compreendemos que o empreendimento do indivíduo em ações de experiência manifesta-se em conhecimentos e habilidades - aprendizagem. Ao passo que um ensinamento sobre uma determinada situação que não foi experimentada pelo indivíduo, passa a ser um aprendizado, mas sem experiência. Ainda apoiando-nos em Bondía (2002) afirmamos que a experiência não é a aquisição de conhecimentos simplesmente, mas o que nos toca nas nossas vivências.

Com a experiência as pessoas, por meio dos discursos, produzem sentidos que significam no cotidiano da sua vida. A frase anterior encontra sua sustentação em Lima e Batista (2013) no artigo sobre *o itinerário do conceito de experiência na obra de Walter Benjamin* ao argumentar que o que factualmente é a condição de experiência é a linguagem. O termo experiência que vai aparecer em vários seguimentos desta tese sempre carreará o mesmo significado apresentado por Bondía.

2.2. Transferências de políticas: conceitos e contextos de aplicação

A avaliação de transferência de políticas (TP) é um tópico muito recente, mas muito discutido e serve para o desenvolvimento de pesquisas em políticas públicas tanto no nível nacional quanto no internacional. No entanto, em Moçambique, ainda não há muitas informações e nem investigações que envolvam esse referencial teórico, que por um lado revela um dos lados inovadores dessa tese. Assim, para nos debruçar sobre esta temática achamos ser imprescindível discutirmos em primeiro lugar o conceito de Política para em seguida abordar o de TP. Segundo Lima (2012) *apud* Rua (1998) entende-se por Política o conjunto de procedimentos

tanto formais como informais que expressam relação de poder e que destinam à solução prática dos conflitos quanto aos bens públicos. Mas quando se trata de Políticas de Saúde elas têm em vista a resolução de problemas de saúde que envolve uma população, que pode ser local (país) continental ou mundial.

Cabe-nos agora discutir a TP que segundo Benson e Jordan (2011), David Dolowitz e David Marsh inventaram o termo TP. Assim, entende-se por TP como um conhecimento de ideias, instituições, política e programas de um determinado tempo e espaço que são colocados num outro contexto de tomada de decisão, para desenvolver políticas e programas não concebidos nesse contexto (DOLOWITZ, MARSH, 2000).

Historicamente, a realidade de TP remonta aos tempos de antiguidade. Quando os Romanos invadiram a Grécia levaram consigo os homens eruditos para ensinarem os seus filhos e impuseram as suas políticas no território invadido, portanto vemos aqui os primórdios da TP, embora não nos moldes atuais. Um outro período de TP verificou-se antes do século XI com movimentos religiosos, como é o caso da África que foi afetada pela islamização que atingiu grande parte do Norte e Oriental do continente o que obrigou os nativos a viverem conforme a novas regras importadas e impostas (KI-ZERBO, 2010; MOKHTAR, 2010). No Século XV, com a expansão dos europeus para África e as Américas, verifica-se outra fase de TP de forma coercitiva da Europa para os povos nativos que deveriam mudar a sua forma de ser e de se comportar (OGOT, 2010), seguindo outros padrões sócio culturais.

Os estudos sobre a TP remontam na década de 1940, mas ganham o seu ímpeto na década de 1960 nos Estados Unidos da América (EUA). Estes estudos centravam-se na difusão de políticas entre os Estados e na década de 1990 os

estudos entre as nações começam a ganhar o seu campo nas escolas políticas na Europa. Estes objetivavam compreender as políticas que eram transferidas entre os EUA e o Reino Unido e entre os países que faziam parte da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (DOLOWITZ; GREENWOLD; MARSH, 1999; EVANS; DAVIS, 1999).

Existem duas grandes escolas que tratam sobre a TP a primeira apresenta as seguintes temáticas: *band-wagging*, convergência, difusão, aprendizado *evidence based practise* e o *lesson-drawing* e a segunda linha de *Policy Transfer*, nesta linha fazem parte os trabalhos dos cientistas comparativistas (CAMACHO, 2011).

Segundo Camacho, (2011) existem quatro abordagens nos estudos da TP que são – *process-centered approach* (abordagem centrada no processos) - esta abordagem centra-se no processo da transferência com intuito de explicar a importância voluntária, coerciva e negociada, a esta linha está associada a *policy learning* que enfatiza a análise do processo de tomada de decisão e na procura de solução.

Adeational approach (abordagem baseada nas ideais) é a segunda maior linha e é constituída por 4 mini-linhas: “ abordagem do aprendizado social (*Social learning approach*), a abordagem do aprendizado organizacional (*The organizational learning approach*) abordagens das comunidades epistêmicas (*The epistemic community approach*) e as abordagens discursivas” (CAMACHO, 2011, p. 22). Todas estas linhas convergem na premissa de que as ideias ou sistemas de ideias influenciam na aprendizagem dos políticos.

A outra linha, a terceira, é a *Comparative approach* (abordagem comparativa) qual enfatiza que a razão fundamental dos Estados imitarem conscientemente uma

política é a crença de que ela pode trazer sucesso semelhante no país a ser aplicado.

A última abordagem é a *Multi level approach* (abordagem com foco em múltiplos níveis) cujo objetivo é compreender a TP harmonizando com o níveis micro, meso e macro da análise e os precursores desta linha são Dolowitz e Marsh, Richard, Evans e Davis (CAMACHO, 2011).

Tendo em conta a problemática da nossa pesquisa, ancoramo-nos na abordagem de Dolowitz e Marsh, Richard, Evans e Davis, porque ela (nossa pesquisa) se baseou em três níveis (central, provincial e distrital) dentro do país. Vale-nos o argumento de Camacho (2011) de que o modelo de Dolowitz e Marsh se foca na transferência de política como consequência das decisões e estratégias tomadas por pessoas dentro e fora do governo. Para além disso, estuda as transferências dentro dos próprios países privilegiando os diferentes níveis: micro, meso e macro.

O Modelo de Dolowitz e Marsh (2000) funda-se nas seguintes perguntas:

1. Por que razão os atores se engajam na TP públicas?
2. Quem são os atores envolvidos no processo de TP?
3. Quem são os atores chaves engajados na TP?
4. O que é transferido?
5. De que lugar são tiradas as lições?
6. Quais são os diferentes graus de transferências?
7. O que dificulta ou facilita o processo de transferência?

8. Como a transferência está relacionada com o sucesso ou o fracasso de políticas públicas?

Podemos verificar que se trata de um modelo preocupado em explicar os motivos que estão por detrás dos indivíduos se engajarem na TP e dos determinados processos envolvidos. Para além disso, identifica os atores chave, o que é transferido e sua proveniência, os aprendizados, graus de transferência, sucessos e fracassos.

Fazendo um panorama geral da TP, abaixo apresentamos um quadro que em parte responde estas questões do modelo de Dolowitz e Marsh (2000). Mas também clareamos que o quadro serve de introdução do que vem depois dele.

Quadro 2: Componentes da transferência de Políticas

	Ideacional	Institucional	Redes
Quem são os agentes de transferências de política?	Defensores econômicos, especialistas, associações profissionais	Políticos, funcionários civis internacionais, serviços estatais	Vários atores sectoriais: Organizações não-governamentais/sociedade civil
O que é transferido?	Ideias, paradigmas, lições, e políticas de interpretação	Instrumentos, legislações, abordagens políticas	Aspectos conservadores e flexíveis
Bases de autoridade	Epistêmica/normative	Política/Burocracia	Responsabilidade coletiva entre os <i>stakeholders</i>
Quando é que há a reavaliação dos fatores da política?	Momentos de incertezas, de crises e novos conhecimentos	As instituições influenciadas para operarem mudanças; lenta adaptação	Problemas de políticas transfronteiriços intratáveis, ausência de responsabilidade nacional
De onde vem a aprendizagem?	Melhores exemplos do setor público; mercados bem-sucedidos e	Instituições dominantes jurisdições psicologicamente próximas	Experiências de membros da mesma rede

	sociedade civil		
De onde as aprendizagens são retiradas no processo da TP	Definição de problemas, e nas configurações de agenda	Tomada de decisão; alocação de recursos; implementação	Implementação; prestação de serviços e monitoria
Onde são implementadas as lições	Comunidades e sociedade	Em Nações-Estados, espaços multilaterais	Entre e acima dos Estados; via redes transnacionais;
Mecanismos da implementação de políticas	Conferências, associações profissionais, defesa de melhores práticas	Legislação, regulamentação, definição de padrões, guerra e invasão e condicionalidades	Parceiros e alianças para a implementação
Resultados	Aprendizado social; e conhecimentos consensuais	Harmonização, convergência e divergência	Identidades e preferências comuns através de uma ação compartilhada; capital social
Como as mudanças são impostas?	Poder hegemônico	Poder estrutural	Poder das redes
Fatores que impedem a transferência	Ausência da comunidade internacional; Divergência no conhecimento; ideologias variadas	Falta de ajuste institucional; discordantes instrumentos de políticos	Falta de partilha de visão; desunião da rede; deserção
Razões de convergências entre as nações	Normas comuns ou ideologias entre as elites políticas	Pressão exógena na política econômica	Pesquisas em rede
Razões de divergência	Aprendizagens; lições negativas	Determinantes internacionais: burocratismo, resistência, inércia política	Ausência de coordenação e de decisões conjuntas

Fonte: Adaptado a partir do artigos de Stone (2007) e Dolowitz e Marsh (2000).

Como podemos entender a partir do quadro acima, a TP pode ocorrer de uma forma voluntária ou coercitiva, (BERSON; JORDAN, 2011; OGDEN; WALT; LUSH, 2003). A forma voluntária ocorre quando o governo ou grupo de implementadores

aderem a tal política como um desejo e, coercitiva quando há uma obrigação de implementá-la sem a intenção do aplicador, ou por outras, quando um governo estrangeiro força o outro para adotar um conjunto de inovações políticas. Mas a TP também se pode operar ao nível interno de um país quando ela é copiada de uma parte do país para ser aplicada em outro espaço.

No processo de transferência de uma política, Camacho, (2011: 32) inspirando-se em Rose (2002) apresenta dez passos: (i) diagnosticar o problema; (ii) procurar por uma lição, e escolher um programa; (iii) entender a forma do funcionamento do programa nos países de origem; (iv) elaborar modelos que levarão o programa a funcionar; (v) construir a lição através da *adaptação, hibridização, sintetização e inspiração*; (vi) interrogar-se sobre a aplicabilidade da política (vii) compreender as limitações, e a demanda por recursos do programa; (viii) conhecer a questão contextual da inserção do programa e sua relação com outras políticas públicas; (ix) especulação por meio de avaliação prospetiva; (x) os países estrangeiros como símbolos positivos e negativos na retórica política.

Estes dez passos, embora não sejam os únicos, podem caracterizar uma TP bem-sucedida. Por isso, tornar-se imperioso conhecer, como diziam Dolowitz e Marsh (2000), no artigo intitulado *Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy – Making*, as razões da TP, identificação dos envolvidos: instituições, serviços, ideologias, valores culturais, cooperações internacionais, governos, para além de se ter clareza o que se vai transferir.

Para que se efetive a TP é importante que um governo esteja a procura soluções de um determinado problema, assim, é provável que haja uma transformação, porque a necessidade de uma solução é imperiosa na TP, e isso

garante a efetividade da mesma, (DOLOWITZ; MARSH, 2000; DOLOWITZ, 1997; EVANS; DAVIES, 1999; BERSON; JORDAN, 2011).

Ao se transferir uma política decide-se a forma de transferência: transferência cópia - que envolve uma transferência completa sem acrescentar e nem retirar nada da sua componente; transferência emulação – que envolve a transferência de ideias que estão por detrás da política ou programa sem transferir toda política; transferência mista – que envolve a mistura de várias e diferentes políticas; e finalmente a transferência inspirada – onde a política se inspira em outras políticas, (DOLOWITZ; MARSH, 2000).

Na Transferência de Política deve-se ter em conta, quase necessariamente, as ideias, as instituições e articulação das mesmas. Um conhecimento profundo dos valores culturais das comunidades onde a política vai ser aplicada é de extrema importância para que a política se efetive.

A TP pode ocorrer a partir de organizações internacionais para determinado país ou países, como acontece normalmente com as políticas de saúde concebidas principalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que embora essas políticas não sejam vinculativas acabam sendo coercitivas - persuasivas. Em um estudo de Stone (2007), intitulado *transfer agents and global networks in the transnationalization of policy* defendeu que há cinco características imprescindíveis para compreender os modos coercivo e persuasivos da TP:

- *Inducement* – persuasão - que consiste em levar os governos a instaurar políticas que eles não teriam iniciado;

- *Selectivity* – seletividade – consiste em auxílios concedidos apenas aos países que apresentam o ambiente de boas políticas;
- *Paternalism*- paternalismo – os doadores tentam obter ajuda de gastos com os produtos e ajudas que oferecem;
- *Restraining* – restrição - em busca de proteção contra inversão de políticas que pode ocorrer com um novo governo. Ele difere de incentivo em que não há divergência política entre o beneficiário e o país doador;
- *Signalling* – sinalização - a ajuda é usada com um dispositivo de boa política pelo país beneficiário.

No campo da saúde, a TP é recente. Geralmente as políticas de controle de qualquer doença resultam em uma cooperação entre os países membros das Nações Unidas, governos nacionais e indústrias farmacêuticas. Para isso, se criam procedimentos/protocolos comuns, com objetivo de diminuir o desfasamento de acesso entre os países. Alguns desses exemplos são as políticas elaboradas pela OMS de luta contra TB; HIV/aids.

Com o eclodir de novas doenças como HIV/aids que se espalhou rapidamente para todo o globo terrestre, Holtgrave (2004) sugeriu um modelo analítico que era voltado para a análise quantitativa de política de transferência de tecnologias na luta contra o HIV principalmente para a prevenção. Autores como Hulme (2005) se centravam na ideia de transferir políticas sociais relacionadas a educação e saúde para controlar determinadas doenças.

No México, Bissel, Lee e Freeman (2011) propuseram um novo modelo analítico de TP que contribuiu de certa forma para a realização de pesquisas operacionais em saúde. Em Malásia na Ásia, Mulligam, Elliott e Schuster-Wallace (2012) fizeram uma análise crítica do discurso tanto dos *guidelines* da OMS, quanto dos gestores voltado à operacionalização da política de controle da Dengue.

Na África, concretamente na República Sul Africana passou-se a incorporar estratégias de controle de doenças infecciosas incluindo o HIV e TB a partir de revisão relacionada com arranjos políticos feito por Schneider et al., (2006).

A TP de saúde em Moçambique começou desde que o país se tornou independente. As políticas são geralmente concebidas ao nível central (nacional) ou importadas e implementadas em todo o território nacional (Províncias e Distritos). As organizações internacionais como a OMS financiam e fiscalizam a maior parte dessas políticas. Quanto a política DOTS, ressaltamos que Moçambique serviu de campo de experimento, ainda na década de 80, (CLIFF; WALT; NHAVETE, 2004).

2. 3. A Estratégia DOTS

A OMS declarou a TB como uma emergência na década de 1990 e imediatamente propôs a estratégia de DOTS para todo mundo (RUFFINO – NETTO, 2006). O DOTS é apresentado em 5 linhas importantes (WHO, 2006; RUFFINO – NETTO, 2006; BRASIL, 2011), que são:

1 - *Detecção de casos por parte dos serviços de saúde através de baciloscopia entre sintomáticos respiratórios*

A detecção de casos é o primeiro passo e fundamental no controle da TB, porque os “bacilíferos, isto é, aquelas pessoas cuja baciloscopia de escarro é positiva, são a principal fonte da infecção”, (BRASIL, 2011a p.23). Para se operacionalizar a detecção de casos torna-se importante a garantia de uma ampla rede de laboratórios devidamente equipados com pessoal treinado. Tudo isso exige investimentos adicionais na rede de laboratórios e de outros insumos laboratoriais. Além disso, envolve ter-se um laboratório de referência com bons recursos e em pleno funcionamento (WHO, 2006).

Ainda segundo WHO (2006) a rede de laboratório deve ser baseada nos seguintes princípios: adoção de normas nacionais, em conformidade com as diretrizes internacionais; descentralização dos serviços de diagnóstico mantendo-se a qualidade; comunicação entre os membros em vários níveis da rede; e funcionamento de gestão interna e externa da qualidade, incluindo supervisão.

2 - Tratamento Diretamente Observado (TDO)

O TDO consiste na administração do medicamento ao paciente por um profissional treinado que passa a observar a toma da medicação desde o início do tratamento até ao desfecho final da doença, mas sem alterar o esquema terapêutico (BRASIL, 2011a). Nesse caso, o país que adota o TDO, base do controle da TB, passa pela organização e administração do tratamento padronizado em todo o país para todos os casos de TB: adultos e pediátricos - com baciloscopia positiva/negativa e extrapulmonar (WHO, 2006). Aqui enfatiza-se o uso dos regimes mais eficazes e padronizados, e de combinações de dose fixa de drogas para facilitar a adesão ao tratamento e para reduzir o risco do desenvolvimento de resistência à droga.

O TDO, por meio da supervisão dos doentes, auxilia quanto a ingesta do tratamento regular e completa alcançando, assim, a cura e prevenção do desenvolvimento de resistência aos medicamentos. A supervisão a ser realizada no âmbito do tratamento ao doente, destina-se a garantir a adesão por parte tanto dos prestadores (em dar a devida atenção e apoio) e de doentes (em fazer o tratamento regular). Um outro aspecto que a OMS recomenda é que dependendo das condições locais, a vigilância pode ser realizada a uma unidade de saúde, no local de trabalho, na comunidade ou em casa. Deve ser fornecido por um parceiro tratamento ou apoio ao tratamento que é aceitável para o doente e é treinado e supervisionado por serviços de saúde, (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; WHO, 2006).

3 - Disponibilização de medicamentos de forma regular

Este pilar preconiza que o fornecimento sistemático de medicamentos anti - TB de qualidade é imprescindível para o controle da doença. Para este fim, um sistema de fornecimento e de gestão eficaz dos medicamentos é essencial. Preconiza-se um sistema confiável de aquisição e distribuição de todos os medicamentos essenciais anti -TB a todos os estabelecimentos de saúde. Os medicamentos anti - TB devem estar disponíveis gratuitamente para todos os doentes com TB, em razão de muitos doentes estão em situação de vulnerabilidade social e teriam dificuldades quanto ao pagamento do tratamento regular, além do fato de que o tratamento eficaz, traz benefícios para a sociedade como um todo, (WHO, 2006; BRASIL, 2011b).

4 - Sistemas de registros de casos

O estabelecimento de um sistema de monitoramento e avaliação de confiança com a comunicação regular entre os níveis centrais e periféricos do sistema de atenção à saúde é vital. Isso requer o registro padronizado de dados de doentes individuais, incluindo informações sobre os resultados do tratamento. Esses dados, quando compilados e analisados, podem ser usados nas unidades de saúde para monitorar os resultados do tratamento, a nível distrital para identificar os problemas locais que possam surgir, a nível provincial ou nacional, para assegurar de forma consistente o controle da TB de alta qualidade em todas as áreas geográficas e ajuda a identificar o desempenho de cada país (WHO, 2006).

5- Comprometimento do governo colocando o controle da TB como prioritário entre as políticas de saúde

O Compromisso político, sustentado pelos governos nacionais, é de extrema importância para DOTS. O compromisso político ajuda a promover parcerias nacionais e internacionais, que devem ser conjugados a planos de ação estratégica de longo prazo, elaborados pelos programas nacionais de controle da TB (WHO, 2006). Importa salientar que os planos estratégicos devem atender a requisitos técnicos e financeiros e promover a responsabilidade pelos resultados em todos os níveis do sistema de saúde.

Sabendo-se que os recursos atuais são insuficientes, o financiamento adequado para o controle da TB é fundamental e mais esforços são necessários para mobilizar recursos adicionais de fontes nacionais e internacionais, com um aumento progressivo do financiamento interno (WHO, 2006). Mesmo com um financiamento adequado, deficiências críticas em recursos humanos no setor da

saúde têm impedido o progresso em muitos países, especialmente na África. Nesses países de renda baixa, o compromisso político é fundamental para suportar as mudanças estruturais e financeiras globais, necessárias para melhorar a disponibilidade, distribuição e motivação dos profissionais de saúde competentes. Esforços especiais, incluindo um bom planejamento estratégico, que são necessários para assegurar a disponibilidade de recursos humanos adequados e competentes para a saúde em cuidados gerais e TB em particular (WHO, 2006, BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011a).

Estas medidas são fortemente recomendáveis para os países com índice mais elevado de TB como é o caso de Moçambique, porque a aplicação da estratégia DOTS em todo mundo mostrou ser eficaz na cura da doença e na maior adesão dos doentes, para além de garantir a redução de novos casos de TB no mundo (WHO, 2015).

2.4. DOTS em Moçambique

Embora Moçambique seja um país altamente vulnerável e dependente de ajudas internacionais a implantação da estratégia DOTS não foi considerada uma imposição (CLIFF; WALT; NHAVETE, 2004). Assim, quando o governo moçambicano começou a defender que a TB era uma prioridade de saúde pública, pediu um suporte técnico a uma organização não-governamental: *International Union Against TB and Lung Disease* (IUATLD). Nesse contexto, em 1977 lança-se a estratégia de controle da TB e foi integrado no SNS, (CLIFF; WALT; NHAVETE, 2004).

Assim, o programa de controle da TB em Moçambique começou com a ajuda da IUATLD, que enviou um especialista para ajudar o país na implementação do controle da TB baseando-se no TDO, nos primeiros dois meses da doença incluindo a avaliação, notificação de casos e garantia de medicamento. Ainda, Cliff, Walt e Nhavete (2004) defendem que a implementação do registo de casos de TB no SNS começou em 1984, e a terapia de curta duração em 1985 num programa piloto na cidade de Maputo. Foi essa experiência também que terá contribuído para as bases de DOTS em 1990, que a OMS recomendou para os 22 países mais afetados pela TB.

Portanto, Moçambique iniciou a aplicar a estratégia de DOTS muito antes de esta ser recomendada pela OMS, mas apesar disso a TB nunca deixou de ser um problema de saúde pública para o país. A partir de 1993 Moçambique começou a figurar na lista dos 22 países mais afetados pela doença, e no ano de 2006 o país declarou o controle da TB como uma emergência Nacional (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010).

Até o ano de 2010, em Moçambique, todos os distritos de todas as províncias tinham 100% de cobertura de DOTS institucional (MOÇAMBIQUE - MISAU, 2011; MOÇAMBIQUE - MISAU, 2013). Para se controlar a TB no país, iniciou-se, em 2004, com o programa nacional de controle de infeções, e a partir de 2009 foram capacitados técnicos de vários níveis para garantir a implementação da estratégia DOTS.

No âmbito do controle da TB, a provisão dos serviços é feita dentro das estruturas dos serviços de saúde, em pelo menos em uma unidade sanitária a cada 128 distritos existentes no país. Essas unidades têm condições para realizar o

diagnóstico da TB baseando-se no exame bacteriológico da expectoração, com um profissional responsável para registar os dados, (MOÇAMBIQUE – MISAU, 2007)

O país começou com o controle da TB tendo em conta as seguintes medidas: de gestão, administração, ambientais e de proteção respiratória individual, (MOÇAMBIQUE, MISAU, 2010).

As medidas de gestão estão voltadas para as responsabilidades das pessoas responsáveis pelos sistemas de saúde desde os níveis central até ao nível da US, cujas responsabilidades incidem na garantia de execução dessas medidas. As medidas administrativas garantem a execução plena dos programas e as medidas ambientais, servem para reduzir a concentração de núcleos de gotículas infecciosas no ambiente e, por último, as medidas de proteção respiratória individual com a intenção de reduzir a inalação de aerossóis infectantes em locais, onde a concentração destes aerossóis não podem ser reduzidas pelos controles administrativos e ambientais, (MOÇAMBIQUE - MISAU, 2010)

No plano estratégico de controle da TB, fazem parte as seguintes atividades, de responsabilidades do nível central:

- (i) Sensibilização, colaboração e coordenação dos intervenientes para o controle da infecção da tuberculose (CI TB); (ii) Desenvolvimento e disseminação de políticas e diretrizes técnicas nacionais para controle de infecções e TB; (iii) Planificação, orçamentação, alocação e distribuição de fundos estratégicos CITB; (iv) Desenvolvimento de estratégias para capacitação nacional na área de controle de infecção para TB; (v) Realização de análise de situação nacional de controle de infecções e TB; (vi) Inclusão do controle de infecções e TB como parte de iniciativa de segurança e saúde no ambiente de trabalho; (vii) o envolvimento dos pacientes e da comunidade na campanha de divulgação e conscientização para controle de infecções e TB; (viii) expansão do controle de infecções e TB para outros ambientes

conglomerados; (xi) Organizar numa estratégia de monitoria e avaliação para controle de infecção de TB (MOÇAMBIQUE- MISAU, 2010, p. 17).

Em relação USs que constituem o nível local ou distrital lhes são atribuídas as seguintes atividades: (i) implementação de práticas de controle de infecções e de TB nas unidades sanitárias, e (ii) Aceleração do diagnóstico laboratorial e tratamento de TB (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010).

Face ao exposto neste capítulo, podemos compreender que a TP é multidimensional e envolve ideias, especialistas, políticos, serviços públicos e privados, organizações internacionais entre outros. No caso de política de saúde normalmente envolve toda a sociedade.

3. O CONTEXTO DA PRODUÇÃO DE DISCURSOS E SENTIDOS: A ANÁLISE DE DISCURSO

3.1. Discutindo a Análise de Discurso

Ao lermos esta tese podemos notar que o título da mesma traz termos e/ou expressões importantes: discursos e produção de sentidos, que são discutidos na abordagem teórica metodológica da Análise de Discurso de matriz francesa (doravante, AD). Esta abordagem tornou-se o alicerce teórico-metodológico desta investigação.

Assim, interessa-nos, neste capítulo, apresentarmos a tessitura teórica de AD e os conceitos que a constituem. Salientamos, desde já, que não temos a intenção de esgotá-los, mas sim, trazer ao debate os conceitos que nos ajudarão a compreender a AD, e a nos introduzir na esfera de interpretação dos sentidos que são inesgotáveis.

Os conceitos de AD constituem uma teia, ou seja, um conceito produz uma melhor compreensão se ele for relacionado ao outro, mas porque não poderemos apresentar todos, os outros conceitos discutiremos em capítulos subsequentes na medida em que esses forem sendo inquiridos a análise.

AD é um método e disciplina de interpretação, campo teórico que epistemologicamente se funde numa filosofia linguística, materialística histórico e psicanalítica, (ORLANDI, 2008; PÊCHEUX, 2010; FOUCAULT, 2008). A AD ancora-se à Linguística devido, a tese da “não-transparência da linguagem”: “ela tem o seu objeto próprio, a língua, e esta tem a sua ordem própria”, (ORLANDI, 2013, p.19). Também a AD recebeu influência do materialismo histórico com a tese de que há um “real na história”, mas que não é transparente ao homem e, finalmente, hauriu também da psicanálise, como refere Orlandi (2013) através da transposição da

noção do homem para sujeito que se constitui na relação com o simbólico, na história.

A AD teve como precursores Jean Dubois, linguista, e Michel Pêcheux, filósofo. O primeiro interessado pela linguística e o segundo por assuntos de marxismo, da psicanálise e da epistemologia. Mas a discussão sobre o marxismo leva ambos a terem o mesmo interesse (MUSSALIM, 2009; ORLANDI, 2010). A AD teve a sua gênese na França nos anos 60 do século passado, (ORLANDI, 2010; PAULIUKONIS; MONNERAT, 2008; ASSOLINI, 2011).

A AD ao longo do seu desenvolvimento permeou três fases importantes, (PÊCHEUX, 20010; ORLANDI, 2008; MUSSALIM, 2009; MENDEZ, 2008). O primeiro período da AD defendia arduamente de que o sujeito controlava o seu próprio pensamento, como se pode perceber no trecho de Pêcheux (2010, p. 309): “ um processo de produção discursivo é concebido como uma máquina autodeterminada e fechada sobre si mesma de modo que um sujeito – estrutura determina os sujeitos como produtores de seus discursos”. Esta concepção inferiu uma forma ortodoxa de AD, isto é, a AD passa a ser concebida a partir de um *corpus* fechado, portanto a análise do *corpus* era fixo. Esta forma foi, obviamente influenciada pela linguística, ciência concebida sem equívocos, ou seja, o equívoco é atribuído ao usuário da linguagem.

Na fase seguinte, a AD sai da ortodoxia, ou seja do fixismo. Portanto, defende-se a ideia de que a sua formação discursiva não está fechada, porque é perpassada por elementos de outros lugares, de outras formações discursivas (PÊCHEUX, 2010).

Na terceira fase, a AD deixa completamente o componente fixo. Segundo Pêcheux (2010, p. 310), nesta fase: “a ordem fixa explode definitivamente: através da desestabilização das garantias sócio-históricas que se supunham assegurar a própria pertinência histórica e de procedimentos de uma construção empírica do *corpus* refletindo as tais garantias”. As garantias sócio históricas fazem parte das ideologias. Ao deixar ser fixa, a AD releva-se como uma disciplina não fechada e, porque entre outras razões encontra-se mergulhada na língua(gem), na história, no político, e no social.

A AD considera “a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social” (ORLANDI, 2013, p.15). Esta mediação permite que o homem se transforme e dê sentido à realidade. Assim, tem-se que a mediação em causa é feita pelo discurso.

Falar do discurso é extremamente complexo. Segundo Orlandi, (2009) a palavra discurso na sua origem, ou seja, etimologicamente indica a ideia de curso, de percurso ou de movimento e Foucault (2008, p.133), na sua obra *Arqueologia do saber*, define o discurso como:

Um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva, ele não forma uma unidade retórica ou formal indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar na história (p.133).

Com a asserção acima, Foucault mostra claramente que o discurso não é algo pré-concebido mas ele flui na medida em que é proferido. Portanto, a AD assume o discurso como uma ilustração, por outras palavras, como uma materialização do ideológico proveniente da forma de organização e de modos de produção social, (FOUCAULT, 2008; PÊCHEUX, 2010, MUSSALIM, 2009;

ASSOLINI, 2003; ORLANDI, 2009). É no discurso onde podemos compreender os sentidos produzidos, mas em função da formação discursiva em uma dada ideologia. Os sentidos segundo Orlandi (2013) são relações determinadas do sujeito afetado pela língua com a história. Por isso, os sentidos não são pré-determinados, ou seja, as palavras mudam de sentido de acordo com a sua formação discursiva (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2013; FERNANDES, 2008; PÊCHEUX, 2009).

Voltemos ao que dissemos anteriormente, ou seja, a um dos termos que se encontra na definição genérica que apresentamos da AD: Ideologia. Cabe-nos ressaltar que do materialismo emergiu o conceito de ideologia descrito por Fernandes (2008, p.21) como:

Uma concepção de mundo do sujeito inscrito em determinado grupo social em uma circunstância histórica. Linguagem e ideologia são vinculadas, esta se materializada naquela. Ideologia é inerente ao signo em geral. Sendo assim, diante de toda e qualquer palavra enunciada, procuraremos verificar qual (ou quais) ideologia(s) a integra(m).

O termo ideologia é fundamental na AD, embora seja complexo e que pode ter múltiplas interpretações. Na verdade, a ideologia determina a forma como as pessoas concebem o mundo e se posicionam diante dele discursivamente. Para mais aprofundamento deste assunto buscamos o que Althusser (1970), disse na sua obra sobre *Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*. Para ele “ a ideologia é uma representação da relação imaginária dos indivíduos com as suas condições de existência”, (ALTHUSSER, 1970, p. 77).

Essa ideologia constitui-se na relação entre os homens e as condições de existência que lhes são representados. Althusser (1970) defende ainda que as ideologias são produzidas por aparelhos ideológicos do Estado que são

responsáveis pelas relações de produção, trata-se de aparelho ideológico religioso, familiar, jurídico, político, sindical de informação e cultural e aparelho repressivo do Estado: administração, o exército, a polícia os tribunais, as prisões etc. Ao lermos os percursores do materialismo histórico, Marx e Engels (1998), na obra *Manifesto comunista*, podemos encontrar os alicerces do pensamento althusseriano, ao defenderem que a burguesia não deveria existir sem revolucionar os instrumentos de produção e todas as relações sociais, e foram a fundo ao declararem que “ a conservação inalterada do antigo modo de produção era pelo contrário a primeira condição de existência de todas as classes industriais anteriores” (MARX; ENGELS, 1998, p.25). Portanto, o modo de produção é responsável do existir enquanto forma de significação.

É importante, para irmos compreendendo a relação entre a ideologia e o homem, mobilizarmos o psicanalista Lacan (1981). Na sua obra intitulada *A família*, argumentou que o ser humano é caracterizado por um desenvolvimento singular das relações sociais que asseguram as capacidades excepcionais de comunicação mental que de certa forma vão determinando os comportamentos cuja conservação e progresso dependem da comunicação e antes de tudo da obra do coletivo, (LACAN, 1981).

Para Pêcheux (1996), em sua argumentação, ressalta que a coletividade trata-se de uma entidade preexistente que se caracteriza por impor sua marca ideológica em cada sujeito em forma de socialização. Na mesma linha de pensamento, Althusser (1970) afirma que as relações de produção (ideologia) interpelam os indivíduos concretos como sujeitos, portanto, só existe ideologia pelo sujeito e para o sujeito. É neste dizer de Althusser: “a ideologia interpela os indivíduos como sujeitos”, em que Pêcheux (1996) interpretando argumentou que a

ideologia interpela o “não-sujeito” “constituindo-o como sujeito”. Pêcheux ainda apresenta um paradoxo ao afirmar que “a interpelação, tem por assim dizer, um efeito retroativo, o que resulta em que todo indivíduo é “sempre já sujeito” (PÊCHEUX, 1996).

Antes de nos debruçar sobre o sujeito, que de alguma forma apareceu na discussão do conceito ideologia, apresentamos o conceito de formação ideológica. Parafraseando Pêcheux (2009) entendemos como formação ideológica um conjunto de posições de classes que existem de modo abstrato e que possuem um caráter regional. São essas posições de classe que o sujeito se inscreve ao tomar determinadas posições.

Cumpre-nos agora apresentarmos o conceito de sujeito. Para entender o sujeito é preciso percorrer um caminho, que de antemão não tem uma direção clara se a pessoa não se predispor a seguir, e predispondo-se, não significa ter clareza evidente sem ter chegado ao fim. Portanto, só a pessoa percebe o caminho depois de ter chegado ao fim. Então, por onde podemos começar para compreender o sujeito? Não existe uma regra definida, mas começaremos pela psicanálise. Qual é a posição da psicanálise? Para explicar recorreremos ao fundador, Freud. O campo da aplicação da psicanálise são as neuroses mais leves, a histeria, as fobias e os estados obsessivos, e também deformações de caráter, inibições sexuais e anormalidades (FREUD, 2014). Assim, vemos que primeiramente a Psicanálise queria apenas explicar fenômenos psíquicos patológicos, mas chegou a desenvolver uma psicologia da vida psíquica normal. Isso deve-se a descoberta de que os sonhos e os atos falhos de indivíduos normais têm o mesmo mecanismo dos sintomas normais. Aqui a psicanálise tem o seu foco na esfera do inconsciente, que

é estruturado como uma imagem e, que sendo assim, é a palavra com a qual se pode acessar (ELIA, 2004).

A constituição do sujeito é feita a partir do campo da linguagem. A nossa sustentação, baseia-se no trecho de Elia (2004, p. 36):

(...) o sujeito só pode ser concebido a partir do campo da linguagem. Embora Freud não se refira explicitamente a isso, todas as suas elaborações teóricas sobre o inconsciente, nome que delimita o campo primordial da experiência psicanalítica do sujeito, o estruturam como sistema quer de representações (...), de traços de memória (...), de signos de percepções (...), que se organizam em condensação e deslocamento.

O campo de linguagem foi desenvolvido por Ferdinand de Saussure, mas duas categorias apresentadas por ele na constituição do signo interessaram Lacan. Trata-se do *significante* imagem material acústica na perspectiva de Saussure, que se associa imediatamente a um conceito, como *significado*. Mas Lacan vai subverter essa associação atribuída por Saussure entre o significante e o significado, ao conferir o primado a primazia ao primeiro (significante) na produção do segundo (ELIA, 2004). Este autor vai além, ao expor que no pensamento lacaniano o significante prevalece sobre o significado, que lhe é secundário e faz reproduzir a partir da articulação que se opera entre significantes. Foi assim que Lacan fundou a sua teoria do inconsciente.

Desde a vida uterina, a criança é esperada, mas antes de nascer já há lugar preparado para ela, estamos falando do nome a lhe ser oferecido, roupas, objetos, local de habitação, e ao nascer ela encontra uma “mãe” responsável de introduzir no mundo, por via linguagem e todo o desejo manifestado pela criança a “mãe” codifica por meio de linguagem. Essa mãe, ou o Outro como chama Lacan não é

necessariamente biológica, mas pode ser as instituições cuidadoras, a família, Igrejas, escola ou provedoras de cuidados que introduz a criança no mundo simbólico de ser sujeito. Portanto o Outro é simbólico.

Mobilizemos o conceito simbólico a que Lacan nos apresenta, embora tenhamos ciência que estamos em plena apresentação do conceito sujeito, mas é pela importância que o conceito (simbólico) desempenha na esfera do sujeito. Para Lacan o simbólico:

Trata-se ainda e sempre de símbolos, e de símbolos organizados na linguagem, portanto, funcionando a partir da articulação do significante e do significado que é o equivalente da própria estrutura da linguagem (LACAN, 2005, p. 22)

Esta asserção de Lacan mostra-nos que o simbólico é estruturado em forma de linguagem. Ainda, Lacan, na mesma obra (*Nomes-Do-Pai*), explica que aquilo que no animal denominamos um comportamento simbólico é na verdade um seguimento deslocado “assumir um valor socializado e servir ao grupo animal como referência para certo comportamento coletivo” (LACAN, 2005, p.19-20). Assim, o indivíduo serve-se desse simbólico estruturado em forma de linguagem para se tornar sujeito.

Então podemos compreender desta forma que o sujeito lacaniano como diz Fink (1998) não é “indivíduo”, a pessoa singular, e não aparece em nenhum lugar no que é dito, nem é sujeito do enunciado. Trata-se de um sujeito alienado, clivado e a condição, ou seja, a possibilidade da sua existência é o deslocamento intermitente. É nesse contexto que Elia (2004) afirmou que o sujeito é um ato de resposta, uma resposta de ato.

Essa perspectiva do sujeito da psicanálise, interessou a Pêcheux, o pai da AD. O sujeito na AD não é tal como é ou pode ser entendido em psicologia. Trata-se de um sujeito ancorado em três esferas: esfera de processos mentais, da linguagem e da ideologia. Assim, conforme advogam Fernandes (2008) e Assolini (2003), o sujeito é constituído por várias vozes e indica a posição na qual as pessoas assumem. Portanto, não se trata de um ser empírico, palpável, conectado a uma entidade/individualidade, mas sim a posição em que ocupa, trata-se de lugar social. Procurando sermos ainda mais claros podemos exemplificar dizendo que um indivíduo, falando para o filho pode tomar a posição do sujeito pai, mas se falar para o seu filho como amigo ele pode tomar a posição do sujeito amigo e se estiver a examinar numa banca ele toma a posição de julgador ou juiz, aquele aquém o aluno deve ter medo. Portanto, o sujeito engloba o inconsciente, a linguagem e a ideologia desenvolvida por uma determinada sociedade (ORLANDI, 2013; BRANDÃO, 2012; PÊCHEUX, 2009).

Hall (2000) defende que o sujeito do nosso tempo não tem uma identidade fixa, ou seja é um sujeito supérfluo, cuja identidade é móvel de forma continuada e transformada continuamente na forma de ser interpretado ou interpelado. Nesta visão, a identidade é histórica e não biológica, e o sujeito pode assumir identidades diferentes em momentos diferentes. Vemos aqui que o que Hall nos traz condiz com o sujeito de AD, um sujeito clivado, não pré-determinado. Ainda nesta linha de pensamento Orlandi (2013) afirma que a forma sujeito história a que corresponde à sociedade atual representa melhor a contradição, portanto trata-se de um sujeito livre e submisso simultaneamente. Capaz de uma liberdade ilimitada e uma submissão em falhas.

Quadro 3 - O sujeito de AD

Fonte: Adaptado a partir do artigo de Gricoletto, 2005.

O sujeito não está dado, nem tão pouco nasce ou se desenvolve (FERREIRA, 2005; ELIA, 2004). Ele é concebido discursivamente (ORLANDI, 1999) - Sujeito discursivo – que é constituído na inter-relação social, não é o centro do seu dizer, em sua voz, um conjunto de outras vozes heterogêneas que se manifestam, (FERNANDES, 2008). No argumento de Ferreira (2005) fica evidente que o sujeito está sendo afetado ao mesmo tempo por três entidades (como referenciamos insistentemente acima) e deixando cada uma delas um furo: furo da linguagem, vindo do equívoco, o furo da ideologia, vindo da contradição e finalmente o furo da psicanálise apresentado pelo inconsciente, daí a ideia da incompletude ser tão sinalizada para todo referencial teórico do discurso, e de certa maneira atingir o modo como os principais conceitos se compõem.

Não poderíamos fechar esta discussão de AD sem abordarmos o conceito de memória, porque o sujeito, ao discursar, aciona a memória. Esta quando pensada

em relação ao discurso é tratada como memória discursiva, ou seja, o saber discursivo que vai tornar possível “todo o dizer e que retorna sob a forma do pré-constituído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada de palavra” (ORLANDI, 2013, p.31). Para Pêcheux (2010, p.50):

Uma memória não poderia ser concebida como uma esfera plena, cujas bordas seriam transcendentais históricos cujo conteúdo seria um sentido homogêneo, acumulado ao modo de um reservatório: é necessariamente um espaço móvel de divisões, de disjunções de deslocamentos e de retomadas, de conflitos de regularização... um espaço de desdobramentos, replicas, polêmicas e contra-discursos.

Nesta perspectiva a memória pode ser social ou coletiva; institucional; mitológica, memória registrada e memória do historiador. Compreendamos aqui que a memória referida por AD não é individual, mas sim encruzada nos sentidos por diferentes aspectos.

Temos ciência de que nem todos os conceitos foram acionados neste capítulo, mas evocados, como dissemos acima, em momentos oportunos tais são os casos dos conceitos: paráfrase, polissemia, formação discursiva, interdiscurso, intradiscurso e silêncio por sua importância nos aspectos de análise das entrevistas, e, finalmente o conceito de condições de produção que vai aparecer no espaço em que apresentamos as condições de produção das entrevistas da nossa pesquisa.

Cumpre-nos explicar que os outros conceitos, ainda não arrolados acima, se necessário, também serão mobilizados para alicerçar melhor as nossas análises, porque é como dissemos anteriormente, que na AD os conceitos funcionam como uma teia: um conceito sempre se relaciona com outro, portanto não há conceitos soltos e fechados.

3.2. Demonstrando a importância de AD em estudos de saúde

Uma das condições em que emergem estudos que se apropriam do referencial teórico metodológico de AD, é justamente pelo contraponto de que as análises no campo da saúde e doença transcendiam a questão meramente numérica ou seja epidemiológica, tocando as subjetividades individuais e coletiva dentro de um contexto sócio-histórico. Macedo et al. (2008) já tinha referido no seu artigo *análise do discurso: uma reflexão para a pesquisa em saúde*, que a saúde não constituía campo separado da realidade social, pelo contrário fazia parte de uma realidade complexa, que requer intervenção e o uso de conhecimentos distintos ao mesmo tempo integrados.

Toda forma de ser e estar em relação à doença é manifesta no discurso. Como descrevem Macedo et al. (2008) é nas palavras onde o homem se revela e mostra o fio do seu pensamento e a tendência das suas ações e do sistema socioeconómico e das práticas quotidianas numa dada sociedade. Os mesmos autores foram mais a fundo ao defenderem que as palavras fazem posicionar o homem em uma política.

O uso deste referencial teórico em estudos de políticas em saúde como é o caso da transferência de DOTS torna-se quase inevitável, porque em políticas, as pessoas quando se expressam, ou seja, discursam-se tomam posições valendo-se de uma determinada ideologia circundante. Assim com AD, há uma possibilidade de compreender o discurso individual e coletivo (MACEDO et al., 2008), mas que é

investido no sujeito e isso pode trazer elementos que podem auxiliar identificação das formas de atuação na saúde.

4. JUSTIFICATIVA

A escolha deste tema prende-se com o fato de que Moçambique ainda ser um dos países mais afetados pela TB no mundo e a doença constituir ainda um problema cada vez mais preocupante de saúde pública e por se registrar mais novos casos a cada ano que passa no país. Para além disso, há poucas pesquisas em assunto de TB sobretudo na avaliação de TP do DOTS usando método qualitativo, embora se reconheça que o país implantou essa estratégia há vários anos.

Com intuito de identificar os estudos que tratassem da temática da TB optamos por investigar por meio de uma revisão de literatura estudos voltados à transferência de DOTS em Moçambique desde a década de 1980.

Realizamos a seleção de artigos na base de dados de PubMed, AIM (*African Index Medicus*), e LILACS (Literatura Latino Americano em Ciências da Saúde) utilizando os seguintes descritores administrados virtualmente por Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dos Descritores em ciências da Saúde (DeCs): Tuberculose, Terapia Diretamente Observada; Tuberculose pulmonar, Moçambique. Utilizamos também os descritores do MeSH (*Medical Subject Headings*) específicos para PubMed: *Tuberculosis; Mozambique; Pulmonary Tuberculosis e Directly Observed Therapy*. Incluímos nessa busca as palavras-chave como Transferência de Política seu correspondente em Inglês (*Policy Transfer*) e DOTS. Constituíram critérios de inclusão: artigos publicados em idiomas de Português, Espanhol e Inglês que versavam sobre a temática em revisão. As publicações secundárias, e artigos que enfocam estudos moleculares e genéticos do *Micobacterium tuberculosis*, de co-infecção (HIV/AIDS e TB) mas sem enfoque principal da TB e os estudos sobre TB resistente foram excluídos.

Da base de dados de AIM, após o cruzamento dos descritores com uso dos operadores booleanos (*AND* e *OR*) foram encontrados três artigos, entre os quais 1 reunia os critérios de inclusão. Na base de dados de LILACS foram encontrados 5 artigos e nenhum deles reunia critérios de inclusão. Na base de dados de PubMed foram achados 50 artigos dos quais 7 foram incluídos.

Dos 8 artigos que fizeram parte da amostra final, um deles aborda sobre a prevalência e incidência de TB e as suas causas. O estudo revela atraso no diagnóstico dos casos o que tem contribuído no aumento da incidência e da prevalência dos casos (SAIFODINE, 2013) e 2 deles destacam a enorme carga de TB infantil; e o desafio de cumprimento das metas de redução da TB devido ao aumento de caso de HIV, que proporcionalmente aumenta também os casos da TB (LÓPEZ-VARELA et al., 2015; GARCÍA-BATEIRO, 2014).

Quatro estudos avaliam o processo de diagnóstico, a implementação do DOTS e o processo administrativo e ambientes do uso de equipamentos de proteção respiratório. Um desses estudos demonstra que as diretrizes para diagnóstico e tratamento de doentes de TB não estavam presentes em todas as instalações; 52% dos quartos avaliados apresentavam ventilação adequada e revelou também que as mediadas de controle da TB não eram suficientemente cumpridas pelos serviços de saúde, (BROUWER, et al. 2015). Os outros estudos demostram a fragilidade do sistema de saúde na notificação dos casos; não cumprimento do processo de diagnóstico da TB de acordo com as recomendações da OMS; e a dificuldade de supervisão regular, (WIKMAN-JORGENSEN, et al., 2015; BOS, 2013; SALOMÃO, 1991).

Finalmente um artigo analisa transferência de política sobre as doenças infecciosas comparando a abordagem sindrômica da infecções de transmissão sexual e o DOTS para o tratamento da TB (CLIFF; WALT; NHATAVE, 2004).

As questões apresentadas pelos artigos apontam a necessidade de uma reflexão sobre a estratégia DOTS enfocando implementação, potencialidades e fragilidades da estratégias a partir dos próprios profissionais (gestores, médicos e enfermeiros) com intuito de proporcionar maior compreensão da temática e, por outro, fornecer sugestões para a elaboração de políticas relacionadas com melhor prestação de cuidados e maior atenção aos doentes da TB, para além de contribuir no debate acadêmico sobre a temática.

5. PERGUNTA DA PESQUISA

Tendo em conta o assunto da transferência da Política do DOTS e da situação de TB existente em Moçambique e o arcabouço teórico desta pesquisa, avançamos com esta pergunta:

- Que sentidos são produzidos por gestores, médicos e profissionais de enfermagem na implementação de política de DOTS a partir das experiências vivenciadas por eles?

6 - OBJETIVOS

6.1. Objetivo Geral

Analisar a transferência da política do DOTS a partir da visão dos gestores central, provincial e distrital, e profissionais de saúde da Província de Nampula.

6.2. Objetivos Específicos

1. Analisar os sentidos produzidos por meio das experiências e percepções sobre a transferência do DOTS;
2. Identificar as estratégias adotadas para a implementação e manutenção do DOTS;
3. Analisar as potencialidades, inovações e fragilidades do DOTS no controle da TB.

7 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

7. 1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo que recorre a abordagem de AD para a sua sustentação teórico metodológico. Esta abordagem qualitativa é a mais apropriada para elucidar os complexos e os processos de constituição da subjetividade, como as crenças, as experiências e as percepções, nos processos individuais de tomada de decisão (HOLANDA, 2006).

Para este estudo o uso do método qualitativo, por meio da AD, é importante e imprescindível, porque analisamos uma política buscando através da subjetividade, os sentidos produzidos a partir das formações discursivas nos quais os sujeitos profissionais de saúde se inscrevem e da ideologia que os interpela e os assujeita.

7.2. Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em Moçambique – África, no Ministério da saúde (nível central) e nos distritos da província de Nampula (nível provincial e distrital). Esta província localiza-se no norte do país com 3.985.613 habitantes recenseadas no ano de 2007, no último censo populacional, e projetada para 5.008.793 em 2015 (MOÇAMBIQUE - INE, 2015).

da cidade de Nampula, onde o transporte ainda é ineficiente e as estradas não oferecem condições desejáveis de transitabilidade.

7.3. Descrição dos locais de entrevistas

7.3.1. Nível central

Ao nível central, a entrevista decorreu no edifício principal do Ministério da Saúde, na cidade de Maputo, capital do país, onde a maior parte das direções nacionais se encontram e a partir das quais, os programas políticos são coordenados incluindo o Programa Nacional de Controle da TB.

7.3.2. Nível provincial

Ao nível provincial, a entrevista decorreu na província de Nampula, cidade do mesmo nome, junto às instalações da DPS. A Província de Nampula, composta por 21 distritos, situa-se a Norte de Moçambique, fazendo limites ao Norte com a província de Cabo Delgado, a Sul com a Província da Zambézia, a Este com o Oceano Índico e a Oeste com a Província de Niassa.

7.3.3. Nível distrital

7.3.3.1. Distrito de Mecubúri

O Distrito de Mecubúri situa-se ao norte da Província de Nampula fazendo limites com a Província de Cabo Delegado a Norte e a Este com os Distritos de Muecate e Eráti e a Oeste com os Distritos de Lalaua e Ribáué e a Sul o Distrito de Nampula, (MOÇAMBIQUE – MAE, 2005a). O Distrito tem uma superfície de 7.135km² e uma população recenseada em 2007 de 155.624 habitantes e estimada para o ano de 2015 em 184.747. Dos 155.624 habitantes somente 40.393 com 5 anos ou mais falam português e destes somente 34.167 sabiam ler e escrever, (MOÇAMBIQUE- INE, 2014a).

Trata-se de uma população maioritariamente jovem (47%) abaixo de 15 anos de idade. O distrito possui 78 escolas das quais 71 do ensino primário do nível 1 e está servido por 13 US, índice insuficiente tendo em conta a média de cobertura: uma unidade sanitária por cada 12 mil habitantes; um leito hospitalar por cada 2.600 habitantes e 1 profissional técnico de saúde para 3.200 residente no distrito, (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005a). Embora reconheçamos que a partir de 2005 houve um aumento no número das escolas, a rede de infraestrutura não é suficiente tanto para a educação bem como para a saúde. O distrito contava com apenas 1 médico até ao final do primeiro semestre do ano de 2014. Todos os profissionais da enfermagem eram do nível básico ou médio e os técnicos de medicina eram do nível médio. O Distrito, até aos finais do primeiro trimestre de 2014, dispunha de um único microscópio para a testagem da TB.

7.3.3.2. Distrito de Meconta

O distrito de Meconta localiza-se no Centro Leste da Província de Nampula situando-se a Norte com o distrito de Muecate, a Sul com o distrito de Mogincual e Mogovolas, e Este com o distrito de Monapo e a Oeste com o distrito de Nampula. O distrito tem uma superfície de 3.786 km² (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005b) e uma população de 154.843 recenseada em 2007 e estimada em 190.647 habitantes para o ano de 2015, (MOÇAMBIQUE - INE, 2014b).

A população é majoritariamente jovem, e 44% tem menos de 15 anos de idade. Meconta, até 2005, dispunha de 78 escolas (das quais 69 do ensino primário) e 7 USs, mostrando ser insuficiente a cobertura dos serviços de saúde (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005b). Informações disponíveis indicam que até ao ano de 2005, havia uma US para 23 mil habitantes, e um profissional técnico por cada 5.200 habitantes (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005b).

Das 154.843 pessoas recenseadas no distrito, no ano de 2007, somente 50.545 sabiam falar português, sendo que destes falantes da língua portuguesa somente 34.167 sabiam ler e escrever. O distrito até ao final do primeiro semestre de 2014, dispunha de apenas um médico, e alguns técnicos de medicina e profissionais de enfermagem de nível básico. Para o diagnóstico da TB, o distrito dispunha de 2 microscópios.

7.3.3.3. Distrito de Muecate

Este distrito faz fronteira a Norte com os distritos de Eráti e Nacarôa, ao sul com o distrito de Nampula e Meconta a Este com os distritos de Nacarôa e Monapo e a Oeste com os distritos de Mecubúri. O seu território ocupa uma superfície de 4.133Km² (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005c) e uma população de 93.906 segundo o censo populacional de 2007 e projetada em 114.036 habitantes para o ano de 2015, (MOÇAMBIQUE-INE, 2014c). Dos recenseados no ano de 2007 somente 24.924 sabiam falar a língua portuguesa e destes 21.530 sabiam ler e escrever.

O Distrito apresenta poucas e precárias infraestruturas de educação e saúde e as estradas pouco transitáveis em tempo seco e quase intransitáveis em tempo chuvoso, dificultando a comunicação entre as comunidades (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005c). Situação que dificulta a atividades do Serviço Nacional de Saúde e muito mais PNCT.

O distrito dispõe apenas de um médico, técnicos de medicina e profissionais de enfermagem de nível básico, e tem um único local de manejo da TB – sede do distrito, entre as 9 USs existentes. Até ano de 2005 o distrito possuía 60 escolas das quais 57 do ensino primário (MOÇAMBIQUE -MAE, 2005c).

Atualmente o distrito conta com um médico que atende todo distrito para além de desempenhar cargos de diretor da unidade sanitária da sede distrital, médico chefe e diretor clínico do distrito. Também o distrito conta com técnicos e enfermeiros todos do nível básico e/ou médio. Persistem neste distrito, a falta de recursos humanos e materiais, falta de medicamentos, falta de água nos centros de

saúde e falta de habitação, além da alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, HIV e aids e TB, (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005c).

7.3.3.4. Distrito de Mogovolas

Mogovolas é um distrito que se localiza ao Sul da cidade de Nampula. Faz limites ao Norte com os distritos de Nampula e Meconta, ao Sul com os distritos de Angoche e ao Oeste com os distritos de Murrupula e Gilé – distrito pertencente a Província da Zambézia, com uma superfície de 4.748km² (MOÇAMBIQUE – MAE, 2005d). Até ao ano de 2007 o distrito dispunha de 266.559 com uma população projetada para 2015 em 419.593 habitantes (MOÇAMBIQUE - INE, 2014d). Das 266.559 recenseadas no ano de 2007, 55.053 sabiam falar português e desses só 55.053 sabiam ler e escrever, (MOÇAMBIQUE - INE, 2014d).

As informações disponíveis indicam que até ao ano de 2005, o distrito dispunha de 111 escolas das quais 2 eram do ensino secundário, e 88% da população era analfabeta, no âmbito dos serviços sanitários, 35 mil habitantes dispunham de apenas uma US, e 8.500 habitantes dispunham de apenas um profissional técnico de saúde, (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005d).

Atualmente, o distrito possui 7 US, um único laboratório para a detecção da TB e conta com 2 médicos, técnicos de medicina e profissionais de enfermagem de níveis básico e médio. Este distrito, tal como outros, apresenta problemas de falta de recursos humanos na área de saúde, distâncias longas entre os povoados e a US, ou seja, uma boa parte da população vive há mais de 8km, com meios de transporte

quase inexistentes ou inadequados para o transporte de seres humanos, situação agravada pela má qualidade das vias terrestres.

7.3.3.5. Distrito de Monapo

O distrito de Monapo faz limites ao Norte com os distritos de Nacarôa ao Sul com o distrito de Mogincual, ao Oeste com os distritos de Nacala-Velha e Mossuril e ao Oeste com os distritos de Muecate e Meconta com uma superfície de 3.584 km² (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005e) e uma população recenseada em 2007 de 304.060 e projetada para o ano de 2015 em 374.801 habitantes. Dos recenseados em 2007 somente 75.125 falavam português e desses falantes da língua portuguesa 63.531 sabiam ler e escrever, (MOÇAMBIQUE - INE, 2014e). Até o ano de 2005, 82% da população era analfabeta (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005e).

O Distrito até o ano de 2005 contava com 92 estabelecimentos do ensino, sendo 2 do ensino médio e 1 do ensino técnico e os restantes do ensino primário. É um dos poucos distritos que possui um hospital rural (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005e). Atualmente, o distrito conta com 14 USs, com mais de 2 médicos, técnicos de medicina e de profissionais de enfermagem. O distrito conta com 4 USs de manejo para a TB e 4 laboratórios, o que lhes confere destaque como um distrito equipado laboratorialmente para o controle da TB, mas mesmo assim não deixa de ser um distrito que apresenta dificuldades de laboratórios, recursos humanos e com problemas de acesso às USs dada as longas distâncias geográficas.

7.3.3.6. Distrito de Rapale

O Distrito de Rapale circunda a cidade de Nampula, fazendo os seus limites ao Norte com os distritos de Mecubúri e Muecate, ao Sul com o distrito de Mogovolas, ao Este com o distrito de Meconta e ao Oeste com o Distrito de Murrupula. O distrito dispõe de uma superfície de 3.739 km² (MOÇAMBIQUE – MAE – 2005f) e uma população recenseada em 2007 de 203.733 e projetada para o ano de 2015 em 622.423 habitantes. Dos recenseados em 2007 somente 62.148 falavam português e destes 49.417 sabiam ler e escrever, (MOÇAMBIQUE - INE, 2014f). A maioria da população deste distrito é jovem. O Distrito possuía, até em 2005, 98 escolas do nível primário e 75% população era analfabeta (OÇAMBIQUE - MAE, 2005f).

O distrito tem atualmente 14 USs, 1 médico e outros profissionais de saúde: técnicos de medicina e de profissionais de enfermagem. Para a detecção de casos de TB o distrito conta com 1 laboratório.

7.3.3.7. Distrito de Ribàué

Este Distrito localiza-se na região Ocidental da Província de Nampula e faz limites com os distritos de Lalaua ao Norte, ao Sul com os distritos de Alto Molocué da Província da Zambézia e Murrupula, ao Oeste com os distritos de Malema e ao Este com o distrito de Mecubúri. O distrito de Ribàué Ocupa uma superfície de 4.894 Km² (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005g) e tem uma população recenseada em 2007 de

186.250 habitantes projetada para o ano de 2015 em 254.918 habitantes (MOÇAMBIQUE-INE, 2014g). Das pessoas recenseadas em 2007 com 5 anos ou mais, 67.401 sabiam falar português e destas somente 56.299 sabiam ler e escrever. Importa também referir que a população deste distrito é majoritariamente jovem.

Os últimos dados de 2005 indicam que o distrito dispunha de 92 escolas das quais 2 eram do nível secundário e 1 do ensino técnico profissional. O distrito tem 1 hospital rural e 8 centros de saúde. O distrito conta com 2 médicos e 2 laboratório para a deteção da TB.

7.3.3.8. Distrito de Murrupula

Este distrito localiza-se a Sudoeste da capital provincial de Nampula, ao Norte separa-se com o distrito de Rapale, ao Sul com o distrito de Gilé da Província da Zambézia, ao Este com o distrito de Mogovolas e ao Oeste com o distrito de Ribàué. Tem uma superfície de 3.095 Km² (MOÇAMBIQUE - MAE, 2005h) e uma população recenseada em 2007 de 14.0311 e projetada para o ano de 2015 em 173.619 habitantes. Da população recenseada em 2007, apenas 32.501 com idade de 5 anos ou mais sabia falar português e destes somente 27.065 sabia ler e escrever, (MOÇAMBIQUE - INE, 2014h).

A educação e saúde são alguns dos setores insuficientes para a população, sendo que 80% da população era analfabeta. O distrito dispunha até 2005 de 88 escolas, na sua maioria do ensino primário. Relativamente à saúde um técnico

estava para cada 3.900 residentes. O distrito dispõe de 5 USs (MOÇAMBIQUE – MAE, 2005h). Este distrito é altamente vulnerável para as doenças sexualmente transmissíveis, por ser perpassado por uma estrada nacional, uma das principais estradas de Moçambique, que leva a mobilidade de várias pessoas, o que leva frequentemente a relacionamentos sexuais ocasionais. Situação que tem contribuído no aumento dos casos do HIV e consequentemente da TB. Para o controle da TB o distrito conta com 2 laboratórios, considerados insuficientes para cobrir as necessidades do distrito.

7.4. População do estudo e critérios de inclusão

Participaram da pesquisa os profissionais da saúde: gestores, médicos, profissionais de enfermagem e/ou técnicos que estavam diretamente envolvidos na implementação do DOTS há mais de 1 ano, e com vínculo de emprego no MISAU. A experiência mínima de 1 ano, para se fazer parte do estudo era importante por entendermos que teríamos maior possibilidade de ouvirmos discursos que mergulhado na sua historicidade e formação discursiva, poder-nos-ia dar maior pista de interpretação por meio da produção de sentidos.

7.5. Técnica de coleta de dados e sua organização

Para a efetivação da nossa coleta de dados contatamos com os gestores, médicos e profissionais de enfermagem e e/ou técnicos de medicina pessoalmente, e explicamos-lhes os propósitos da pesquisa. Após o aceite, agendamos em conjunto uma data para a realização da entrevista.

Entrevistamos 18 sujeitos (enquanto posições ocupadas – perspectiva de AD), mas quanto a individualidade, (perspectiva numérica tangível) entrevistamos 15 pessoas sendo 1 do nível central, 1 do nível provincial e 13 do nível distrital. Três dos 13 profissionais entrevistados responderam cumulativamente os roteiros de entrevista para o gestor do PNCT ao nível distrital (veja anexo C) e para médicos, profissionais de enfermagem e/ou técnicos (veja anexo D), pelo fato de ocuparem as posições de gestor e enfermeiro ao mesmo tempo.

Conduzimos as entrevistas na base de roteiros semi-estruturados previamente estabelecidos. Escolhemos a entrevista semi-estruturada por permitir ao entrevistado discorrer livremente e para que pudéssemos também conduzindo a entrevista com foco no nosso interesse. Vale-nos o argumento de Minayo (2014, p. 267): “a entrevista semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador” e tem “um apoio claro na sequência das questões”. As entrevistas foram gravadas com recursos de um gravador digital, e posteriormente foram transcritas.

Organizamos os dados com auxílio ao *Software Atlas.Ti* versão 6.0. Este *software* facilita a organização dos dados qualitativos provenientes de discussões de

entrevistas abertas e semiestruturadas incluindo os dados que estejam em formato de áudio, figuras e vídeos, de forma sistematizada.

As entrevistas foram realizadas em locais definidos por cada entrevistado. Foram locais parcialmente calmos e sem interferência de elementos externos, nomeadamente: barulho, movimentação de pessoas, animais, carros, etc., que poderiam interferir profundamente na coleta de dados, o que permitiu alguma privacidade. Dizemos que foram parcialmente calmos porque em algumas das entrevistas (3) houve interferências de pessoas, principalmente dos doentes que procuravam atendimento, mas isso não alterou o curso da entrevista. Porém, queremos ressaltar que na análise dos *corpora* levamos em conta essas interferências, porque na AD as condições de produção são imprescindíveis na produção dos sentidos.

Quanto ao tempo, as entrevistas não foram idênticas. As entrevistas com menos tempo duraram 18 minutos e as com maior tempo tiveram a duração de 55 minutos.

7.6. Técnica de apresentação dos dados

Na apresentação dos dados, no final de cada recorte aparece a letra S (sujeito), seguido de um número indicando a sequência da entrevista, e dependendo da posição ocupada pelo sujeito entrevistado seguem as letras GC (Gestor Central), GP (Gestor Provincial), M (Médico), PE (Profissional de Enfermagem), TM (Técnico de Medicina). Para casos em que o médico, enfermeiro ou técnico desempenha ao

mesmo tempo a função de gestor, então seguem as letras GM (Gestor - Médico), GPE (Gestor – Profissional de Enfermagem) e GTM (Gestor - Técnico de Medicina). Todos os recortes em análise estão numerados para facilitar as nossas análises. Os significantes ou sequências discursivas indiciárias aparecem sublinhados.

7. 7. Análise dos dados

Analizamos os dados com base no referencial teórico de AD da escola francesa como é descrita por Orlandi (2009), valendo-nos do paradigma indiciário que consiste em identificar pistas que permitam “captar uma realidade mais profunda de outra forma inatingível” (GINZBURG, 2012, p.150).

O uso do paradigma indiciário permite-nos compreender os sentidos que são produzidos a partir das experiências e percepções dos profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos na implementação do DOTS desde o nível central até distrital. Para encontrar os indícios e podermos interpretar, seguimos os passos propostos por Orlandi:

No primeiro passo chamado – **passagem da superfície linguística para o objeto discursivo** –, transcrevemos as entrevistas gravadas, depois fizemos várias leituras e identificamos as ideias que fazem parte de recortes para unidades discursivas, não se trata de unidades significativas, mas de recortes feitos a partir de interlocuções que compreende também um contexto mais amplo que é o da ideologia (ORLANDI, 2008; GUIMARÃES, 1988).

A partir da superfície linguística, identificamos a discursividade construindo-se assim um objeto discursivo. Desta forma tornou-se visível a relação do que foi dito com o que não foi dito, com o que poderia ser dito. Esta Etapa foi fundamental, porque nos proporcionou uma visão geral sobre a tendência do discurso e a esfera ideológica existente nos sentidos.

Na segunda fase, do **objeto do discurso para o processo discurso** – Discriminamos essas sequências discursivas ou significantes que jogam um papel importante na criação de sentidos tendo em conta o processo de significação (paráfrase, sinonímia) com a formação de ideológica que pode estar por detrás dessas relações. Nesta fase também procuramos relacionar as formações discursivas distintas. Também identificamos deslizos já que o processo de produção de sentido está necessariamente sujeito a deslizos (ORLANDI, 2009).

Na terceira e última fase – **Processo discursivo em si (formação Ideológica)** - fizemos um retorno às sequências que constituem o objeto de análise integrando com a teoria existente sobre a temática em estudo, como advoga Orlandi (2009) num movimento constante de descrição e interpretação. Para maior rigor da análise, fizemos insistentemente o retorno aos teóricos do referencial teórico da AD. Assim, conseguimos tecer as intrincadas relações do discurso, da língua, do sujeito, dos sentidos articulados a ideologia e o inconsciente. Dessa forma garantimos a confrontação dos diferentes participantes por ideias centrais compreendendo os sentidos produzidos. O que permitiu, evidentemente, a avaliação da política do DOTS na República de Moçambique.

Importa esclarecer que a AD não esgota a interpretação dos acontecimentos, ela está aberta há várias interpretações é como defende Foucault (2008, p.34) que:

A análise dos acontecimentos discursivos não está de maneira alguma limitada a semelhante domínio e, por outro lado, o recorte de próprio domínio não pode ser considerado como definitivo, nem como válido de forma absoluta, trata-se de uma primeira aproximação que deve permitir o aparecimento de relações que correm o risco de suprimir os limites desse primeiro esboço.

É com esta asserção fundamental de Foucault (2008) que fomos sendo guiados para a análise dos dados empíricos. Na verdade, as interpretações que fizemos não excluem outras, mas simplesmente mostram as pistas daquilo que nós compreendemos conforme o nosso arquivo pessoal, nossa história e memória. Este argumento ganha seu valor, porque o discurso é perpassado por várias vozes, colocando a possibilidade de interpretações múltiplas, desde que se tenha em conta as condições de produção nas quais se gerou o discurso. Indo a fundo Orlandi (2005) na sua reflexão sobre *Michel Pêcheux e Análise do Discurso*, defende que toda sequência de enunciados é linguisticamente descritível de pontos de origens diferentes proporcionando, assim, a interpretação.

7.8. Das entrevistas ao *software* Atlas ti e do *software* à formação de *corpus* de análise.

Pretendemos, neste ponto, explicar os passos que usamos para termos os *corpora* através do *software* Atlas ti. Depois de várias leituras do material recolhido (entrevistas) em Moçambique e tendo em conta os nossos objetivos, concebemos quatro blocos de análise. Assim o primeiro passo consistiu em salvar as entrevistas transcritas do *Word* para o formato “*rtf*” e em seguida alojamos no *software* Atlas ti e criamos “codes” (códigos) que correspondem os quatro blocos criados a ser analisado. Depois disso passamos a identificar as passagens (falas) que fazem parte dos códigos criados. Assim, identificávamos a fala, seleccionávamos e por meio de um *link* inseríamos no código. Desde modo o *software* não interferiu na escolha de recortes nem na criação de blocos, simplesmente auxiliou na organização dos dados cuja seleção e comando eram exclusivos nossos.

7.9. Os procedimentos da escolha de *corpus* para interpretação

Para as escolhas das sequências discursivas para nossa interpretação, levamos em conta a sua relação com as condições de produção do discurso e da ideologia existente no Ministério de Saúde (nível central), na província de Nampula e nos distritos. Para clarearmos melhor o que dissemos no período anterior parafraseamos o que Guilhaumou (2002) disse a respeito da constituição do *corpus*: ao se constituir o *corpus* não se faz em função do discurso ser interessante, mas como representativo, isto é, se a tal representatividade concordar com o espaço,

tempo e a ideologia existente. O outro aspeto que tivemos em consideração na constituição do *corpus* foi o alinhamento das falas com os objetivos que norteiam esta pesquisa. Assim, atestam Ernst-Pereira e Mutti (2011, p 826) que:

(...) cada *corpus* instaura questões específicas e, em função dessas questões, são mobilizados diferentes conceitos. Dessa forma, a escolha de um aspecto linguístico e/ou enunciativo cada *corpus* evoca questões específicas e em funções dessas questões mobiliza-se diferentes conceitos. Portante, a preferência de um aspecto linguístico e/ou enunciativo a ser focalizado em detrimento de outro, assim como de um procedimento analítico em detrimento de outro, depende da dinâmica do discurso, a ser observada pelo analista, aí implicados o sujeito submetidos à ordem da ideologia e do inconsciente, a memória estruturante do dizer.

É desta forma que procedemos com a interpretação. Portanto, sem essa interpretação não chegaríamos a compreender os sentidos produzidos. É como atesta Orlandi (2008), que não pode haver sentido sem interpretação que deve ser vista em dois níveis o de quem fala e, por outro lado de quem analisa.

Cabe-nos explicar que a heterogeneidade do material linguístico concorre para a criação dos efeitos de sentido. Assim, as marcas para análise foram “constituídas por construções sintáticas, elementos lexicais, morfológicos, não se restringindo a uma única espécie de material” (LAGAZZI, 1998, p.61), mas queremos clarear aqui que, as marcas linguísticas produziram sentidos na medida em que, ao fazermos análise consideramos necessária e incontornavelmente, as condições de produção.

A análise expandiu-se ao silêncio carimbado nas palavras ao longo da fala dos entrevistados, ao que não foi verbalizado, pausas que na nossa transcrição

simbolizamos com as reticências. Tudo isso com a finalidade de enriquecer a compreensão do discurso. Urge esclarecer que o silêncio, na perspectiva de Orlandi (2007) não é transparente, é tão ambíguo quanto as palavras uma vez que é produzido em circunstâncias específicas que fazem parte do seu modo de significar.

7.10. Questões éticas.

Entrevistamos gestores, médicos e profissionais de enfermagem e e/ou técnicos envolvidos na implementação do DOTS por meio de PNCT. Informamos aos participantes sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade/anonimato. E, para isso, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também informamos sobre o direito de abandonarem a entrevista, em qualquer momento, se assim o desejassem. Iniciamos com a pesquisa após a aprovação do protocolo pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) de Moçambique no dia três de abril de 2014 com referência número 87/CNBS/2014 e registrado no mesmo Comité com o número 03/CNBS/2014, conforme os requisitos da Declaração de Helsínquia e, também aprovado pela Sua Excelência Senhor Ministro da Saúde de Moçambique com Nota número 731/GMS/002/2014.

8 – ANÁLISE DOS DISCURSOS

8.1. Caracterização das pessoas envolvidas no estudo

Foram entrevistadas 15 pessoas dos três níveis: central, provincial e distrital, com idades compreendidas entre 25 a 56 anos. Quanto a formação académica 4 tinham o nível superior sendo 1 com mestrado e 3 licenciados. Todos do nível superior eram médicos e 2 dos entrevistados eram técnicos de medicina e o resto eram profissionais de enfermagem de níveis básicos. Todos os entrevistados tinham experiências da coordenação ou tratamento da TB que variava de 1 a 30 anos.

8.2. As condições de produção amplas e restritas

Considerando que o discurso é efeito de sentidos entre locutores (ORLANDI, 2013), e para que seja interpretado, o analista precisa necessariamente compreender as condições de produção nas quais o discurso se inscreve, porque é nelas em que o sujeito *assujeitado* por determinada ideologia vai tomando determinadas posições ao longo do seu discurso, já que ele não é dado *a priori*, recorrendo a memória ou seja ao interdiscurso. Assim, antes de apresentarmos os recortes para análise, traremos as condições de produção, entendidas por Orlandi (2013) como os sujeitos e a situação.

O conhecimento das condições de produção do discurso dos entrevistados contribui para a melhor interpretação do *corpus* a ser analisado, porque esse conhecimento pode levar a compreensão do pensamento lógico dos sujeitos e os seus contextos sócio-históricos. O sujeito encontra-se “mergulhado” dentro de uma

realidade que constantemente e mutavelmente vai interagindo com ele. Gostaríamos de trazer Hall (2000), para circundarmos a ideia do período anterior, lembrando-nos da sua obra *a Identidade cultural na Pós-modernidade*, onde atesta que o sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, mostrando claramente de que o sujeito só se faz nesses momentos e nunca é dado *a priori* ou a posterior, mas determinado pelo momento, e sujeito a várias posições.

As condições de produção ampla como descreve Orlandi (2013) fazem parte o contexto sócio-histórico e ideológico de uma comunidade ou sociedade. Para o caso deste estudo, trata-se do contexto sócio-histórico e ideológico de Moçambique enquanto República independente. Ressaltamos que essas condições de produção podem ser encontradas no capítulo da introdução e em várias passagens da nossa trajetória metodológica, contudo trazemos a súmula. Moçambique é um país em desenvolvimento, vizinho dos dois países mais afetados pela TB no mundo. O índice de mortalidade pela TB é um dos mais elevados do mundo. A taxa de infecção de TB aumenta em cada ano e o país está sem meios suficientes para controlar de forma eficaz a doença, em especial quando falamos de equipamentos laboratoriais para a detecção de casos, recursos humanos qualificados, infraestrutura adequada, meios de transporte, incluindo suprimento de medicamentos a longo de todo o tratamento.

O SNS, que o seu atendimento não cobre a toda a população, está subdividido praticamente em três níveis de gestão: central, provincial e distrital. A relação é de subordinação ou seja o nível distrital recebe orientações do nível provincial e este por sua vez do nível central. Neste nível (Central) são produzidas ideias e planos para serem executadas pelos dois níveis subsequentes: províncias e distritos.

As consultas médicas no SNS de Moçambique podem ser efetuadas por médicos de clínica geral ou de especialidades, enfermeiros com nível superior, médio (12 anos de escolaridade) ou básico (10 anos de escolaridade) e técnicos de medicina (nível médio).

Apesar de todos esses problemas do sistema de saúde o país é um dos que economicamente cresce rápido no continente. Em 2013, a economia de Moçambique continuou a ser uma das mais dinâmicas da região com uma taxa real do crescimento de 7% e foi previsto um crescimento de 8% para os anos de 2014 e 2015 (BANCO MUNDIAL, 2013; ALMEIDA-SANTOS; ROFFARELLO; FILIPE, 2014). É o país com muitos investimentos estrangeiros nos últimos anos na área de carvão, gás e outros minerais, mas com muita dependência tecnológica externa (ROSSI, 2015). Outrossim, Moçambique mostra ser, cada vez mais, um país de grandes desigualdades, em que há pessoas ricas e outras paupérrimas (a maioria), pessoas com acesso ao sistema nacional de saúde e outras com dificuldades de acesso.

8.3. Condições de produção dos sujeitos – restritas

Consideraremos as condições de produção dos sujeitos como restritas, o sujeito e contexto imediato das entrevistas (ORLANDI, 2013). Por se tratar de entrevistas ocorridas em diferentes locais, apresentamos as condições de produção de cada sujeito entrevistado.

S1GC - Representante do gestor central. Até a data da entrevista desempenhava a função de responsável da monitoria, avaliação e pesquisa, foi entrevistada em substituição e anuência do Gestor Central do PNCT que se

encontrava fora da cidade de Maputo. Médica de formação com pós-graduação: Mestrado, com experiência de mais de dois anos como médica num dos distritos de Moçambique e, também com mais de 1 ano de experiência em DOTS. A entrevista decorreu no edifício do Ministério da saúde, no 3º andar no gabinete do Coordenador do PNCT. Este gabinete tinha uma mesa redonda, onde decorreu a entrevista e um laptop e 3 computadores ligados. A sala estava ventilada por ar condicionado, tinha estante de livro e estava iluminada. A entrevista decorreu por volta das 10 horas da manhã.

S2GP – Desempenhava a função de gestor provincial do PNCT ao nível da província de Nampula, coordenando todas as atividades inerentes ao PNCT. Agente de Medicina Geral (formação básica), 17 anos de serviço dos quais 4 como gestor provincial do PNCT. Com este sujeito a entrevista decorreu, na cidade de Nampula, no edifício da Direção Provincial de Saúde, num dos gabinetes onde estavam mais 4 pessoas trabalhando. Ele sugeriu que a entrevista fosse ali que não haveria nenhum problema. Durante a entrevista atendeu a uma chamada telefônica do seu superior hierárquico.

S3G – Este sujeito ocupava a posição de gestor do PNCT no distrito de Mecubúri. Trata-se de um profissional de enfermagem de nível básico, com 20 anos de experiência no serviço e com mais de 5 anos como gestor distrital. A entrevista decorreu num dos consultórios médicos, o ambiente estava iluminado e com ventilação. A entrevista decorreu as 12 horas no período em que a maior parte dos funcionários saem para o almoço.

S4M – Este sujeito desempenhava as funções de diretor da US e diretor clínico do distrito. Médico de formação e único em todo distrito que tem trabalhado

nos últimos 3 anos. A entrevista decorreu em um dos consultórios, no mesmo local onde decorreu a entrevista com o S3G. A entrevista foi concedida às 11 horas.

S5G – Gestor do PNCT no distrito de Rapale há 2 anos, profissional de enfermagem de nível básico de formação, com dois anos de experiência. Houve três tentativas para que finalmente a entrevista fosse concedida. Nas duas primeiras, nos deslocamos para o seu local de trabalho mas não o encontramos por que se encontrava em missão de serviço em outros locais do distrito. No terceiro agendamento foi possível fazer a entrevista num dos hotéis da cidade de Nampula, numa sala que também outras pessoas tinham acesso durante a entrevista. A entrevista ocorreu as 14 horas.

S6M – Diretor clínico e médico chefe do distrito de Rapale, Médico de formação com 3 anos de experiência de DOTS, único médico no distrito. A entrevista ocorreu nas primeiras horas de manhã no seu gabinete, sem nenhuma interferência.

S7G – Gestor do PNCT do distrito de Monapo, profissional de enfermagem de nível básico, funcionário no sistema nacional de Saúde desde 1987, 8 anos de experiência como gestor do PNCT. A entrevista ocorreu no período de manhã no seu local de trabalho, numa US que se situa nas imediações da paróquia, numa região rural. A US está há cerca de 10 km da sede distrital de Monapo.

S8TM – Técnico de Medicina, Diretor clínico da unidade sanitária, nível médio de formação, com 5 anos de experiência. A entrevista decorreu em uma tarde, num dos consultórios da US. Durante a entrevista houve interrupções, e o entrevistado chegou mesmo a interromper a entrevista porque tinha que atender a um doente e depois retomou.

S9G – Gestor do PNCT no distrito de Muecate, profissional de enfermagem de nível básico também responsável pela enfermaria e serviços de urgência com 2

anos de experiência, trabalhava num dos distritos que dista a 75 km da cidade de Nampula com vias de difícil acesso. A entrevista ocorreu na US da sede distrital, no seu gabinete de atendimento. No dia da entrevista estava se preparando para visitar uma outra unidade sanitária. A entrevista ocorreu por volta das 9 horas da manhã.

S10M – Diretor do centro de saúde, diretor clínico do distrito. Médico de formação com 4 anos de experiência. Trabalhou em num outro distrito da província de Niassa onde teve experiência com DOTS. A entrevista aconteceu numa das salas de consulta de pediatria, após a consulta, e uma reunião com os seus colegas, por volta das 4 horas da tarde.

S11 e S12 GPE – Trata-se da mesma pessoa que desempenha a função de Gestor e profissional de enfermagem ao mesmo tempo no distrito de Meconta. Neste caso, como S11 respondeu o roteiro de entrevista para gestores do nível distrital e como S12 o roteiro para médicos, profissional de enfermagem e/ou técnicos. Até a data da entrevista, ele trabalhava no SNS há mais de 30 anos e começou a gerir o programa desde o ano de 2006, é profissional de enfermagem do nível básico de formação. A entrevista ocorreu em uma sala de cerca de 1.5m X 1.9m com uma janela pequena e uma ventoinha, a mesma sala servia de consulta para os pacientes. Foi numa manhã, por volta das 8 horas em que foi concedida a entrevista. Antes do início da mesma o entrevistado advertiu que estava sem muito tempo, porque tinha de ir fazer visitas em uma comunidade.

S13 e S14 – GPE – Desempenhava a função de gestor distrital de TB e de profissional de enfermagem com nível básico de educação. Tinha 2 anos de experiência na função que desempenhava. A entrevista foi feita na sala de atendimento ao paciente com TB por volta das 9 horas, em uma sala com janelas abertas e uma ventilação que pode ser considerada boa. Durante a entrevista alguns

doentes chegavam para o tratamento, e ele esclarecia sobre a concessão da entrevista e solicitava que aguardassem, essa situação ocorreu por 3 vezes.

S15 e S16 GPE – A pessoa entrevistada acumulava as funções de substituto do gestor do programa PNCT e a de profissional de enfermagem no distrito de Murrupula. Tinha 4 anos de experiência no programa, a sua principal missão era diagnosticar as pessoas com TB e fazer palestras junto das comunidades. A entrevista ocorreu por volta das 10 horas e foi em uma das salas de tratamento, onde normalmente o profissional de enfermagem fornece as medicações e administra medicações injetáveis.

S17 G – Gestor do PNCT no distrito de Ribàué com 3 anos de experiência, com a categoria de Agente de Medicina Geral. A entrevista decorreu ao meio dia no seu gabinete de atendimento.

S18TM – Técnico de medicina no distrito de Ribàué com mais de 4 anos de experiência no diagnóstico da TB. Vinha trabalhado em estreita relação com o gestor da TB e outros clínicos, incluindo Médicos. A entrevista ocorreu na sala de triagem de adultos, onde normalmente o técnico trabalha. A entrevista foi por volta das 11 horas da manhã.

8.4. A formação discursiva dos entrevistados

Antes de analisarmos as falas dos entrevistados achamos ser imprescindível trazermos aqui as FDs dos nossos entrevistados: gestor do nível central, provincial, distrital, médicos, profissionais de enfermagem e técnicos de medicina envolvidos no processo curativo da TB. A nossa cogitação sobre a necessidade de abordarmos a FD prende-se ao fato de que os sujeitos tomam diferentes posições nos seus

discursos inscritos em determinadas FDs e conseqüentemente em uma determinada ideologia. As posições tomadas pelos sujeitos entrevistados enquanto gestores, clínicos e prestadores de cuidados primários de saúde subscreveram-se nas FDs de gestão de políticas e práticas de controle da TB, tudo isso sob “guarda-chuva” - discurso médico.

Foucault (1969, p.199) definiu a formação discursiva como:

Um conjunto de regras anônimos históricos, sempre determinados no tempo e no espaço que definiram uma época dada, as condições de exercício e função enunciativa. (...) Uma formação discursiva determina o que pode e deve ser dito a partir de um determinado lugar social. Assim, uma formação discursiva é marcada pela regularidades, ou seja, por regras de formação concebidas como mecanismos de controle que determinam o interno (o que pertence o externo) (o que não pertence) de uma formação discursiva.

A asserção Foucaultiana fornece algumas pistas sobre a nossa concepção: todas as profissões e ou entidades (ex.: profissão médica; entidade mãe) são constituídas por normas ou leis, práticas, valores e crenças que vão constituir aquilo que pode e deve ser dito, o que vai determinar se um determinado discurso é médico ou materno. Parece-nos que para se tomar a posição de sujeito de uma determinada profissão ou entidade implica a mobilização de diferentes marcas linguísticas que agrupadas ou sozinhas, associadas às condições de produção e referenciadas ao interdiscurso/memória podem dar determinadas pistas de sentidos.

É essencial anotarmos que não podemos conceber uma formação discursiva como se ela estivesse fechada, porque ela está sempre aberta, ou seja invadida por elementos provenientes de outros espaços (FOUCAULT, 1969). É nesta perspectiva em que transcorre o pensamento de Pêcheux (2009, p.147) ao advogar que “as palavras, expressões, proposições etc. recebem seu sentido da formação discursiva na qual são produzidas” o que equivale afirmar que “os indivíduos são interpelados

em sujeitos falantes pelas FD”. Ainda, por outras palavras, não existe um sentido atribuído fora do seu contexto de produção. Portanto, o autor de um discurso fala a partir de um ponto de vista mergulhado na realidade sócio histórica existente. É como atesta Assolini, (2003) que o produtor de um discurso só faz tendo em conta a posição que ele ocupa e as circunstâncias sócio histórica que o envolvem. Portanto, concordando com Pêcheux, (2010), Foucault (1969) e Assolini (2003) a FD dirá respeito ao que se pode dizer somente numa determinada época e local e a partir de condições de produção propícias, historicamente determinadas. Por isso, “uma FD não é da ordem da completude e muito menos algo delimitado *a priori* – uma FD constitui-se e configura-se numa interpretação funcionando, portanto, como um princípio de organização metodológica, resultado do olhar do analista” (CAZARIN, 2010, p. 109).

Constitui o cerne da FD dos nossos entrevistados os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação sobre a doença, TB e gestão do programa de TB, práticas curativas sobre a TB, a historicidade vivenciada e as crenças culturais existentes sobre a TB no território moçambicano, mas tudo isso carregado por um interdiscurso secular ou mesmo milenar da TB.

Os saberes adquiridos ao longo da experiência pelos nossos entrevistados se cristalizaram em certas FDs, permitindo que cada entrevistado, assumindo o seu papel de sujeito, fosse interpelado pelo já-dito, o interdiscurso. Vale-nos aqui mobilizar Carazin (2010) que defende que a FD é determinada pelo interdiscurso e, obviamente, tem sido constituído por saberes que se abrigam em uma mesma região de saber fazendo ecoar discursos já-ditos em outros lugares. Na mesma visão de Carazin, alinha-se a ideia de Orlandi (2013, p. 43 - 45) que defende que “o

interdiscurso disponibiliza dizeres determinando, pelo já-dito, aquilo que constitui uma formação discursiva em relação a outra”.

Assim, no nosso entender, esse interdiscurso, esse campo de conhecimento que determina uma FD é apresentado por determinadas marcas linguísticas que se agrupam formando um determinado sentido. O agrupamento de que nos referimos não é fixo nem é linear e nem pode produzir sentido sem as condições de produção. Analogicamente diríamos que a FD funciona como uma colmeia onde algumas abelhas saem da colmeia mas ao mesmo tempo outras chegam. As abelhas que se unem para formar uma colmeia seriam as marcas linguísticas que se unem para produzir um sentido. Acrescenta-se aqui o fato das marcas linguísticas estar associada ao seu contexto de produção.

Os nossos entrevistados, como estamos descrevendo, em várias passagens da tese, exercem as suas atividades no SNS sob gestão do MISAU, entidade governamental. Todos eles têm formações que, embora com distintos níveis acadêmicos, áreas de conhecimento e níveis de formação, têm algo em comum: conhecimento sobre a saúde e processo doença-tratamento. Eles trabalham em diferentes níveis de gestão do PNCT e em práticas curativas voltadas para o controle da TB.

A TB é tida como uma das doenças mais antigas da humanidade não se sabendo exatamente a data do seu surgimento. Havendo autores que entendem a infecção ser tão antiga quanto a humanidade e que ganhou o seu terreno evolutivo com o surgimento das pequenas aglomerações humanas que mais tarde se transformaram em cidades (PERTOLLI-FILHO, 2001). A TB, ao longo da história e antes de ser descoberta a forma de contaminação e respectivo tratamento, foi entendida como uma doença hereditária ou ligada a maldição de espíritos ou de

Deus/deuses. Nesse sentido, a forma de gerir a doença era afastar os enfermos, os impuros das pessoas sãs. A imputabilidade da causa das doenças aos espíritos ou aos feiticeiros continua fazendo parte do imaginário coletivo da população moçambicana. Granjo (2009) no seu artigo sobre *saúde e doença em Moçambique* chega mesmo a defender que nenhuma doença ou morte é concebida como meramente natural, havendo interpretação de que ela deve ter sido provocada ou pelos espíritos ou por uma ação maldosa de outro homem em forma de feitiço.

Voltando à história da doença, com o aparecimento do hospital nos finais do século XVIII e inícios do século XIX, as doenças puderam ser acompanhadas no seu processo natural (PERTOLLI-FILHO, 2001; FOUCAULT, 2014). Até esse período não se sabia o agente causador da TB nem a sua forma de propagação, mas com a descoberta do bacilo, por Robert Koch em 1882, chegou-se a compreender que o contágio acontecia de uma pessoa enferma por meio da eliminação do bacilo para outra. Importa referir que desde os primórdios já era descrita como doença dos pulmões, das febres ou de emagrecimento, sintomas inerentes ao processo de adoecimento por TB.

O conhecimento sobre a doença permitiu que os hospitais fossem adequados para reduzir o risco de infeção. Mesmo com a descoberta da medicação o processo da cura não era tão eficaz, uma vez que era de período prolongado o que tornava difícil para adesão do doente. Mas com as novas descobertas, o tempo de tratamento ficou menos longo e com a experiência de alguns países notou-se que a terapia do TDO era eficaz, levando a OMS a adotar a estratégia DOTS. A forma de gestão desse processo continua sendo disciplinar, circunscrevendo-se em notificação, medicação observada com um esquema pré-estabelecido, taxaço de doentes, de curas, de abandonos e de óbitos. Em Moçambique, antes da utilização

de TDO, os doentes eram internados e controlados ao longo do seu tratamento até a cura. A introdução de TDO reduziu as internações e possibilitou-se o acompanhamento dos doentes em suas residências.

Atualmente há várias formas de diagnósticos da TB entre elas destacamos diagnóstico bacteriológico (exame microscópico direto – baciloscopia direta; cultura para micobactéria, identificação e teste de sensibilidade) diagnóstico radiológico (emprego de raio X); diagnóstico com a prova tuberculina (tuberculina e técnica), (BRASIL, 2011b).

Em Moçambique, o PNCT responsável pelo controle da TB encontra-se “carregado” de todo esta tessitura que apresentamos acima, que constitui a cristalização da FD dos nossos entrevistados.

Refletindo sobre o que descrevemos acima defendemos que a FD envolve um conjunto de marcas linguísticas que lhe caracterizam, mas sempre ancorado às condições de produção e a memória. Desta forma, apresentamos no quadro abaixo, as marcas linguísticas que no nosso entender caracterizam a FD dos nossos entrevistados, mas sempre que remonta ao já – dito anteriormente em algum lugar.

Quadro 4: Marcas linguísticas que caracterizam a formação discursiva dos sujeitos entrevistados

Marcas linguísticas: palavras e expressões	Marcas linguísticas verbais
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do doente; • Administração; • Agente de Medicina; • Agentes polivalentes; • Ajuda internacional; • Ajuda internacional; • Baciloscopia • BK⁺; BK⁻ 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar; • Acompanhar; • Administrar; • Adoecer; • Armazenar; • Assegurar; • Avaliar; • Comunicar;

<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica; • Controle de doente; • Coordenação; • Cumprimento de normas; • Cura; • Curandeiros; • Dia de tosse; • Distâncias longas; • Distrito como contribuidores; • Doença prolongada; • Doença; • Doente da Tuberculose; • Enfermeiro • Escarro; • Falta de profissionais; • Falta de combustível; • Falta de infraestruturas; • Falta de insumos; • Falta de laboratórios; • Falta de transporte; • Família • Financiamento; • Fraca qualidade; • Hospital; • Interpretação tradicional • Laboratórios; • Notificação • Medicamentos; • Médico • Organizações não-governamentais; • Paciente; • Poucas unidades sanitárias; • Políticas; • Pobreza; • Programa Nacional de Controle de Tuberculose • Raio X; • Reuniões; • Sintomáticos respiratórios; • Sistema Nacional de Saúde • Supervisão; • Técnico de Medicina; • Tosse acima de 2 semanas; • Tosse; • Tratamento diretamente observado; • Triagem; 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar; • Controlar; • Conversar; • Coordenar; • Cumprir; • Curar; • Dever; • Discutir • Emagrecer; • Guiar; • Implantar; • Mediar; • Preocupar; • Programar; • Recolher; • Referir; • Reunir; • Supervisionar; • Tomar; • Tossir; • Verificar; • Vigiar; • Visitar; • Notificar
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose; • Unidade sanitária; • Visitas comunitárias • Voluntários; 	
--	--

As marcas linguísticas que apresentamos no quadro, no nosso entender, instiga-nos cogitar que pertencerem a uma formação discursiva da saúde concretamente de gestão e do controle da TB. Estas marcas não estão fechadas nem devem ser entendidas como soltas das condições de produção dos sujeitos entrevistados e da situação sócio-histórico, econômico da sociedade moçambicana. Portanto, as marcas são um “túnel” revelador da existência de uma esfera “magnética” de marcas linguísticas que constituem um paradigma indiciário dos sentidos produzidos.

8.5. Analisando os discursos

Analisar um discurso é uma tarefa árdua para o analista, porque requer conhecimentos profundos do analista, não só do seu campo de pesquisa, mas também dos aspectos fundamentais da AD. Assim, ao analisarmos os recortes mobilizaremos conceitos apresentados pelos teóricos da AD, dos autores que abordam sobre a TP e da TB para além de outros textos que achamos ser adequados para a sustentação das nossas posições.

Esta análise é dividida, para efeitos de compreensão, em quatro blocos de *corpus* discursivo, mas temos ciência de que alguns sentidos migram de um bloco para outro, por essa razão os blocos são sempre abertos e funcionam em forma de um espiral, ou seja, alguns sentidos, do primeiro bloco, remetem-nos ao segundo ou terceiro, bem como os três últimos ao primeiro.

Na AD entende-se por *corpus* discursivo “um conjunto de sequências discursivas, estruturado segundo um plano definido com referência a um certo estado das condições de produção do discurso” (COURTINE, 2009: 28). Neste caso, o nosso plano refere-se aos nossos objetivos de estudo, que, em concordância com as condições de produção dos sujeitos nos levou a criar esses blocos.

Alguns *corpora discursivos* que escolhemos para a análise são longos, ocupando até uma lauda, mas preferimos assim, porque nesses trechos os sentidos podem ser compreendidos agrupando várias linhas.

8.5.1. Experiências e percepções sobre a transferência do DOTS

As experiências e percepções envolvem uma organização consciente e uma adição de práticas locais e temporais “captadas pelos órgãos dos sentidos” (JORGE, 2011:13). Em TP ter experiência ou percepções implica ter conhecimentos, práticas, aprendizados da política e uma compreensão do local, onde essa política é implantada e desenvolvida (Stone, 2007). Para Camacho (20011) a experiência da TP acontece quando os aplicadores dessa mesma política entram em contato com hábitos das comunidades, instituições e procedimentos.

A transferência do DOTS implica transferir um arsenal de conhecimentos já produzidos, para um outro local de aplicação: os conhecimentos e técnicas de detecção de casos de TB; disponibilizar os medicamentos regularmente; ter um sistema de registro de casos e compromisso político do governo na luta contra a TB. Para que haja experiência e percepção sobre a TP duas fases são importantes: a mobilização de interesses; desenvolvimento de política e apoio a mesma política (OGDEN; WALT; LUSH, 2003) e num país como Moçambique, com aspectos

peculiares, a mobilização de interesse dos aplicadores de políticas, das famílias afetadas e das comunidades em geral, torna-se importantes para a experiência e percepção da implantação de DOTS.

Os recortes em análise, neste bloco, se inscrevem nas FDs de experiências e percepções da implementação do DOTS. Essas experiências e percepções referem-se ao diagnóstico da TB; ao acompanhamento do doente; ao processo de notificação de casos e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também, localmente, conhecidos por voluntários, ou ativistas.

O recorte número 1, deixa-nos, nas suas entrelinhas, compreender como é o processo de diagnóstico da TB e a forma como o doente é acompanhado.

Recorte nº1.

Segundo as nossas normas, para o diagnóstico da TB é a baciloscopia. Então, é, é, é, é,... Posto isto, o doente diagnosticado passa para o PNCT, que geralmente fica dentro da unidade sanitária, mas responde como é, é (...) seria a unidade básica da gestão de controle de TB dentro do distrito, mas existem também dentro da unidade sanitária o sector do PNCT, onde as pessoas podem ser seguidas ou seguidas na sala comum dependendo de infraestrutura existente no distrito. (S1GC).

Face ao exposto, observamos que se sinaliza, por um lado, o modo como a doença é identificada, mas por outro o itinerário esquematizado a que o paciente após ser classificado pelos exames como “tuberculoso” deve seguir dentro da US. Observamos, nas sequências discursivas, a posição sujeito interpelada pelo interdiscurso que é entendido como aquilo que “atravessa e põe em conexão entre si

os elementos discursivos constituídos” (PÊCHEUX, 2009, p.145), que na visão de Orlandi (2013) trata-se de um todo complexo com dominante das formações discursivas, e Fernandes (2008, p. 49) evidencia ainda mais ao conceituar o interdiscurso “como a presença de diferentes discursos, oriundos de diferentes momentos na história e de diferentes lugares sociais, entrelaçados no interior de uma formação discursiva”.

Após a apresentação deste conceito que mobilizamos, para efeitos de análise, voltemos às primeiras palavras do segundo período do parágrafo anterior – “observamos nas sequências o sujeito interpelado pelo interdiscurso.” Entendemos que o sujeito foi interpelado pelo interdiscurso porque as palavras: “*para o diagnóstico da TB é a baciloscopia*” não são do sujeito como tal, elas já foram ditas em algum lugar antes, portanto, as palavras estão enquadradas num discurso médico já prescrito pela OMS ao elaborar a estratégia DOTS num dos seus pilares: *Deteção de casos por parte dos serviços de saúde através de baciloscopia entre sintomáticos respiratórios*; é um discurso que também se faz presente nos documentos do PNCT para o controle da TB, qual preconiza o diagnóstico por baciloscopia (WHO, 2006; MOÇAMBIQUE – MISAU, 2011). É, também, um discurso que se pode encontrar em várias escolas formadoras de profissionais de saúde e centros de pesquisas médicas.

Prosseguindo com a análise destacamos o deslizamento discursivo do sujeito: “*então é, é é.. Posto isto*”. Este deslize pode nos sugerir a ação do inconsciente que afeta o sujeito. Ao mesmo tempo a repetição do “é” nos sugere que há um repensar que “prepara” o sujeito para a produção da sequência discursiva seguinte que ilustra como o doente é seguido, na sequência a expressão “*posto isso*” traduz o momento determinístico para a conclusão do pensamento do sujeito:

“mas existem também dentro da unidade sanitária o sector do PNCT, onde as pessoas podem ser seguidas ou seguidas na sala comum”. Esta sequência sugere-nos não só a existência de locais próprios para o atendimento da TB mas também de um atendimento discriminatório focalizado.

No recorte 2 observamos que o sujeito tomando a posição de “gestor central” anuncia como é feito o TDO e como o sistema tem o poder sobre o doente. O TDO, um dos pilares da estratégia DOTS preconiza uma toma supervisionada de medicamento ao paciente (WHO, 2006; BRASIL, 2011a; 2011b).

Recorte nº2

O que é que preconiza esse tratamento de toma de medicamentos? É um tratamento diretamente observado do paciente ou seja o paciente tem que vir à unidade sanitária todos os dias para levantar o medicamento à exceção dos sábados e domingos. Aqueles pacientes que devem fazer injetáveis devem vir aos sábados para fazer injetável excetuando o domingo. (S1GC).

A posição sujeito ao expressa-se: *“O que é que preconiza esse tratamento de toma de medicamentos?”* Parece-nos que aproveita o momento para refletir sobre o tratamento e a conduta prescrita, onde a vigilância sobre o doente é evidenciada, observando-se um deslocamento de atenção investida para o comportamento do doente do que a doença. Neste contexto, essa sequência discursiva denuncia a fragilidade da vigilância sanitária. As ações de vigilância são de suma importância para o controle da TB. Segundo Melo et.al, (2014), a vigilância sanitária tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes,

riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Sinalizam-se, ainda neste recorte, a normatização dos procedimentos a serem cumpridos e o imaginário do que deve ser um doente: um sujeito submisso, expresso pelo uso da terminologia “paciente”. Esse imaginário está ancorado à FD que entende que os doentes devem ser tratados compulsoriamente de forma a reduzir a propagação da doença. As ações de “vir”, “levantar a medicação”, “fazer injetáveis” fazem parte das exigências do processo do tratamento, em caso de não ser domiciliário (KETMA et al., 2014; WHO, 2015; DOBLER et al., 2015; SENKORO, et al., 2015).

Outrossim, as sequências discursivas, “*tem que vir*”; “*devem vir*”, representam um discurso contraditório, porque ao mesmo tempo que indiciam a obrigatoriedade – também presente nos documentos oficiais da OMS com relação ao tratamento – por outro lado nos sugerem a flexibilidade quando a posição sujeito usa as expressões “*exceção dos sábados e domingos – para a medicação oral e exceção dos domingos para a medicação injetável*”. Esta contradição assenta-se nas condições de produção existente e no significado de um domingo para o sujeito profissional de saúde, como um dia de descanso, mas também pensado como o dia de repouso do doente em se dirigir à US.

Recorte nº3

Numa primeira fase nós internamos o doente. Na primeira semana vamos fazendo a toma observada e depois que o doente fica connosco a primeira semana aqui, ele passa para a fase ambulatorio e durante

esse tempo ele visita regularmente o PNCT, porque ele deve ser observado lá a tomar os medicamentos. Depois de um mês já temos a certeza que ele toma os medicamentos porque exigimos que ele traga a carteira e ali avaliamos se vale a pena, se ele tomar ou não em casa. Mas ao mesmo tempo o responsável do PNCT deve fazer as visitas.
(S10M).

Observamos, nesse recorte, que a posição sujeito inscreve-se numa FD que entende o corpo como objeto de dominação e do saber médico e, que coloca o sujeito doente na posição de submisso, ou seja inerte e incapaz de opinar.

O sujeito, nesta sequência discursiva “*nós internamos o doente*” (...) *aqui, ele passa para a fase ambulatório (...) ele visita regularmente o PNCT, porque ele deve ser observado lá a tomar os medicamentos*”, se inscreve na mesma FD a que o S1GC se inscreve, no recorte número 2: “*o paciente tem que vir*”, “*levantar o medicamento*”, “*devem fazer*”, “*devem vir*”. Essas sequências discursivas indiciam o entendimento que o sujeito profissional de saúde tem sobre o doente, que é concebido como incapaz de agir e com o dever de se sujeitar as normas do SNS. Observamos nos dois sujeitos uma busca a memória institucional (discurso hospitalar de Moçambique) que rege que o doente deve ser controlado até à sua cura (MOÇAMBIQUE – MISAU, 2010).

Também podemos notar nessas marcas linguísticas um desejo de se aplicar uma disciplina ao sujeito doente. Foucault (2014, p. 182) define a disciplina como “o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo os indivíduos em sua singularidade”. Neste caso o sistema do poder médico perante o doente disciplina-o. Ainda o mesmo autor, explicando sobre o processo disciplinar dos

corpos, atesta que o poder de individualização tem como seu instrumento fundamental os exames que constituem como vigilância permanente, classificatória que vai permitir distribuir os indivíduos e classificá-los (FOUCAULT, 2014). Nessa visão, a disciplina aplicada ao doente garantiria a completude do tratamento por meio do controle total sobre o doente.

Esse domínio sobre o sujeito doente estende-se às outras marcas linguísticas (d)enunciadas pelo S10M: *“já temos a certeza que ele toma os medicamentos porque exigimos que ele traga a carteira e ali avaliamos se vale a pena, se ele tomar ou não em casa”*. Esta sequência dá-nos evidências de que há uma formação imaginária do sujeito que o leva a acreditar que o fato do doente tomar a medicação no primeiro mês sob observação, dá-lhe a certeza de que ele toma a medicação e poderá continuar tomar em casa, sugerindo-nos os primeiros passos de um possível estabelecimento de confiança dos profissionais da saúde para com o doente. No entanto cabe-nos ressaltar que encontramos a presença do deslizamento na sequência discursiva: *“mas ao mesmo tempo o responsável do PNCT deve fazer as visitas”*, que nos fornece pistas de que a US continua no controle do doente, agora em casa mesmo com a “suposta” confiança.

Por outro lado, na mesma sequência vemos também a questão da disciplina como dizia Foucault (2014, p, 184) “os doentes serão individualizados e distribuídos em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece”. É nesta lógica que funciona o PNCT, com um local próprio onde os doentes passam a tomar os medicamentos, e mesmo os que são liberados para tomar em casa, às vezes são controlados e vigiados por pessoas já indicadas pelo médico ou pelo gestor do PNCT ao nível do distrito.

Exigir a toma de medicamentos, avaliar o doente e pedir a carteira de registro dele é uma prática inscrita na literatura que versa sobre o tratamento da TB e adesão (MOÇAMBIQUE, 2015; WHO, 2015). Portanto, a estratégia operacional de TDO consiste, para todo caso de TB, em “dever-se realizar o tratamento diretamente observado” (BRASIL, 2011a), porque não se pode prever quais doentes irão aderir corretamente ao tratamento. Segundo a *Public Health Watch* (2006), a adesão a um tratamento de seis meses de TB é um grande desafio, fundamentalmente para os doentes desnutridos e que são acometidos por outras co-morbidades. E, esses casos são muito bem verificáveis nos países com grandes desigualdades, como é o caso de Moçambique.

Os discursos do S1GC e S10M que apresentamos acima estão perpassados de um discurso autoritário ou seja “aquele em que a polissemia é contida, o referente está apagado pela relação de linguagem que se estabelece e o locutor se coloca como agente exclusivo, apagando também sua relação com o interlocutor” (ORLANDI, 2013, p. 86), é desta forma que vemos o doente como um ser passivo sem nenhuma relação com interlocutor.

Os discursos autoritários (“*podem ser seguidas*” “*tem que vir*” “...”) que acabamos de elucidar acima contrastam com o que Terra e Bertolozzi (2008) advogam no artigo sobre *Tratamento diretamente observado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento?*, ao comentarem que a TB deveria ser considerada como enfermidade socialmente determinada, e a adesão ao tratamento estaria diretamente associado à forma como o doente deveria compreender a enfermidade e não como os profissionais entendem a doença. Ainda os autores defendem a necessidade de se transcender o atendimento da estratégia para além da ingestão de medicamento, considerando a forma de viver do indivíduo e suas redes familiares. Para isso,

precisa-se de olhar para o doente como outro alguém, que está acometido pela enfermidade, mas que pode desempenhar um papel importante para cura, requerendo para isso um discurso inclusivo¹.

No recorte seguinte, o sujeito denuncia a cobertura insatisfatória dos laboratórios e do processo de notificação.

Recorte nº4

O programa está sendo implementado em 21 distritos e em algumas unidades sanitárias periféricas. Todas as unidades sanitárias com laboratório têm o sistema de notificação, mas pormenorizar a questão: aquelas unidades que não têm laboratório recebem os doentes diagnosticados pela unidade sanitária com laboratório. (S2GP).

Num gesto de interpretação, face ao exposto observamos que a posição sujeito denuncia a falta da cobertura do PNCT em várias USs dos distritos: “o programa está sendo implementado em 21 distritos e em algumas unidades sanitárias periféricas”. Essa falta de cobertura em vários locais dificulta ainda mais o tratamento dos doentes que se encontram fora da atuação das USs com “privilegio” de tratamento. É importante sublinhar que essa sequência discursiva contradiz com um discurso mais genérico de que o TDO estaria presente em todas as USs.

Prosseguindo com a nossa análise, notamos que a posição sujeito “gestor” sinaliza a notificação dos casos servindo do *intradiscurso*. À luz das contribuições de Pêcheux (2009:153) o *intradiscurso* é “o funcionamento do discurso em relação a si mesmo” ou seja trata-se do que o sujeito diz agora em relação ao que disse

¹Chamamos de discurso inclusivo aquele que envolve o doente na tomada de decisão sem marcas linguísticas determinísticas (ele deve, ..).

anteriormente e ao que dirá seguidamente, portanto um discurso refere-se a um outro. Neste caso, a sequência *“mas pormenorizar a questão: aquelas unidades que não têm laboratório recebem os doentes diagnosticados pela unidade sanitária com laboratório”* está entrelaçada com a sequência: *“todas as unidades sanitárias com laboratório têm o sistema de notificação”*.

Ressaltamos que o sujeito ao enunciar que todas as unidades sanitárias com laboratórios tinham o sistema de notificação deixou vestígios de que a cobertura de laboratórios nas USs de Nampula não é efetiva nem satisfatória, porque há USs sem a cobertura e consequentemente apresentam deficiência no acesso ao tratamento e no diagnóstico que se faz “a partir do exame clínico, dos dados epidemiológicos e da interpretação dos resultados dos exames solicitados” (BRASIL, 1994).

Por outro lado, a mesma sequência discursiva, sugere-nos que a notificação dos casos dessas unidades sem laboratório pode ser baixa ou seja há casos de subnotificação. A notificação dos casos é importante para o processo de acompanhamento dos doentes e de cura (WHO, 201; BASIL, 2011a; BRASIL, 11b; MMOÇAMBIQUE-MISAU, 2010, TERRA; BERTOLOZZI, 2008; GANZALES et al, 2008).

O recorte nº 5 traz um entrecruzamento de diferentes formações discursivas nas quais o sujeito se inscreve (d)enunciando a realidade sócio histórica vivenciada em Moçambique, que influenciou de certa forma o tratamento da TB. Trata-se de um discurso que perpassa dois períodos sócio histórico de Moçambique: guerra e paz.

Recorte nº5

Quando eu comecei em 1984 o trabalho de TB não era tão limpo como é hoje. Havia discrepância em termos de estratégia. Primeiro

havia linha de 1 ano, 1 ano e 6 meses, não tínhamos começado o regime de curta duração. Começamos na década de 90 para cá pelo menos no meu distrito. Quando entramos na curta duração, os abandonos comeram a baixar. Começamos a verificar doentes integrados pelos familiares, quer dizer dentro daqueles que entravam na curta duração eram contagiados por aqueles doentes. E segundo a história quando agente perguntava sempre diziam que fazem parte da família daquele doente. (S11G).

O discurso do sujeito está perpassado por vozes de uma década de guerra civil em Moçambique. A sequência discursiva “*quando comecei (...) o trabalho de TB não era tão limpo*” sugere-nos um silêncio local contido sobretudo na expressão: “*não era tão limpo*”. Esta expressão silencia o que acontecia nesse momento histórico. Encontramos aqui uma censura, isto é, aquilo que é proibido dizer em uma certa conjuntura favorecendo o sujeito em não dizer o que deveria dizer, (ORLANDI, 2013).

Neste caso, o sujeito afetado pelo seu arquivo pessoal e histórico, inconsciente, e pelo real da história o sujeito tenta apagar, censurar, o discurso para que não enuncie o que é retratado como esquecido, depois da paz de Moçambique (Paz assinado em Roma pela RENAMO, e FRELIMO no poder, em 1992). Assim, na realidade moçambicana, falar dos acontecimentos desse período de guerra civil (1977-1992) implica lembrar aspectos que não se podem revitalizar por meio do discurso, obrigando ao sujeito fazer a censura dessa época.

Cabe-nos ressaltar que a censura não é “perfeita”, como podemos observar, no nosso entender, o sujeito acabou deslizando e demonstrando alguns aspectos da

época: *“havia discrepância em termos de estratégia”*. Na verdade, estamos a falar de um período em que ainda a OMS não tinha declarado a TB como emergência, e nem adotado a estratégia DOTS, portanto o tratamento não seguia uma orientação linear para além de que as dificuldades de diagnóstico e de obtenção de medicamentos eram enormes para Moçambique.

Cabe-nos recordar, como escrevemos no capítulo 2 que moçambique foi um dos primeiros países a implementar o tratamento de curta duração com a ajuda da IUATLD (CLIF; WALT; NHAVET, 2004).

Prosseguindo com a nossa análise, observamos que o sujeito presentifica o momento da pós-guerra e da aplicação de DOTS: *“quando entramos na curta duração os abandonos começaram a baixar. Começamos a verificar doentes integrados pelos familiares, quer dizer dentro daqueles que entravam na curta duração eram contagiados por aqueles doentes”*. É notório o interdiscurso concretamente nas marcas linguísticas: “os abandonos começaram a baixar”. Trata-se de um discurso já dito pela OMS quando declarou que a curta duração reduzia o abandono e aumentava a cura, sendo essas algumas das razões da sugestão de DOTS (WHO, 2006).

Ainda nessa sequência discursiva, a marca linguística *“integrados”* integrada em outros significantes da mesma fala, sugere-nos que se trata de um ato falho proveniente de um inconsciente. Aqui o sujeito acidentalmente troca o significante *“contagiados”* por *“integrados”*. Para melhor entendimento trazemos a sequência discursiva: *“começamos a verificar doentes integrados pelos familiares, quer dizer dentro daqueles que entravam na curta duração eram contagiados por aqueles doentes”*. Nota-se que em seguida o sujeito enuncia o significante *“contagiados”*.

Encontramos nesta sequência o não dito, produzindo sentido da falta de cuidados adequados no meio familiar, incluindo a falta de informação.

Segundo Sá et al. (2007) os motivos relacionados aos eventos de TB são complexos e diversificados e a falta de informação e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento incluindo os problemas sócio econômicos para além das crenças estão envolvidas nesse processo de contágio. Terra e Bertolozzi (2008) são contundentes ao afirmarem que a operacionalização do DOTS exige o conhecimento das necessidades do doente, no sentido de se adequar o tratamento à vida do paciente e, para isso envolve uma educação da família no manejo da doença.

As sequências discursivas a seguir (S12G e S15GPE), dentro da experiência da implantação de DOTS, trazem-nos uma componente importante: ACS denominados voluntários ou Agentes Elementares de Saúde (APES), que são pessoas treinadas para desenvolverem atividades de promoção de saúde e prevenção de doença ao nível da comunidade, incluindo a prestação de primeiros socorros e o reconhecimento de sintomas e sinais de doenças comuns, e referir os doentes para às USs mais próximas (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010b).

Cabe-nos explicar que os conhecidos agentes comunitários de saúde tiveram várias denominações entre os entrevistados. Uns chamaram de voluntários, outros de Agentes Elementares, de colaboradores, voluntários ou ainda de padrinhos de DOTS. Assim, para este estudo o uso de uma dessas denominações deve ser considerada como sinônimo. É importante ressaltar que embora proponhamos que se considere como sinônimos esses significantes “ativistas”, “colaboradores”, “voluntários”, “padrinhos” produzem sentidos diferentes e podem produzir

significados diferentes para o doente. Neste caso, o significante padrinho pode produzir sentido de um pai o que pode influencia positivamente no tratamento da doença. O significante ativista produz sentido de quem tem conhecimentos sobre a doença mas orientado pelo serviços de saúde para reforçar o controle da doença e isso pode criar alguma resistência por parte do sujeito doente ao tratamento. O significante “colaborador” produz sentido de um funcionário regular contratado por uma ONG e que pouco sabe do problema do sujeito doente. Esse sentido circulante pode dificultar na relação doente colaborador e, conseqüentemente no tratamento da doença. Finalmente, o significante “voluntário” produz sentidos de que ele realiza a atividade quando e como desejar, o que pode causar pouca confiança no sujeito doente.

Recorte nº6

Temos 47 voluntários, no ativo, em todo distrito. (...) eram 66, visto que alguns acabaram desistindo. Apesar das dificuldades que temos com os voluntários, eles fazem sacrifícios, trazem as amostras que localmente são processadas e posteriormente enviamos às comunidades e daí temos que deslocar para lá para poder testar os doentes. (S12G).

Recorte nº7

O que conheço de DOTS é que nós temos ativistas que entregamos frascos e vão lá na povoação para procurar os doentes, recolhem escarros e por casualidade aquele que for positivo entregamos medicamentos e os ativistas vão administrando. Nós temos 57

ativistas. Nós temos 5 unidades sanitárias no distrito. Nós temos 1 enfermeiro que passou pela formação. (S15GPE).

Segundo o nosso entendimento, os profissionais de saúde, na posição de “gestor” e “gestor profissional de enfermagem” identificam-se com as FDs que colocam os ACS como intervenientes, importantes no processo de implementação do DOTS, principalmente do TDO. As sequências discursivas: “*temos 47 voluntários no ativo em todo distrito*”, (S12G) e “*nós temos ativistas que entregamos...*” (S15GPE), sugerem que os ACS constituem o elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. No processo da implementação do DOTS eles constituem um grupo de interesse envolvidos na transferência dessa política. Segundo Diane (2004) os atores principais na TP para além de organizações internacionais e os estatais estão também os grupos de interesse. Nessa ordem de ideias, os ACS por serem pessoas da comunidade, que vivem na comunidade afetada pela TB, o seu envolvimento torna-se importante para a efetivação da TP.

Ainda no recorte, em análise, do S12G encontramos um discurso queixoso representado pela sequência discursiva: “*apesar das dificuldades que temos com os voluntários, eles fazem sacrifícios, trazem as amostras que localmente são processadas e posteriormente enviamos às comunidades e daí temos que deslocar para lá para poder testar os doentes*”. Observamos o reconhecimento das atividades realizadas por ACS e a queixa da falta de gratificação pelas ações prestadas, levantando a hipótese de que a falta de incentivo esteja associada ao abandono da atividade.

As marcas linguísticas discursivas: “*eles fazem sacrifícios*”, instiga-nos a pensar que a atividade que os ACS desempenham se torna penosa, uma vez que na

sua maioria, excetuando os que estão ao serviço da ONGs, não são remunerados e nem têm um vínculo jurídico-formal com o Estado, o que fragiliza a atividade do controle da TB no país.

Observamos um distanciamento e terceirização das atividades por parte do sujeito “gestor profissional de enfermagem” por meio da sequência: “*nós temos ativistas que entregamos frascos e vão lá na povoação para procurar os doentes, recolhem escarros e por casualidade aquele que for positivo entregamos medicamentos e os ativistas vão administrando*”. (S15GPE). Por outro lado, a sequência parece-nos denunciar um frágil controle e coordenação com os ACS por parte dos gestores da saúde ao nível distrital, apelando para uma coordenação implicada, que consiste na organização dos serviços considerando a flexibilidade das equipes no acompanhamento dos pacientes, (GONZALES, et al., 2008).

Continuando com o nosso gesto de interpretação, sinalizamos que a sequência discursiva “*por casualidade*”, produz sentido de que a descoberta da doença é também por sorte, porque essa atividade dos ACS e profissionais de saúde de se dirigem às comunidades para fazerem exames não é regular, mas por outro lado a mesma sequência produz, indiretamente, sentidos de que o controle sobre o doente parece ser mais efetivo do que a vigilância em saúde.

O recorte número 8 que se segue ocupa uma lauda e foi escolhido intencionalmente porque nele está uma emaranhada teia discursiva que se retirássemos algumas partes das sequências discursivas, os sentidos poderiam ficar deslocados, por isso mantivemos assim. Assinalamos, também, fundamentados em Pêcheux (2009), que o sujeito é afetado tanto pela ideologia como pelo inconsciente. Lembramos que o discurso é atravessado por outros discursos, por vozes exteriores

que o constituem, como veremos no recorte, no qual é possível notar um sujeito que servindo-se da memória, presentifica aos primeiros momentos das suas atividades como enfermeiro re-significando a história; mas por outro lado observamos um sujeito que (d)enuncia os processos histórico do tratamento da TB, o papel dos ACS, “imprimindo” um discurso queixoso e nostálgico dos seus tempos anteriores.

Recorte nº8

Eu, quando era novo, fui colocado num centro de saúde de Nacala- à-Velha chamada Mueria, em 1987, onde trabalhei com uma irmã comboniana² e outros colegas. Naquela unidade sanitária havia “maning³” fluxo de doentes de TB e de lepra. Então a própria irmã disse: não podes trabalhar nesta área? Então eu disse “epá” sou enfermeiro posso trabalhar em todas as áreas e comecei a trabalhar com esses doentes, então aquela irmã fez uma integração muito profunda seja da área de TB ou de lepra. Em 1992 (...) Quando cheguei apanhei outra irmã, eu penso que ela tinha recebido a informação de outra irmã que eu era uma pessoa que cuidava mais de doentes seja de lepra, seja de TB, só que ... prontos, começamos a fazer a mesma atividade. Naquela altura tinham bicicletas, havia um projeto que nos apoiava. Esse projeto comprava bicicletas então... eles próprios também traziam... se aparecem doentes com a TB naquela comunidade aí o supervisor estava munido com medicamentos, balança para fazer testagem e começar-se logo com o tratamento (...)

² Missionária da Igreja Católica da Congregação Comboniana

³ Expressão usada em Moçambique com o significado de “muito” – advérbio de quantidade

Apesar ... epá... prontos ... as pessoas podem ficar lesadas como ele fala ... Porque é pa... O voluntário, sim senhor, trabalha, mas nós queríamos que ele fosse incentivado não em termos de salários, por exemplo ele tem sua família comprando uma capulana⁴, ou duas ou comprando cadernos ou comprando cadernos para os filhos do ativista seria bom, mas como isso não acontece encontramos dificuldades na colaboração deles. E nós temos 14 unidades sanitárias neste distrito. (SG7).

Sinalizamos no recorte 8 a presença de vozes oriundas de outros espaços e momentos discursivos - polifonia. Com o propósito de adensar esta análise, trazemos a contribuição, que nos parece importante, advinda de Fernandes (2008:35) sobre a polifonia entendida como “vozes, oriundas de diferentes espaços sociais e diferentes discursos, constitutivas do sujeito discursivo”, com marcas de temporalidade e uma historicidade: “*eu quando era novo (...) fui colocado*”, que presentifica o passado como caminho para compreendermos o presente no processo da evolução e acompanhamento da TB no distrito. Toda fala remete-nos a um período histórico moçambicano em que as congregações religiosas asseguravam os cuidados primários de saúde para a população na maior parte das regiões rurais. Trata-se de um período que o país não tinha médicos e/ou enfermeiros e se encontrava em guerra. As ONGs também desempenhavam um papel importantíssimo na provisão dos cuidados de saúde.

⁴ É o nome que se dá, em Moçambique, a um pano que, tradicionalmente, é usado pelas mulheres para cingir o corpo, fazendo às vezes de saia podendo ainda cobrir o tronco e a cabeça. Utilizada largamente em todo o país.

Sinalizamos ainda a presença de uma identidade não fixa que no entender de Fernandes (2008:32) é nos apresentada como o “produto das novas relações sociopolíticas na sociedade e inacabada por não se esgotarem as transformações sociais que sofre”. É desta forma que vemos a posição sujeito evocando uma memória discursiva, que anuncia a identidade de uma época, e como a TB era tratada: “*naquela unidade sanitária havia “maning” fluxo de doentes de TB.*”

Prosseguindo com o nosso gesto de interpretação, percebemos que a posição sujeito aponta haver incentivos para ACS naquele período: “*naquela altura tinham bicicletas, havia um projeto que nos apoiava*”. Indicia-se, neste caso, a existência de ONGs que ajudavam os ACS, percebe-se assim que a ação governamental é apagada na memória desse sujeito “gestor”.

Assim, observamos dentro deste recorte a presença do silêncio, cuja compreensão em AD, é aquilo que é apagado, colocado de lado, excluído. Assim o silêncio trabalha os limites das diferentes formações discursivas, ou seja, trabalha o jogo de contradição de sentidos e de identificação do sujeito (ORLANDI, 2007), desta forma encontramos o silêncio nas sequências discursivas: “*aperar ... epá... prontos... as pessoas podem ficar lesadas como ele fala (...). Porque é pá ...*” aqui o silêncio verifica-se quando o sujeito toma posições e ao mesmo tempo se apaga. No nosso entender, parece-nos que o sujeito tem um desejo de denunciar algo, mas é interpelado pela dissonância cognitiva, porque a sua denúncia pode “chocar” os seus superiores hierárquicos, “*eles*”.

Ao enunciar o significante “*apesar*”, o sujeito toma uma posição, mas no seu limite que textualmente pode ser visualizado por reticências ele toma uma posição que não nos é revelada e os seus sentidos também deslizam, mas que significam,

influenciando, desta forma, o autor a excluir. Entenda-se aqui por autor “ o sujeito que “sabe” que há um interlocutor; um sujeito que deve seguir injunções da racionalidade social, disposições de uso social da linguagem” (ORLANDI, 2007, p.103).

Prosseguindo com o seu discurso o sujeito reconhece a ação dos ACS: “o voluntário, sim senhor, trabalha, mas nós queríamos que ele fosse incentivado não em termos de salários, por exemplo, ele tem sua família comprando uma capulana, ou duas ou comprando cadernos para os filhos do ativista seria bom, mas como isso não acontece encontramos dificuldades na colaboração deles”. Ao reconhecer a ação dos voluntários o sujeito assume a posição da entidade US, queixando-se do sistema que não oferece incentivos aos ACS. Entre outros problemas na gestão do trabalho dos ACS, está a questão de falta de apoio comunitário no sustento deles e ausência de pagamento de subsídios/incentivos pelo trabalho desenvolvido nas comunidades (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010).

Os dizes da posição sujeito também instiga-nos a pensar que os ativistas têm a responsabilidade de sustentar a sua família e de custear as despesas escolares dos seus filhos. Assim, tratando-se de indivíduos sem emprego, que vivem na base da sacha do campo, ao se voluntariarem pode estar a subjazer, no inconsciente deles, a imaginação de vir a receber algum bem capaz de sustentar a família. Então, fazer atividades sem nenhuma remuneração ou incentivos com responsabilidades para a família tem sido um grande obstáculo para a continuidade das atividades.

O recorte número 9 denuncia a forma como se imagina o profissional que trabalha no controle da TB.

Recorte n°9

(...) muito dos meus colegas pensam que estar no programa da TB é dinheiro, quer dizer antigamente podia ser, mas agora as coisas mudaram muito. Muitos financiadores estão abandonando, então temos essas dificuldades. (S5G).

Observamos, neste recorte, a presença de um imaginário representado pela sequência discursiva: “*colegas pensam que (..) TB é dinheiro*”, porque sinalizamos nela um deslocamento de valor de imagem para outro sujeito (LACAN, 2005). Assim, esta sequência produz sentidos de um período histórico em que as atividades do controle da TB eram coordenadas e ou apoiadas por ONGs que pagavam salários ou subsídios às pessoas envolvidas no PNCT incluindo os ACS.

O S7G e S5G, inscritos nas mesmas FDs, denunciam uma consciência social coletiva existente em Moçambique de que as ONG têm mais dinheiro e a dependências das pessoas em relação a essas organizações. Denuncia também a fragilidade do Estado de se organizar e motivar os seus colaboradores.

O S8TM assumindo a posição de sujeito da saúde mostra a importância do DOTS.

Recorte n°10

O caso visível é que *nos anos anteriores toda enfermaria era cheia de pacientes e cada um com suas queixas e alguns não necessitavam de ficarem aqui durante 60 dias*. Assim, gradualmente temos sentido efeitos positivos. Também *o paciente estando no meio familiar ele se sente amparado* e o processo de melhoria torna-se fácil. (S8TM)

O S8TM inscreve-se na FD que entende o TDO como importante no controle da TB. As sequências grifadas evidenciam essa importância do TDO na melhoria da saúde dos pacientes. O sujeito afetado pelo interdiscurso, presentifica, indiretamente, o discurso da OMS sobre a vantagem do TDO: melhoria significativa da saúde dos pacientes (WHO, 2006). Alguns estudos revelaram que o TDO apresenta menores taxas de abandono se comparado ao tratamento não observado ou auto-administrado, para além disso assegura a diminuição de infecção, garante a adesão; negativa a baciloscopia precocemente; previne a multirresistência e aumenta a taxa de cura, (BOOGARRD et al., 2009; IBANÊS; CARVEIRO-JUNIOR, 2013).

O amparo da família é entendido como importante no processo da cura do paciente: “também o paciente estando no meio familiar ele se sente amparado”. Segundo Terra e Bertolzzi (2008) a TB deve ser considerada como enfermidade socialmente determinada o que implica o envolvimento da sociedade e sobretudo da família para o seu combate. Mas também fazer o tratamento dentro da família implica, em parte, algum conforto do doente por se encontrar no seu meio social.

Neste bloco discursivo: **experiências e percepções sobre a transferência de DOTS**, observamos que há vários sentidos produzidos, mas entre eles salientamos o da coisificação do sujeito doente, onde reina o poder sobre o corpo naturalizando-se os sentidos circulantes de que o sujeito doente deve ser submisso. O outro sentido circulante diz respeito a falta de cobertura do PNCT em vários locais dentro dos distritos. Também circulam sentidos de que o DOTS é muito importante na redução dos casos e que o ACS é um importante colaborador, embora se reconheça as dificuldades que enfrenta.

8.5.2. Estratégias adotadas na implementação e manutenção do DOTS

A fase de implementação de uma política considera-se como “o momento em que se implementam intenções para obter impactos e consequências” (FRANZESE, 2011, p.24). Na implantação de DOTS envolve estratégias também locais para responder as necessidades vigentes. Assim, a implementação de DOTS em Moçambique envolve o tratamento; o processo de comunicação; discussão da transferência; envolvimento dos profissionais e estratégias de motivação.

O envolvimento dos profissionais é uma das estratégias que garante a implementação efetiva do DOTS já que eles constituem a ferramenta fundamental para avaliação do doente desde o diagnóstico a cura (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; ADAMS; WOELK, 2015).

O S4M fala sobre o itinerário do doente dentro da US que se inicia numa consulta até à sua integração no PNCT.

Recorte nº11

O doente com suspeita de TB é observado numa consulta normal, é-lhe pedido o exame de BK. Quando o BK é positivo o doente é acompanhado ao sector do PNCT. Depois de iniciar o tratamento na fase intensiva, este doente é acompanhado diariamente ou dependendo do local onde estiver, é acompanhado diretamente ao local da unidade sanitária até ao final do tratamento. Por causa daqueles doentes que vivem muito distantes e não conseguem vir aqui, a cada semana, nós temos padrinhos de DOTS. Esses padrinhos

acabam vindo aqui mensalmente para levantar medicamentos para ir entregar aquele que vive muito longe. (S4M).

O significante “*suspeita*” funciona como metáfora entendida como a tomada de uma palavra por outra e para AD significa concretamente transferência estabelecendo o modo como as palavras significam (ORLANDI, 2013). A marca linguística discursiva em análise pode significar, ao mobilizarmos as condições de produção e a FD, como atesta a literatura, sintomas: tosse com mais de 3 semanas, ou seja, tosse persistente com muco ou eventualmente com sangue ou não, sudorese noturna, emagrecimento e febres, (MOÇAMBIQUE – MISSAU, 2011; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b, BADAJIDE, et al., 20012; CHURDYARD et al., 2014; ADEBIEMPE et al., 2015).

Prosseguindo com a nossa análise do recorte 11, notamos a forte presença do discurso médico, que, nesses casos, se apresenta com traços autoritários. As sequências discursivas “*é observado*”, “*é-lhe pedido*”, “*é acompanhado diariamente*”, “*submetemos a análise no laboratório*”, indiciam que os profissionais de saúde se entendem como sujeitos detentores de saberes específicos, o que lhes permitiria ocuparem posições hierárquicas superiores aos sujeitos acometidos pela TB.

Enunciados a partir de posições institucionalmente reconhecidas e socialmente valorizadas (coordenador, clínico), os saberes específicos produzem efeitos de sentido de “discursos da verdade” (Foucault, 1995, 2014), sendo imaginados e tratados pelos sujeitos doentes que padecem de TB como discursos irrefutáveis, quase definitivos.

Foucault (1995) nos mostra que o poder não se exerce sem saber, assim como não é possível que o saber não engendre poder; um produz o outro. O filósofo

postula também que o poder funciona e se exerce em rede, ou seja, nunca está localizado especificamente neste ou naquele lugar, aqui ou ali. O poder, tal como pensado pelo autor, é de caráter relacional, sendo exercido e não possuído (FOUCAULT, 1995).

Podemos dizer também, que, no recorte, os dizeres das posições de sujeito são formulados a partir de um imaginário segundo o qual o sujeito doente deveria submeter-se resignadamente às orientações e ordens médicas. As ações de observar, pedir, acompanhar, submeter, analisar, nessas condições de produção, permitem-nos pensar que os profissionais de saúde inscrevem-se em FD que colocam o doente na posição de sujeito que deve obedecer e submeter-se ao que lhe é proposto ou oferecido. A citação abaixo corrobora com a nossa argumentação:

o movimento rumo a uma relação de dominação por parte do terapeuta sobre o paciente se apresenta mais comum na prática clínica de viés tradicional ligada diretamente ao discurso médico pedagógico, que pretende o terapeuta como detentor de um saber e o paciente submisso ao tratamento clínico, ou seja, esse pesadelo estabelece relações de dominação bem definidas com papéis hierárquicos bem marcados e imutáveis, em princípios (BARONI; CUNHA, 2008, p. 687).

Cumpramos ressaltar que esses profissionais de saúde (re)produzem seus saberes médicos e clínicos e dizeres a partir do interdiscurso concernente às Ciências Médicas e, também, a órgãos que se normatizam o que se deve ou não fazer com a doença, os doentes, como devem proceder os hospitais e profissionais da saúde, quais classificações devem ser seguidas, dentre inúmeras outras orientações e ordens.

Ainda no recorte 11 (S4M), encontramos, no nosso entender, o que na AD se chama relações de forças. Assim, “podemos dizer que o lugar a partir do qual fala o

sujeito é constitutivo do que ele diz” (ORLANDI, 2013, p. 39), neste caso o sujeito ao falar do doente fala de um lugar em que as suas palavras têm autoridade determinada (autoridade de médico – aquele que cura) e o que ele fala significa mais do que a fala do doente, daí que o doente só fala se perguntado e se necessário.

Recorte nº12

A gente chama o doente, conversa com o doente a gente (...) conversamos com ele, porque logo a entrada nós perguntamos ou procuramos saber a história da família, se vive com crianças, quantas pessoas com quem vive. Porque se vive cá perto nós pedimos que apareça para a gente fazer a profilaxia com insoniazida. Passados 15 dias em tratamento, quando a gente vê que o estado geral do paciente é satisfatório, chamamos o paciente conversamos com ele e esse diálogo já é um contrato que a gente faz com o paciente explicamos que com o estado que ele apresenta não tem necessidades de continuar aqui por mais de 45 dias e assim poderá continuar o tratamento em casa, uns aceitam outros não. (S8T).

Em todo recorte observa-se a posição de sujeito atravessada, afetada pelo interdiscurso enquanto discurso-transverso que “atravessa e põe em conexão entre si e os elementos discursivos constituídos pelo interdiscurso enquanto pré-constituído” (PÊCHEUX, 2009). Esse interdiscurso, enquanto discurso transverso, encontra-se mais saliente nas seguintes sequências discursivas: “A gente (..) *conversa com o doente a gente chama o doente (...)* *conversamos com ele, (...)* nós

perguntamos ou procuramos saber a história da família se vive com crianças, quantas pessoas com quem vive, esse diálogo já é um contrato (...) explicamos". Nessas sequências discursivas, o sujeito se constituiu como atesta Pêcheux (2009) como sujeito que fala com a FD que o assujeita, neste caso o sujeito está assujeitado por uma FD que invoca a importância da família no processo da cura do paciente. Trazemos aqui as ideias que corroboram a nossa interpretação: a execução de TDO exige o envolvimento dos profissionais e a capacidade técnica primordial que garanta uma relação eficaz entre os profissionais de saúde e o doente de TB e família o que implica também rastreamento das pessoas mais próximas do doente com suspeitas (GONZALES, et al., 2008; BRASIL, 2011b; CRISPIM, 2013; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010b; WHO, 2005).

Observamos também a presença de um discurso sobre o direito à saúde representado pela seguinte sequência discursiva: *"esse diálogo já é um contrato que a gente faz com o paciente (...) "*. O paciente tem o direito de saber sobre o estado de saúde dele e os procedimentos a seguir, e tudo isso faz parte do direito à saúde que implica referir-se a um conjunto de normas jurídicas que estabelecem os direitos incluindo as obrigações em assuntos de saúde, para o Estado, e pessoas de forma individual e coletiva, regulando as relações entre eles (PEREIRA, 2004). Na perspectiva de Gallari (1988), no direito à saúde deve-se privilegiar a liberdade, o que implica a escolha do indivíduo quanto a sua relação com o meio ambiente, o estilo de vida a levar e em caso de doença ser livre na escolha do recurso médico-sanitário para o seu atendimento. E para isso implica a informação sobre a saúde dele, como notamos nas sequências acima. No entanto é importante sublinhar que a sequência discursiva *"passados 15 dias em tratamento ..."* instiga-nos a refletir que o estado de direito ofertado ao doente é parcial porque após 15 dias passa-se para

a fase de negociação, indiciando que nesses primeiros 15 dias impera a obrigatoriedade e ausência de diálogo e negociação com o doente ou a família sobre o seu tratamento.

Se voltarmos ainda para a sequência discursiva “*esse diálogo já é um contrato ...*”, observamos a marca linguística “*contrato*” que indicia a união entre a família US e o doente para o controle da doença.

No recorte 13 a comunicação é descrita como deficiente

Recorte nº13

Se nós testamos BK+ no doente encaminhamos ao PNCT. Dum modo geral não temos retorno da informação. Se for um caso de complicação temos informações, mas caso não haja nenhuma complicação não temos mais informação. (S18TM).

O profissional tomando a posição do sujeito “técnico de medicina” inscreve-se numa FD médico – tecnicista que faz parte da memória discursiva institucional do SNS que criou o PNCT (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010).

A sequência discursiva: “*não temos retorno da informação*”, sugere-nos uma denúncia de falta de comunicação entre PNCT e o pessoal clínico havendo uma incompletude nas atividades. Esta questão da comunicação também é denunciada pelo S1GC nas entrelinhas das laudas seguintes. Voltemos ainda a sequência discursiva “*não temos...*” encontramos aqui uma negação alicerçada pelo advérbio de negação “*não*”. Segundo Maingueneau (1997, p.80),

a negação é como uma encenação do choque entre duas atitudes antagónicas, atribuídas a dois enunciadores diferentes: o primeiro personagem assume o ponto de vista rejeitado e o segundo, a rejeição deste ponto de vista.

No caso, em análise, assume-se como sujeito rejeitado ao não receber informação após ter enviado o doente ao PNCT e a rejeição é o não retorno da informação.

Mais uma vez, informamos que o recorte a seguir do sujeito S1GC ocupa cerca de uma lauda, e pode ser estranho e incomum apresentação de recortes longo em teses, mas a nossa escolha se deve ao carácter emaranhado dos sentidos que circulam, que se divide pode implicar a fragmentação dos sentidos produzidos. Nesse recorte, enfatiza-se como a comunicação flui entre os profissionais para garantir o atendimento às pessoas; a dependência dos distritos em relação à direção provincial e, esta em relação ao Ministério; a falta de retenção dos funcionários no PNCT no nível distrital devido a sua mobilidade, entre outras.

Recorte nº14

De princípio, no meio de cada ano, o programa de TB tem que fazer um plano económico-social para o ano seguinte. (...) De lá são retiradas as prioridades para cada ano, compiladas no plano económico-social e enviadas às províncias em relação àquilo que se espera das metas e as atividades por realizar em cada ano. Por sua vez, a província deve sentar com os distritos fazer uma reunião de coordenação para que se faça a planificação de acordo com o plano económico-social que é recebido aqui, e são distribuídas as metas. Depois deste exercício, metas conhecidas, objetivos conhecidos, o

distrito é que vai executar, ou seja, (...). O nosso sistema de notificação da TB é trimestral, no entanto temos tido informações mensais que constituem um resumo das notificações trimestrais que nós fizemos para ter uma monitoria (...) para não termos que esperar 3 meses para poder ter uma reação. Esta segunda componente mensal ainda tem alguma deficiência por causa da comunicação entre os distritos e por causa do historial ao longo de 3 meses para obter dados, ainda estamos em adaptação. Mas trimestralmente a unidade sanitária periférica é naquela unidades sanitária em que o distrito tem mais que uma unidade de manejo da TB compila os dados até dia 22, envia-os ao nível distrital e até ao dia 25 envia para a província. Esta recebe, analisa e dá retro informação do que tem que ser acertado e depois envia ao nível central e outras áreas de TB. Depois disso, dentro de 45 dias, o nível central tem que dizer às províncias qual é a retro informação em termos de desempenho, o que ocorreu bem ou não e como deve melhorar. No entanto, este fluxo tem tido irregularidades, infelizmente não se processa dentro desses períodos, porque existe uma elevada rotatividade dos recursos humanos em TB. É um programa difícil de gerir e muitas vezes as pessoas que são colocadas como gestoras distritais em menos de 2 anos têm que mudar. Então, tem que haver nova formação de recursos humanos e adaptação. Então o tempo que a informação leva do distrito para a província e a província retificar, sobretudo há gestores distritais novos, e para chegar aqui leva seu tempo. E chegados aqui, ao nível central, também tem seus erros. Temos que fazer a retro informação a pedir

que olhe para certos dados dos distritos A ou Z não estão corretos e isso acaba levando mais de 45 dias. (S1GC).

Face ao exposto no recorte 14 sinalizamos que o sujeito “gestor central” assume uma posição da “voz ministerial”, afetada pela memória institucional e assujeitada por numa formação ideológica dada, que determina o que pode e deve ser dito. Eis uma das sequências que denuncia essa posição do sujeito: *“de princípio, no meio de cada ano o programa de TB tem que fazer um plano económico-social para o ano seguinte (...). De lá são retiradas as prioridades para cada ano compiladas no plano económico-social”*. Esta sequência instiga-nos a cogitar que existe a naturalização dos sentidos, porque o sujeito busca o seu arquivo institucional atualizando-nos as regras existentes que constituem as obrigações do Estado moçambicano que orienta o sector da função pública a planificar as suas atividades (MOÇAMBIQUE, 2001). Realçamos que essa naturalização dos sentidos faz com que a TP do nível central para os outros níveis seja coercitiva (EVANS; DAVIES, 1999), visto que os distritos são obrigados a adoptar de forma rigorosa os planos elaborados pelo nível central. Obrigar os distritos ao cumprimento do plano central sem se ter em conta as realidades peculiares de cada região e a possibilidade de integrá-las no plano pode ter implicações negativas no controle da TB.

Prosseguindo com a nossa análise constatamos que a sequência discursiva: *“atividades de cada ano deverão ser planificadas (...). Enviadas às províncias em relação àquilo que se espera das metas e as atividades por realizar em cada ano”*. Isso nos dá indícios de existir uma dependência total dos níveis distritais e provinciais em relação ao nível central quanto ao plano elaborado pelos responsáveis centrais do PNCT, produzindo, desta forma, sentidos de que os

distritos enquanto entidades gestoras locais não são convidadas na elaboração dos planos, mas obrigados à executá-los. A sequência a seguir corrobora, ainda mais, essa nossa interpretação: *“a província deve sentar com os distritos, fazer uma reunião de coordenação para que se faça a planificação de acordo com o plano económico-social que é recebido”*.

Ressaltamos também, nessa sequência, a presença de um discurso político autoritário que nos instiga a pensar na incapacidade da província tomar alguma decisão sobre a gestão ou formas de combater a doença ao nível local. A descentralização da planificação e da gestão do programa do controle da TB é requerida para permitir melhores ações que ajudem a combater a doença (KETEMA, et al., 2014).

Continuando com a nossa análise, observamos nesta sequência discursiva: *“nosso sistema de notificação da TB é trimestral, no entanto temos tido informações mensais que constituem um resumo das notificações trimestrais que nós fizemos para ter uma monitoria (...) para não termos que esperar 3 meses para poder ter uma reação”*, que o sujeito mostra o processo de notificação quanto a sua periodicidade, por meio das marcas linguísticas: *“é trimestral”*. O processo de notificação reafirma o vínculo entre a US do distrito e a província e esta com o nível central, e constitui uma dimensão estratégica na superação de problemas, no gerenciamento de soluções das crises ligadas à imagem do sistema de saúde (NASSAR, 2006). Cabe-nos ressaltar que a notificação é por norma uma obrigação para todas as US controladas pelo SNS, (WHO, 2014; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b, MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010):

As marcas linguísticas “(...) os dados até dia 22, envia-os ao nível distrital (...)” indiciam uma comunicação que flui de forma descendente do nível central ao distrital “carregada” de ordens, leis e metas e de forma ascendente contendo informações do grau de cumprimento das atividades ao nível do distrito e da província, reforçando a ideia de centralização das decisões ao nível do ministério. Vale-nos aqui trazer Nassar (2006) que afirma que para uma gestão adequada a comunicação deve ser uma das estratégias importantes na construção de um novo paradigma de relacionamento. Mas no caso, o que estamos analisando nos indica que a comunicação não parece fornecer esse vínculo que possa produzir um paradigma de relacionamento capaz de fomentar melhorias, porque trata-se de uma comunicação de caráter obrigatória e unidirecional.

Ainda no recorte em análise observamos uma posição sujeito “queixoso”: “*no entanto, este fluxo tem tido irregularidades infelizmente não se processa dentro desses períodos, porque existe uma elevada rotatividade dos recursos humanos em TB. É um programa de difícil de gerir e muitas vezes as pessoas que são colocadas como gestoras distritais em menos de 2 anos têm que mudar*”. Nesta sequência, a “queixa” é sinalizada por meio de discursos cobertos de um corpo sócio – histórico e situacional de Moçambique dos últimos dias, trata-se de discursos sobre a falta de profissionais e mobilidade não coordenada dos mesmos. A existência de “elevada rotatividade” sugere-nos a falta do pessoal, mas também uma falta de coordenação entre as estruturas responsáveis para a movimentação de pessoal e de sua alocação. Por outro lado, indicia a falta de prioridades em RH na área da TB dificultando a gestão do PNCT.

O sujeito, ainda, falando sobre a comunicação produziu a sequência discursiva: “*então o tempo que a informação leva do distrito para a província e a*

provincia retificar, sobretudo há gestores distritais novos, e para chegar aqui leva seu tempo. E chegados aqui, ao nível central, também tem seus erros". Notamos, nesta sequência, o não-dito: a falta de conhecimentos na área de sistema de informação. Observamos também que a província serve de elo de ligação entre os níveis centrais e distritais. Para o MISAU, O nível provincial deve realizar funções de planificação em estreita ligação com as orientações estratégicas concebidas ao nível central e repassa para os níveis distritais (MOÇAMBIQUE- MISAU, 2011).

A mesma sequência discursiva: "*então o tempo que a informação leva do distrito para a província (...)*" sugere-nos o atraso no envio das informações dos distritos às províncias e destas ao nível central. Mas é importante anotarmos que as marcas linguísticas denominadas de advérbios de lugar "*aqui*" (chegar aqui); (chegados aqui) sugere-nos a centralização da informação; local onde as informações são analisadas e divulgadas é como demonstra a estratégia de saúde de 2007- 2012:

O Nível Central realiza funções de definição de políticas, normas, regulamentos, etc, sendo a este nível onde é feita a planificação estratégica do sector como um todo, e são delineadas as principais estratégias do sector que servirão de orientação para a planificação provincial e distrital. No nível central encontra-se centralizada a gestão financeira de bens de capital como os grandes investimentos na rede secundária, terciária e quaternária, aprovisionamento de transporte, equipamento bem como as despesas com medicamentos. (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2007 p. 17).

Ainda voltando para as marcas linguísticas "*também tem erros*" podemos interpretar não como o somatório de erros, embora linguisticamente o "*também*" nos possa sugerir a isso, mas parece-nos que o "*também*" demonstra a igualdade, o que pode significar que tanto os distritos, como as províncias e/ou nível central

cometem erros, o que per si dá-nos a pista de haver problemas na formação das pessoas para coletar e interpretar os dados, denotando também haver fragilidade do sistema de informação de saúde de Moçambique sobretudo na área da TB, assim, em nossa percepção, essa sequência de descompassos afeta sobretudo a TP da TB.

Ainda sobre as informações, no recorte 15, sinaliza-se a forma como a gestão de informação é feita, especificamente da notificação de casos.

Recorte nº15

A nossa coordenação, em algum momento, é por via telefónica para assuntos urgentes e temos reuniões trimestrais para o balanço das atividades e validação dos dados estatísticos ou, se adiantam as notificações para a seguir acontecer a reunião para fazer a validação daquilo que eu recebi e daquilo que me mandaram para confirmar nessas reuniões. (...) Então, se daí houver uma lacuna a gente faz a lista das lacunas, entregamos o próprio supervisor, se isso ocorre numa unidade sanitária porque os livros,..., porque ele quando vem traz todos os livros do distrito daquelas unidades sanitárias periféricas que tem laboratório. (S2GP).

Os dizeres do recorte 15 parece-nos ser naturalizados porque o sujeito ao tomar a sua posição é afetado por um *assujeitamento* ideológico que “consiste em fazer com que cada indivíduo (sem que ele tome consciência disso, mas, ao contrário tenha a impressão de que é senhor da sua própria vontade seja levado a ocupar o seu lugar, a identificar-se ideologicamente com grupos ou classes de uma determinada formação social” (BRANDÃO, 2012, p. 107). Nesse processo de

assujeitamento ideológico do sujeito fica nítido o deslize, deslocamento, rupturas e a incompletude, porque o sujeito toma a identidade coletiva institucional ao dizer “*temos reuniões*” e depois assume a identidade de um gestor único capaz de validar as informações.

A ação de trazer todos os livros do distrito, daquelas unidades sanitárias periféricas, que têm laboratório sugere-nos que o processo de notificação só ocorre em unidades sanitárias, onde os laboratórios funcionam, ficando evidente a fragilidade de notificação dos casos ao nível dos distritos. Ao nos ater no recorte, observamos também um discurso atenuante dos problemas caracterizado por esta sequência discursiva: “*se daí houver uma lacuna a gente faz a lista das lacunas, entregamos o próprio supervisor (...)*”. A marca linguística “se” parece-nos estar a funcionar como uma condição não esperada que ocorre raras vezes. Mas por outro lado essa condição “se” nos remete a ideia de que os processos andam de forma tranquila e que não são atravessados por problemas (o que seria esperado face as dificuldades já apontadas). Além da naturalização, há também a negação ou apagamentos dos processos que podem interferir na planificação, sugerindo-nos mais uma vez que o planeamento é caracterizado pela normatividade e pouco pelo pensamento estratégico, que envolve tanto a escolha como a adaptação ambiental (GRUBELLALE; GRAVE; MENDES, 2004).

O S8T em seu discurso evidencia a existência de relacionamentos favoráveis entre os profissionais para aplicação do DOTS.

Recorte nº16

Ele é muito exigente, ele preocupa-se com o trabalho, ele é um exemplo, preocupa-se com o trabalho, Quando alguém se preocupa

com o serviço é um exemplo. A gente recebe todas as informações do programa. Assim para o laboratório funcionar depende da nossa ligação que é satisfatória. Então, mesmo assim, nós temos aqueles que, de facto, temos de submeter a baciloscopia. (S8T).

As sequências discursivas grifadas trazem indícios linguístico-discursivos que nos permitem dizer que, nesse caso, a posição sujeito entende haver relacionamento favorável que contribui para a motivação dos profissionais, como podemos notar nas seguintes sequências discursivas: “*ele preocupa-se com trabalho*”, “*se preocupa com serviço*”, o sujeito ao falar do seu responsável mostra a sua formação social que na visão de Brandão (2012, p. 107):

caracteriza-se por um estado determinado de relações entre classes que compõem uma comunidade em um determinado momento de sua história. Estas relações estão assentadas em práticas exigidas pelo modo de produção que domina a formação social. A essas relações correspondem posições políticas e ideológicas que mantêm entre si laços de aliança, de antagonismo ou de dominação.

É nessa formação social que o sujeito presentifica um interdiscurso político e propagandística da República de Moçambique em que os políticos, em tempo de campanhas eleitorais ou de comícios populares, engendram discursos que levam as pessoas a crer que o servidor público deve ser exemplo nas suas atividades.

Ainda no recorte em análise há também um sentido circulante de que os profissionais, por serem competentes, serem exemplos, o são, porque se preocupam com a organização institucional, centrado nos serviços e não estão centrados no doente de TB. Pois para que o serviço funcione é necessário, como afirma a posição sujeito: “*nossa ligação que é satisfatória*”, e ele finaliza com uma sequência discursiva: “*nós temos aqueles que, de facto, temos de submeter a*

baciloscopia”. Esta sequência discursiva indicia um sentido de que nem todos os doentes têm sido objeto de preocupação por parte dos serviços, a marca linguística “de fato” é muito determinística para essa concepção.

Recorte nº17

Temos recebido muitas informações trimestralmente por exemplo no mês passado fomos discutir os nossos dados. Se a memória não me falha no ano passado falhou uma reunião. Este ano fizemos uma reunião e até fomos com o nosso homem do laboratório. (S11GPE).

O nosso gesto de interpretação vai-se ater nesta sequência discursiva: “*temos recebido muitas informações trimestralmente*”, que nos sugere a ausência de problemas de informações relativas a TB, mas a marca linguística “*muitas*” que denota a quantidade, não traz evidências se está associada a boa qualidade ou não. A posição sujeito reconhece “*o furo da consciência*” ao dizer que “*se a memória não me falha*”. Portanto, há um reconhecimento da operação do inconsciente no processo do pensamento que pode levar a atos falhos. Vale-nos aqui a ideia de Freud de que o inconsciente é constituído por atos falhos e chistes (FREUD, 2014)

A informação ou a comunicação em saúde compreende o uso de planejamento, estratégias, táticas e avaliação em saúde no sentido de aumentar o conhecimento e motivar ações que possam melhorar a própria saúde (SNIDER, 2015). Na TP a comunicação é de extrema importância, porque garante a aprendizagem e a melhor implementação (OGDEN; WALT; LUSH, 2003; EVANS; DAVIES, 1999; DOLOWTZ; MARSH, 2000).

As sequências discursivas destacadas que se seguem abaixo nos recortes 18 e 19 parece-nos pertencer ao mesmo campo discursivo. Entende-se por campo

discursivo o “conjunto de formações discursivas que se encontram em relação de concorrência, em sentido amplo, e se delimitam, pois, por uma posição enunciativa em uma dada região” (MAINGUENEAU, 1997, p.116).

Queremos deixar claro que o fato das sequências discursivas pertencerem ao mesmo campo discursivo, isso não significa que os campos são fechados, mas pelo contrário há marcas linguísticas que podem escapar do campo para outros campos discursivos. Portanto, os campos não são fechados nem são linguisticamente pré-determinados.

Recorte nº18

Temos tido encontro nas unidades periféricas, por exemplo, com responsável de Iuluti, nós deslocamo-nos para lá, marcamos um dia, na presença do coordenador da unidade sanitária, para focarmos exatamente os problemas dos voluntários. Assim, conseguimos minimizar o que é do nosso alcance e aquilo que for do fórum superior, refiro-me a subsídios que não posso ser eu a resolver, canalizamos aos nossos responsáveis. (S12G).

Recorte nº19

Existe reunião nacional de TB em que são convidados os responsáveis provinciais parceiros de cooperação e outros colaboradores do PNCT dentro do Sistema de Saúde. E são discutidos indicadores da TB, transferência de Políticas, assuntos que sejam pertinentes a TB, financiamento, parcerias entre outros.(...) A nível provincial existem reuniões trimestrais de coordenação de TB para discussão de notificação dos casos e estratégias para a TB em que participam

destas reuniões os supervisores/gestores de TB ao nível distrital gestores de medicamentos. Estes últimos quanto pertinente, isso por falta de cobertura orçamental. (S1GC).

A posição S12G assume o papel do responsável da US do distrito ao se inscrever nas marcas linguísticas verbais da primeira pessoa do plural, “*temos tido*”; “*deslocamo-nos*”; “*marcamos*”. Estas marcas indiciam o envolvimento do sujeito nas atividades, ao passo que a posição S1GC mostra o seu distanciamento ao se inscrever nas marcas linguísticas verbais da terceira pessoa; “*existem*”, “*são discutidos*”, posicionando-se no lugar de observador. Ambas as marcas se convergem no realce da existência de momentos de discussão da TP, o que segundo Evans e Davies (1999) garante a interação, avaliação, tomada de decisão e implementação.

As sequências discursivas do recorte 18 indiciam o reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelos ACS e da falta de capacidade ao nível local para supri-las. Na sequência discursiva: “*assim, conseguimos minimizar o que é do nosso alcance (...)*”. (S12G), tendo em conta as condições de produção, podemos afirmar que a sequência denuncia a existência de problemas que não podem ter soluções ao nível local, como o subsídio a ser atribuído aos ACS.

Na sequência discursiva enunciada pelo S1GC: “*(...) são discutidos indicadores da TB, transferência de políticas, assuntos que sejam pertinentes a TB, financiamento, (...)*”, o sujeito perpassado pela ideologia é afetado pelo interdiscurso, presentificando as vozes circulantes sobre indicadores da TB, TP, notificação dos casos e estratégias. Na discussão do DOTS, o conhecimento sobre os indicadores da TB: taxa de prevalência e incidência, taxa de cobertura; taxa de

cura; taxa de mortalidade; número de pessoas notificadas num determinado período é importante para a compreensão da evolução da doença, do seu controle e para a planificação das atividades nacionais, provinciais e distritais (MOÇAMBIQUE – MISSAU, 2010, BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). Importa salientar que essas discussões sobre os indicadores de TB podem ajudar na criação de solução tanto para o diagnóstico como para o tratamento (BITTAR, 2000).

No recorte 20 o S11G (d)enuncia o envolvimento dos profissionais nas atividades de cura e a demora de detecção dos casos de TB no período inicial por parte do pessoal envolvido no rastreio.

Recorte nº20

(...) embora haja dificuldades de rastreio, nós gostaríamos que todo aquele que aparece com tosse, pneumonia fosse diagnosticado ou que o clínico pedisse logo a baciloscopia. Mas o que está a acontecer é que quando eles desconfiam, o doente, mandam ao laboratório para a baciloscopia e acusa positivo. Isso significa que eles pedem o diagnóstico, quando todas as características da doença são evidentes, quando há dúvidas entregam os antibióticos: cotrimoxazol, penicilina e o doente vai consumindo. E isso dificulta um pouco, porque o doente volta num estado grave o que implica o internamento. Conseguem rastrear todos aqueles com serviço TARV, mas nas consultas diárias normais não. (S11G)

Ao (d)enunciar as dificuldades (caracterizadas pela demora) de rastreio da TB ao nível do distrito, o sujeito interpelado pela ideologia presentifica um discurso médico ao emitir um “desejo” através da seguinte sequência: “*nós gostaríamos que*

todo aquele que aparece com tosse, pneumonia fosse diagnosticado ou que o clínico pedisse logo a baciloscopia ". A “tosse” que em si ou associadas a outros sinais podem reunir indícios que levem o clínico a submeter o paciente a baciloscopia, que é o método principal do diagnóstico da TB pulmonar em Moçambique, por permitir a descoberta das fontes de infecção, ou seja, os casos bacilíferos. Trata-se de método simples, rápido, de baixo custo e seguro para elucidação diagnóstica da TB, uma vez que permite a confirmação da presença do bacilo” (BRASIL, 2011a, p. 43). A sequência discursiva “*isso significa que eles pedem o diagnóstico quando todas as características da doença são evidentes*” dá-nos o indício da existência do não-dito, mas que está dito na sequência. Neste caso, o que não foi dito, mas está patente é: o atraso do diagnóstico da TB. Esse atraso contraria as recomendações nacionais do PNCT e internacionais para o pessoal médico: tosse persistente há mais de 2 semanas, deve constituir uma suspeita da TB (WHO, 2006; PUBLIC HEALTH WATCH, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2013). Esse atraso de diagnóstico pode estar por detrás de aumento de novos casos em Nampula em particular e no país em geral.

Um outro sentido que a sequência, (*“isso significa que eles pedem diagnóstico....”*), produz é o da sobrecarga dos profissionais que resulta num atendimento inadequado. Relativamente ao atraso do diagnóstico, um estudo feito por Barrêto et al. (2012), intitulado *Organização de saúde e gestão do cuidado à tuberculose*, revela que o atraso no diagnóstico da TB é considerado um dos grandes desafios que deve ser levado a sério pela equipe de gestão, e, necessariamente, pelos trabalhadores da saúde, porque contribui na propagação da doença.

A sequência discursiva: *“quando há dúvidas entregam os antibióticos: cotrimoxazol, penicilina e o doente vai consumindo”*, para além de produzir, também, o sentido de atraso no diagnóstico, instiga-nos a pensar que essa situação pode levar a processos mais graves no adoecimento, uma vez que o doente pode e chega, muitas vezes, num estado de debilidade maior a ponto de necessitar internação hospitalar. Podemos ressaltar que também a sequência produz sentido da falta de protocolos a serem seguidos ou da falta de cumprimento dos mesmos.

Recorte nº21

A TB é uma preocupação da saúde pública e acredito que todos os funcionários do Sistema Nacional de Saúde têm na mente o impacto que a TB traz na saúde. (S12G).

Ao analisarmos o exposto, observamos a posição sujeito que afetada pelo interdiscurso torna presente o discurso da OMS, dos governos e de vários pesquisadores: *“A TB é uma preocupação da saúde pública”*. Nota-se também a presença de um imaginário segundo o qual a posição sujeito imagina que os outros profissionais possuem conhecimento do impacto da doença sobre o sistema de saúde: *“acredito que todos os funcionários do Sistema Nacional de Saúde têm na mente o impacto que a TB traz na saúde”*. Na verdade, a TB torna os sistemas de saúde frágeis, ainda mais ineficientes ao necessitar de mais recursos, mais profissionais na luta contra a doença. As consequências também são nefastas do ponto de vista econômico para o doente, famílias e também para país de um modo geral, já que a maior parte das pessoas infectadas pela doença estão em idade produtiva (PUBLIC HEALTH WATCH, 2006; WHO, 2006).

As sequências discursivas que se seguem (S14G, S5G, S7G; S9G) fazem parte do mesmo *universo discursivo* que Maingueneau (1997, p.116) conceitua como “o conjunto de formações discursivas de todos os tipos que coexistem, ou melhor, interagem em uma conjuntura. Este conjunto é necessariamente finito, mas irrepresentável, jamais concebível em sua totalidade pela AD”. Podemos observar nessas sequências um campo discursivo onde os sentidos se inter cruzam fazendo uma teia, porém não acabada deixando a possibilidade de se fazer outras interpretações. As sequências discursivas sinalizam as formas de motivação dos funcionários como: a formação, comportamentos adequados, envolvimento em campanhas, participação em reunião e a linguagem utilizada na comunicação.

Recorte nº22

Nós temos tido algumas formações aqui ou lá na província. Por exemplo, no mês passado acabamos de formar 3 técnicos de lá e 4 daqui. A ICAP veio e formou-nos. Aqui não temos problemas entre nós. (S14G).

Recorte nº 23

(...) quer dizer, eu como supervisor (gestor) distrital do programa tenho que adotar estratégias de harmonia, eu tenho que ser social. As pessoas gostam das pessoas simples. Assim, tenho que arranjar maneira de não falar nada de mal. Aí para haver concordância daquilo que eu digo e daquilo que eles fazem. Antigamente o responsável não era convidado às reuniões. Eu gosto quando sou convidado para a reunião. (S5G).

Recorte nº24

Talvez a estratégia que o distrito está fazendo é de envolver os nossos colegas nas campanhas e cada dia de campanha, por exemplo de vacinação, acaba pagando um valor extra. Também se a província solicita os técnicos para uma formação também nós mandamos e isso motiva os meus colegas. (S7G)

Recorte nº25

Para motivar os colegas é uma coisa muito simples: a linguagem a usar. É aquela causa que a doença existe, para combater tenho que me envolver muito. E outra coisa que nos motiva é um dinheiro numa ONG. (S9G)

A coesão da equipe dos profissionais de saúde, a atuação do gestor, as capacitações/formações e o apoio monetário das ONGs são apontadas como alavancas motivacionais dos sujeitos profissionais.

As posições sujeitos S14G e S7G inscrevem-se na formação discursiva que entende a formação como um incentivo porque com ela (formação) se adquire novos conhecimentos o que favorece a motivação.

O S14G e S7GE ao se posicionarem fazendo uso das marcas linguísticas “*nós temos*” e “*nós mandamos*”, respetivamente, tomam a posição de identidade coletiva, assumindo as ações dos colegas, o que pode indicar a busca por uma coordenação coesa nas atividades, ou pelo menos um fazer comum nas atividades, levando-nos a compreender que existe alguma harmonia. A sequência discursiva, “*eu como supervisor distrital do programa tenho que adotar estratégia de harmonia, eu tenho que ser social*” (S5G) dá-nos a pista da posição de um sujeito que busca controlar os processos, a partir da posição ocupada como gestor, capaz de

harmonizar as atividades e motivar os outros pelo apaziguamento e não pela liderança.

Uma outra experiência de motivar os profissionais de saúde, envolvidos no controle da TB nos é apresentada pela posição S7G na seguinte sequência discursiva: *“o que o distrito está fazendo é de envolver os nossos colegas nas campanhas e cada dia de campanha, por exemplo de vacinação, acaba pagando um valor extra”*. Esse aspecto nos parece interessante na medida que o fator motivacional para o trabalho com a TB advém de remunerações adicionais, ofertadas por ocasião das campanhas de vacinação.

O S9G tomando a posição de gestor apresenta o seu imaginário ao tentar descrever como consegue motivar os seus colaboradores: *“é uma coisa muito simples: a linguagem a usar”* mas ele desliza e não apresenta essa linguagem deixando silenciada. E na sequência discursiva seguinte *“o que nos motiva é um dinheiro duma ONG”* o sujeito evidencia a ajuda feita pelas ONGs, mas também é afetado pelo furo da linguagem: o não-dito: o governo representado pelo MISAU, não dá esse subsídio para as pessoas envolvidas no controle da TB. Em Moçambique existem ONGs internacionais que apoiam diversos setores da saúde. Assim, algumas ONGs assumem medidas de resolução imediatas como são os casos de importação de profissionais de saúde de outros países para minimizar a falta de profissionais e outras desempenham o papel da ajuda no desenvolvimento de unidades sanitárias por meio de medidas administrativas, financeiras e pedagógicas (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2007).

Em relação a motivação, vários autores tendem a concordar que as pessoas no local do trabalho podem ser motivadas por vários fatores entre eles as

necessidades pessoais, incentivos, recompensas, metas, objetivos, recursos materiais, mas também podem ser motivadas por motivos mais profundos, ou seja motivos endógenos, como as expectativas, equidade e auto-estima (ANTUNES; ANNA, 1996; LOPES; FILHO, 2004; BATISTA, et al., 2005; PEREIRA; FÁVERO, 2001). Segundo Kubaski (1996, p. 99) “assim como o salário reveste-se de importância o reconhecimento/valorização do trabalho pela chefia e do relacionamento com a chefia e com os colegas” desempenham um papel preponderante para a motivação e desmotivação na atividade do homem dentro da sua organização.

Cabe-nos ressaltar que os agentes e gestores nem sempre são motivados pelas recompensas, mas pelo papel social, o humanismo, uma vez que o trabalho com a saúde não pode ser motivado apenas pela ideia da compensação, mas também pode e deve ser motivado pela vocação do trabalho com os seres humanos que vivem, adoecem e morrem.

Neste bloco discurso: **Estratégias adotadas na implementação e manutenção do DOTS**, circulam vários sentidos produzidos, fazendo-se destaque os sentidos que enfatizam a detecção de casos por parte dos serviços de saúde, O TDO e o sistema de registos de casos. Os dizeres que produzem esses sentidos, deixam evidente que, os sujeitos profissionais de saúde ocupam posições hierarquicamente superiores ao sujeito doente; os profissionais preocupam-se com a notificação, embora com dificuldades; a família e os ACS constituem um grupo de interesse muito importante na implementação e manutenção do DOTS.

8.5.3. Potencialidades, inovações e fragilidades do DOTS no controle da TB.

Há vários aspectos que fazem parte das potencialidades do DOTS, a literatura aponta a aderência ao tratamento, organização dos serviços de saúde, a existência de medicamentos, boa gerência, existência de profissionais qualificados, rede de comunicação eficiente, aceitação da estratégia por parte do governo e das comunidades, a colaboração dos ACS e do doente, entre outras (VENDRAMINI, et al., 2002; SANTOS, 2002; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; VILLA; RUFFINO-NETTO, 2011; CRISPIM, 2013; KETEMA et al., 2014).

As inovações de DOTS têm a ver com o que se pode considerar como novidade que impulsiona o processo, mas que anteriormente não havia sido planejado, concebido com o andar do tempo da implementação da política. São exemplos disso as formas adotadas por profissionais de saúde no atendimento ao doente, a organização das atividades entre outras (SCATOLIN et al., 2009).

As fragilidades na aplicação do DOTS podem estar relacionadas com várias situações. Entre elas destacamos as que a literatura mais referencia: a falta de recursos humanos qualificados; de recursos financeiros e materiais; de infraestruturas adequadas para o atendimento; de supervisão das atividades e criatividade por parte dos profissionais; de compromisso político; de medicamentos; de transporte; de laboratórios; de informação para além de distâncias longas entre a US e local da residência do paciente e atraso do diagnóstico (SANTOS, 2002; VENDRAMINI et al., 2002; MONIZ; VILLA; 2002WHO, 2006; PUBLIC HEALTH WATCH, 2006; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2007; SANTOS, 2009; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010b; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; VILLA; RUFFINO-NETTO, 2011; CRISPIM 2013, BÂRRETO, et al., 2012; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2013; WHO; 2014).

As potencialidades e inovações constituem alavancas na implementação de qualquer política uma vez que, os espaços onde a política é aplicada são constituídos por valores, crenças culturais, hábitos ideologias e práticas que requerem maior atenção dos tomadores de decisão, sobretudo na adequação da política à realidade local. Vale-nos mobilizar Dolowitz e Marsh (2000) que defendem, entre outros aspectos, que o que é transferido são ideologias, ideias e atitudes. O encontro dessas ideologias, ideias e atitudes ancorados à política a transferir com as ideologias e atitudes do local da recepção da política requer inovação para suprir os possíveis choques e melhorar o sucesso. Em seguida analisamos os recortes referentes a potencialidades, inovações e fragilidades.

O recorte número 26 deixa algumas pistas de potencialidade de DOTS.

Recorte nº26

Com ajuda do voluntário, conseguimos manter o doente no sistema. O voluntário registra a quantidade de medicamento que ele forneceu ao doente, mas às vezes, nós próprios fazemos visitas e buscas imediatas. Nessas buscas perguntamos ao doente se o voluntário ofereceu a medicação ou não e aí sabemos se ele recebe ou não.
(S12G).

As atividades dos ACS constituem um reforço para os profissionais de saúde, porque eles garantem a permanência dos pacientes no tratamento. Segundo Terra e Bertolozzi (2008) os ACS, (que o S12G denomina por voluntários), no processo de adesão ao tratamento são importantes porque eles atuam como indivíduos facilitadores junto do doente ao viverem de perto o cotidiano da vida do doente e ao aplicarem a política. Cabe-nos ressaltar que os ACS são de grande importância para

as comunidades, porque eles identificam os indivíduos sintomáticos respiratórios nas suas aldeias ou comunidades; encaminham os casos suspeitos à US mais próxima; orientam a coleta e encaminhamento do escarro; supervisionam a toma de medicamentos conforme orientações fornecidas pela equipa médica; fazem visitas domiciliares; anotações na ficha de acompanhamento do doente; realizam a busca ativa de faltosos e dos que abandonam a medicação para além de que realizam ações educativas junto às suas comunidades (TERRA; BERTOLOZZI, 2008; MOÇAMBIQUE – MISAU, 2010; BRASIL, 2011a; IBANÊS, et al., 2013; KETMA, et al., 2014).

Na sequência discursiva, *“mas às vezes, nós próprios fazemos visitas e buscas imediatas”*, observamos a posição sujeito que se inscreve numa FD que enfoca o poder disciplinador médico como importante no controle da doença, como diz Foucault (2014, p.183) “o poder disciplinar é confiado ao médico”, que deve vigiar aplicando a medicação. Alguma literatura que trata do tratamento da TB enfatiza que a equipa médica para além de detectar a doença por meio de exame deve medicar e acompanhar a evolução da doença e fazer visitas ao domiciliário se necessário (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011a; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010).

Um outro aspecto que pode ser destacado enquanto produção de sentidos diz respeito ao fato de que nem sempre o SS está imbuído do processo de controle da doença: “mas às vezes, nós próprios fazemos visitas e buscas imediatas”.

Recorte nº27

(...) um dos aspetos ou alguns dos aspetos positivos é a precisão com que controlar o doente e que também de certa forma favorece que este doente tenha apoio psicossocial, na medida em que todos os dias tem

contacto com alguém que entende da sua patologia, a proximidade da casa do paciente, na medida em que DOTS pode ser feito em qualquer unidade de saúde do sistema de saúde e também na comunidade.
(S1GC).

Ao analisarmos o recorte número 27 sinalizamos que a posição sujeito “gestor central” é afetado pela ideologia existente e pelas FDs, nas quais vigora a coisificação do doente - redução do doente à doença ou à visão biológica, cabendo-lhe ser disciplinado: “ *alguns dos aspectos positivos é a precisão com que controlar o dente e que também de certa forma favorece que este doente tenha apoio psicossocial*”. O significante “controlar” produz um sentido de poder e vigia; de uma relação linear e unívoca do poder inquestionável do médico, profissional de enfermagem e técnico para com o doente percebido pela equipe como alguém isento de autonomia e poder de decisão sobre aspectos que dizem respeito a vida, ou seja incapaz de decidir por si. Mas por outro lado o mesmo significante “controlar” produz sentidos de que o paciente pode ser percebido como culpado, causador e responsável da doença, daí a importância de vigiá-lo como se fosse “reu”, porque para além do risco da vida dele, constitui também, o risco para a sociedade “sã” por ser fonte de infeção. A prática de controle sobre a TB vem desde o advento do nascimento dos hospitais em que era preciso controlar o doente e identificar as fontes de propagação das doenças (FOCOULT, 2014), e ainda está presente em documentos da OMS (WHO, 2014) e da política do controle da TB de Moçambique (MOÇAMBIQUE – MISAU, 2011).

Um estudo reflexivo realizado por Gaudenzi e Ortega (2012) intitulado o *estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo de desmedicalização*, descreve que para

Illach a hipertrofia da medicalização nos tempos modernos enfatiza o efeito da redução de autonomia dos sujeitos pelas instituições médicas ao assumirem as responsabilidades de cuidar da dor transformando uma questão meramente técnica ao passo que Foucault descreve a medicalização a partir da noção de biopoder que focaliza o controle do doente. Na verdade, a medicalização estabelece diversas medidas de controle sobre o corpo individual e coletivo, exercendo cada vez mais um poder sobre a vida. Guiados por essa visão, parece-nos que os profissionais de saúde, afetados pela ideologia da medicina moderna praticam esta medicalização que universaliza os procedimentos e valoriza a prática de vigiar.

Recorte nº28

Uma das nossas facilidades foi a existência de parceiros para a implementação, porque podiam contribuir financeiramente na formação dos recursos humanos. Alguns contribuem nos distritos onde estão instalados como é o caso de FHI(..)_Então, a existência de parceiros para a implementação dessa atividade. O facto de o governo ter aceite a estratégia DOTS e aceite a declarar a TB como emergência aumentando o cometimento do governo. (S1GC).

Observamos, por parte do S1GC, o reconhecimento da ajuda fornecida por ONGs, mas também notamos, o não-dito, mas que está dito, uma denúncia e reconhecimento da incapacidade do SNS de formar os RHs. A sequência discursiva a seguir corrobora a nossa interpretação: “*uma das nossas facilidades foi a existência de parceiros para a implementação, porque podiam contribuir financeiramente na formação dos recursos humanos*”. As sequências discursivas “*então a existência de parceiros para a implementação dessa atividade.*” “*O facto de*

o governo ter aceite a estratégia DOTS e aceite a declarar a TB”, sugerem serem os fatores favoráveis na implementação DOTS.

No que tange a TP notamos que, os significantes “existência de parceiros, aceitação do governo, instiga-nos a pensar que o governo e os parceiros são os agentes da TP enquanto instituições que engessam ideias e fundos para a operacionalização da política (DOLOWIZ; MARSH, 2000; STONE, 2007).

Recorte nº29

Sim consideramos favoráveis porque olhando para os resultados de tratamento, a província está em 87% de taxa de cura, estou a me referir ao ano de 2012 e temos uma taxa de abandono de 4%.
(S2GP).

O profissional de saúde ocupando a posição do sujeito “gestor provincial” inscreve-se numa FD epidemiológica que enfatiza a quantificação percentual. Esse discurso é representado pela marca linguística-numérica “87%” e “4%”, valorando a atividade do serviço da saúde e mostrando um “bom” desempenho do setor por estar a atingir a percentagem de cura e abandono, aspectos reiterados pela OMS (WHO, 2015).

Recorte nº30

Para o doente tornou-se boa coisa, o doente evita sempre andar no hospital. E todo momento tem medicamento. Para o técnico é menos serviço e mais serviços para ativista. (S16GE).

Ao analisarmos o recorte notamos a presença do imaginário simbólico do sujeito sobre o doente, e o reconhecimento do DOTS como um benefício tanto para

o doente bem como para o profissional de saúde. A sequência discursiva “*para o doente tornou-se boa coisa, o doente evita sempre andar no hospital*”, instiga-nos a pensar que o fato de doente não ter que ir a US constantemente é importante, porque pode reduzir o sofrimento dele. Esse imaginário é acentuado pelas marcas linguísticas “*tornou-se boa coisa*”. O sujeito *assujeitado* pela ideologia é interpela pelo interdiscurso presentificando os dizeres sobre o TDO em domicílio. Segundo Muniz e Villa (2002) o tratamento em domicílio diminui o risco de abandono incluindo à resistência de drogas convencionais. Estudos feitos em Mongólia e Tanzânia revelaram que os pacientes usando DOTS baseado na comunidade apresentavam maior taxa de cura do que aqueles que tratavam na unidade sanitária, (DOBLER et al., 2015; BOOGAARD ET al., 2015).

Recorte nº31

(...) como está escrito aqui, a TB foi declarada emergência nacional em 2006, então, desde essa altura ... (a, a, a), o Governo moçambicano aderiu a maior parte das políticas que foram estabelecidas pela OMS é (é, é, é) está implementar ou seja, está, adaptar as suas políticas nacionais de saúde com base nos documentos, normas de OMS. Assim, Moçambique aderiu a STOP TB Patnership e todos os documentos e todas as normas. E guiões relacionados com TB são baseados em políticas estabelecidas pela OMS. Em termos financeiros o governo já se comprometeu em aumentar o financiamento em TB nos últimos anos, já aceitou. O fundo global pede, mmmm, bem um dos pré requisitos para a continuação do financiamento pelo fundo global é que o governo aumente o seu financiamento em TB. Então, atualmente, o governo já se

comprometeu em contribuir 5% de todo financiamento que for alocado em Moçambique, em termos de formação, e treinamento dos recursos humanos em formação inicial nos institutos de formação. (S1GC).

O compromisso político é apresentado como um dos aspectos favoráveis para o DOTS. A posição sujeito afetada pela memória institucional atualiza o momento histórico: *“bem, como está escrito aqui, a TB foi declarada emergência nacional em 2006, então, desde essa altura...”*. Na verdade, Moçambique declarou a TB como emergência e criou diretrizes para o seu controle em 2006 (MOAÇAMBIQUE- MISAU, 2007). É de registrar que o país vinha implementando um programa de controle da TB desde os anos de 1980. Prosseguindo com a nossa análise observamos deslize do sujeito na expressão *“(a, a, a),”* *“o Governo moçambicano aderiu a maior parte das políticas que foram estabelecidas pela OMS é (é, é, é)”*, expressão que parece indiciar que o governo está comprometido com a causa da TB. E isso é reforçado pelas seguintes sequências discursivas: *“em termos financeiros o governo já se comprometeu em aumentar o financiamento em TB nos últimos anos, já aceitou”*; *“Então, atualmente, o governo já se comprometeu em contribuir 5% de todo financiamento”*. Estas sequências encontram-se ancoradas no discurso da OMS sobre o compromisso político (WHO, 2006).

Em termos de TP as sequências discursivas: *“um dos pré-requisitos para a continuação do financiamento pelo fundo global é que o governo aumente o seu financiamento em TB”* ; *“assim, Moçambique aderiu a STOP TB (...)”*, sugere-nos que a TP em Moçambique é cópia, coercitiva e necessária ao mesmo tempo, (DOLOWITZ; MARSH, 2000; EVANS, 2004; DIANE, 2004; EVANS; DAVIES; 1999). Vamos denominar de transferência **cópia - coercitiva necessária** por se tratar de uma política de saúde que o país precisava mas que também tem que se submeter

as normas existentes caso queira ter recursos. É certo que a OMS ao elaborar normas e políticas não são vinculativas às nações, mas em Moçambique onde os recursos financeiros são escassos para execução de vários programas de saúde e o país depende da ajuda das organizações internacionais como a OMS, essa coercitividade torna-se quase inerente à política, sob o risco do país não receber ajuda e consequentemente o agravamento da TB.

É importante ressaltarmos que a política por ser necessária autores como Cliff, Walter; Nhavete, (2004), não identificam como coercitiva, mas adotada de forma voluntária como é sustendo pelo dizer do sujeito: *“Governo moçambicano aderiu a maior parte das políticas que foram estabelecidas pela OMS é (é, é, é) está implementar ou seja, está, adaptar as suas políticas nacionais de saúde com base nos documentos, normas de OMS”*

O recorte 32 evidencia as dificuldades existentes em relação os Recursos Humanos (RH) para a implementação do DOTS:

Recorte nº32

Apesar de ser possível ensinar alguém com nível de escolaridade ou seja uma categoria profissional não elevada para gerir a TB, mas entra a limitação quando a TB se associa ao HIV, iniciar o TARV aos pacientes e fazer seguimentos aos pacientes. A maior parte dos nossos recursos humanos no distrito em TB é um enfermeiro básico, elementar que segundo as nossas normas do Ministério da saúde (MISAU) não está autorizado a fazer o início de TARV, devendo o distrito, nessas circunstâncias indicar alguém que possa fazer apoio e que nem sempre está disponível, então os recursos humanos, neste

sentido e quando entra o HIV são mais insuficientes ao que já era.

(S1GC).

Observamos, neste recorte, a posição sujeito que se constitui com a formação discursiva que o assujeita (PÊCHEUX, 2009). Nota-se a partir da sequência discursiva: *“apesar de ser possível ensinar alguém com nível de escolaridade...”*, um reconhecimento do sujeito em relação a falta de qualificação dos profissionais para se lidar com casos de TB, e em especial quando se trata de caso de coinfeção: *“mas entra a limitação quando a TB se associa ao HIV, iniciar o TARV”* e justifica porque: *“a maior parte dos nossos recursos humanos no distrito em TB é um enfermeiro básico, elementar que segundo as nossas normas do Ministério da saúde (MISAU) não está autorizado a fazer o início de TARV”*.

Assim, baseando-nos em sequências discursivas sublinhadas do recorte 32, nas condições de produção e na FD, chegamos a compreender que as sequências produzem sentidos de falta de profissionais de saúde em quantidade e qualidade para atender os casos tanto da TB bem como de HIV/aids. Em Moçambique, os casos de coinfeção TB e HIV/ aids estão aumentando de forma exponencial o que, torna-se imperioso a formação dos profissionais nessas áreas de conhecimento. Vale-nos o estudo de Garcia *et al* (2014) intitulado *Mozambique faces challenges in the fight against tuberculosis* que revela que para países como Moçambique, o relatório de Global TB identifica a necessidade de esforços direcionados para melhorar o sistema de vigilância de TB que deve ser integrada com os esforços da vigilância do HIV. E o plano Nacional de controle da TB identifica como desafios importantes para o controle de TB em Moçambique, a detecção de casos para além do reforço entre os programas de TB e do HIV/aids e a melhoria no diagnóstico (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2010).

A escassez dos profissionais de saúde em Moçambique é muito bem descrita:

A carência de RHs em Moçambique, (...), é grave, estando muito aquém das densidades mínimas recomendadas pela OMS e comprometendo de forma séria a possibilidade do país alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (SIDAT; FRONTEIRA, DUSSALT, 2010)

A falta de profissionais de saúde torna-se ainda mais grave nos distritos que praticamente constituem as zonas rurais de Moçambique em que a maior parte dos profissionais são profissionais de enfermagem de nível básico, (SIDAT; FRONTEIRA; DUSSALT, 2010).

Em Moçambique o desenvolvimento dos recursos humanos (RH) da área da saúde está limitado designadamente pelos seguintes fatores: baixo salário de base dos trabalhadores da saúde, distribuição inadequada dos trabalhadores no território do país, escassez de médicos, limitada supervisão de qualidade e condições de trabalho insuficientes. Não obstante, regista-se algum progresso desde 2000, nomeadamente: elaboração de políticas e estratégias sobre recursos humanos na saúde, aumento consistente do número de trabalhadores da saúde e médicos, abertura de novas faculdades de medicina, realização de capacitações e introdução de um sistema de incentivos para o pessoal de saúde deslocar-se às zonas rurais (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2012).

A insuficiência dos RHs e a falta de qualificação dos mesmos comprometem a aplicação do DOTS enquanto uma política transferida que envolve o conhecimento do que é transferido (DOLOWITZ; MARSH, 2000), mas que por outro lado envolve o conhecimento dos fatores que possam interferir no tratamento.

No recorte 33, o sujeito tomando a posição de “gestor central” fala da sobrecarga das equipas médicas ligadas ao tratamento da TB; das dificuldades de despiste, e das crenças em volta da TB existentes entre a população moçambicana.

Recorte nº33

Nas unidades sanitárias, se a memória não me trai, de 80% das unidades sanitárias do país vai-se encontrar um ou dois técnicos de saúde que devem fazer tudo o que está inerente à cuidados primários de saúde: triagens, vacinações, peso, consulta de SMI, partos e etc. E acaba havendo perda de oportunidade por causa da sobrecarga da atividade. O paciente suspeito da TB com sinais e sintomas chega à unidade sanitária, vai queixar uma tosse, mas para alguém que tem que ver de 100 a 150 pacientes em 8 horas não existe qualidade no despiste ou na conversa com o paciente. Então os recursos humanos, a expansão da rede e o número dos recursos humanos que estão na unidade sanitária são o primeiro obstáculo para o rastreio e mesmo na unidade sanitária sede, a maior parte dos doentes entram através da triagem, e este triador muitas vezes tem para triagem 100 a 150 pacientes. A probabilidade de ter um despiste com qualidade reduz também nas sedes distritais, por causa deste fluxo de pacientes (....). E quero lembrar-lhe que neste centro de saúde (...), quem tem que fazer a observação, partos, ver consultas de triagem, consulta do SMI e, também no fim do dia é microscopista, é a mesma pessoa. Um outro problema que nós temos tido com rastreio da TB é o facto de haver crenças tradicionais e sociais à volta da tosse crônica. A tosse crônica tem sempre uma explicação tradicional que deve ser resolvida no

curandeiro. Tem-se feito atividades para treinos de curandeiros, mas infelizmente, os curandeiros que costumam acatar as recomendações são os curandeiros inscritos na Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO) e é, talvez, 1/5 do total dos curandeiros que nós temos aqui em Moçambique. Há outra parte dos curandeiros que não faz parte de AMETRAMO, é um tanto quanto mais difícil de educar e como esta tosse é uma fonte de rendimento para este praticante de medicina tradicional, a probabilidade de ele referir-nos este paciente reduz, por ser sua fonte de rendimento. (S1GC).

Analisando o exposto acima, sinalizamos os dizeres que enfatizam as dificuldades do controle da TB no país. A sequência discursiva, “se a memória não me trai, de 80% das unidades sanitárias do país vai-se encontrar um ou dois técnicos (...) e etc” denuncia a falta de profissionais de saúde que constitui um problema sério para o SNS (MOÇAMBIQUE – MISAU, 2013). Os significantes “um ou dois técnicos” dá-nos a pista de quantificação que reforça a ideia de escassez dos RHs.

As sequências discursivas acima têm uma relação (*intradiscurso*) no que o sujeito enuncia na sequência seguinte: “mas para alguém que tem que ver de 100 a 150 pacientes em 8 horas não existe qualidade no despiste ou na conversa com o paciente”. Nesta sequência a posição sujeita usa um discurso ancorado num poder matemático proporcional em relação as horas em que um funcionário pode prestar serviço durante o dia (8 horas), instigando-nos a pensar que os profissionais são incapazes de lidarem com número muito alto de pacientes nas consultas (100 a 150). Associado ao número de pessoas que buscam os serviços, existe também a questão da diversidade de queixas e agravos, que estão relacionadas a essas

peessoas, das quais os profissionais, já escassos, ainda têm de dar conta. Nesse contexto, de forma indireta, a sequência denuncia a falta de qualidade dos serviços prestados.

O sujeito fazendo-se valer de outras vozes, traz o seu interlocutor (sujeito pesquisador) à conversa: *“E quero lembrar-lhe”*, significando atualizar a informação que o sujeito pesquisador possui sobre o assunto, e prossegue no seu discurso *“que neste centro de saúde (...), quem tem que fazer a observação, partos, ver consultas de triagem, consulta do SMI e, também no fim do dia é microscopista”*. Esta sequência discursiva produz o sentido de sobrecarga dos funcionamentos derivado da falta de profissionais. Mas também a sequência, denuncia, de forma indireta a prestação de serviços precários, uma vez o mesmo funcionário passa a fazer quase tudo. Se o microscopista está sobrecarregado ao longo do dia a probabilidade de ter resultados fiáveis dos exames da TB é diminuída.

Observamos também a menção do problema de rastreio: *“um outro problema que nós temos tido com rastreio da TB é o facto de haver crenças tradicionais e sociais à volta da tosse crônica. A tosse crônica tem sempre uma explicação tradicional que deve ser resolvida no curandeiro”*, o sujeito vale-se do interdiscurso sobre as crenças existentes em Moçambique relativamente a doença TB que em algumas comunidades é entendida como maldição dos espíritos ou antepassado, ou ainda uma intervenção maldosa dos vizinhos, requerendo para a sua cura a intervenção de especialista em assuntos espirituais. Vale-nos trazer os autores Gllio e Freitas (2008), que anotaram haver, em Moçambique, crenças sobre os denominados “médicos tradicionais” – curandeiros para além disso a concepção da saúde difere-se, em parte, com a concepção biomédica – ocidental. A doença é necessariamente o resultado de um desequilíbrio físico, mas também de

desfasamento relacional entre o ser humano, o meio social, o meio ambiente e sobretudo os antepassados.

A sequência discursiva “*tem-se feito atividades para treinos de curandeiros*” dá o indício de algo a ser feito, mas ao mesmo tempo o sujeito não anuncia essas atividades. Por outro lado, a sequência enquadra-se no que é politicamente correto. Dizeres como “*tem-se feito atividade ou algo está sendo feito para solucionar a situação/problema*” tem sido utilizado pelos governantes, sugerindo ser um discurso tranquilizador, mas que não invoca a concretização dessas atividades.

Continuando com as análises, observamos ainda que, o sujeito desliza: “*mas infelizmente os curandeiros que costumam acatar as recomendações são os curandeiros inscritos na Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO) e é, talvez, 1/5 do total dos curandeiros que nós temos aqui em Moçambique*”, indiciando que não é obrigatório acatar as normas ou se é, ainda o processo não está claro e nem é operacional, o que talvez possa explicar a existência de poucos curandeiros que estão inscritos na associação. Por outro lado, a sequência denuncia a falta de controle e ou coordenação entre o governo e os curandeiros; para além da falta dos registros dos mesmos o que leva as autoridades sanitárias a não saber ao certo o número de curandeiros existentes e, também a não saber a quantidade de médicos tradicionais que atendem os casos de TB.

Sinalizamos também a naturalização dos sentidos: “*é um tanto quanto mais difícil de educar e como esta tosse é uma fonte de rendimento para este praticante de medicina tradicional a probabilidade de ele referir-nos este paciente reduz, por ser sua fonte de rendimento*”, indiciando a incapacidade das autoridades sanitárias

em educar os curandeiros em assunto de TB (sintomas e o processo de cura) e também na necessidade de referir o doente à US.

A sequência discursiva em análise também sugere que as práticas do curandeirismo estão ligadas a sobrevivência da sua família e de quem a pratica. Para além disso, pode estar a denunciar a falta de serviço sanitário capaz de ganhar a aceitação da população e de cobrir as necessidades da mesma. Ainda, por outro lado deixa a pista de falta de informação sobre a TB nas comunidades, o que pode estar a concorrer para a falta de mudança do comportamento dos curandeiros em referirem os doentes às USs e da população em abandonarem as consultas oferecidas pelos curandeiros. Esta situação sugere que O SNS deve repensar nas políticas de educação para a saúde e de vigilâncias sanitárias adotadas, porque uma vigilância em saúde bem coordenada levaria a permanente observação da situação da população, controlando-se os determinantes de saúde e reduzindo os riscos e danos à saúde das populações, (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Recorte nº34

- Como clínico é muita coisa... Nós que estamos na parte clínica em algum momento estamos um pouco distanciados do programa. Mas eu tenho a sorte de ser o responsável da unidade sanitária e diretor clínico ainda vou para lá para ver o que realmente está a acontecer... Mas a experiência que tenho dos outros clínicos eles diagnosticam o doente, mmm ..., pediu a baciloscopia na triagem, o paciente é aquilo que é, e o clínico encaminha ao sector do PNCT e a partir daquele momento que ele entrega ao sector acaba em algum momento não

visitando o doente, como o clínico ele deveria seguir o seu doente.
 (...). (S10M).

Temos a destacar, face ao exposto, a tomada da posição do clínico do profissional da saúde ao denunciar o afastamento entre o sector do PNCT e os clínicos: *“nós que estamos na parte clínica em algum momento estamos um pouco distanciados do programa”*, mas em seguida a essa denúncia, o sujeito desliza para tomar a posição de diretor, responsável da US ao enunciar que *“mas eu tenho a sorte de ser o responsável da unidade sanitária e diretor clínico ainda vou para lá para ver o que realmente está a acontecer (...)”*. As duas sequências, produzem sentido de falta de coordenação entre o setor do PNCT e o da triagem.

O sujeito tomando a posição de diretor mostra-se ter o privilégio de interagir com o sector do PNCT, mas não assume como a sua tarefa de coordenação das atividades como um todo, ou seja, não parece estar facilitando esse contato entre os clínicos e o programa do PNCT. As marcas linguísticas *“paciente é aquilo que é,”* denotam um recalçamento de outras marcas linguísticas que viriam no lugar dela: resultado positivo ou negativo da TB. A sequência discursiva *“a partir daquele momento que ele entrega ao sector acaba em algum momento não visitando o doente”* se analisada juntamente com a sequência acima *“paciente é aquilo que é”* produzem sentidos da coisificação do doente e da pouca responsabilidade dos SS para com esses em termos de seguimento. Nesse contexto, as duas sequências instigam-nos a pensar que a vigilância em saúde está apagada no discurso, se fazendo presente o controle, a coisificação e a medicalização dos processos de vida, de saúde e de adoecimento.

Recorte nº35

A dificuldade é de pesquisa, primeiro de diagnóstico, segundo de seguimento, sobretudo na zona sul do distrito, nós temos lá três unidades sanitárias com laboratório perto. Os doentes que nós tratamos lá, até vêm de outros distritos. (S11G).

Em todo recorte circulam vários sentidos, mas entre eles destacamos a dificuldade de diagnóstico que pode estar ligada ao maior número de pessoas que tem sido atendido num local devido à falta de laboratórios em outras USs dos distritos vizinhos. Mas também os significantes, “a dificuldade é de pesquisa” produzem outros efeitos de sentidos que também funcionam. Podem produzir o sentido de falta de profissionais e meios adequados para a detecção da TB, mas também podem significar a falta de estudos que tragam evidências que recomendem práticas sanitárias que concorram para a redução ou erradicação da TB. Um estudo feito em Moçambique revelou que as necessidades de investigação operacional não podem ser ignoradas, uma vez que irão proporcionar melhores estimativas da incidência das doenças e identificar falhas de programas e áreas prioritárias para ação, (GARCIA-BASTEIRO et al., 2014).

A sequência discursiva “os doentes que nós tratamos lá, até vêm de outros distritos” produzem sentido de haver um privilégio no distrito, uma vez que tem mais laboratórios se comparados com outros distritos da província de Nampula e do país. Sinalizamos também na mesma sequência em análise, o não-dito: a denúncia da falta de infraestrutura dos demais distritos sanitários, o que ocasiona o deslocamento das pessoas desses locais a procura de atendimento.

Os recortes 36, 37, 38, 39 e 40 encontram-se inscritos no mesmo campo discursivo e as marcas linguísticas, “falta de transporte” falta de combustível” são mais evidenciadas.

Recorte nº36

As dificuldades maiores são muitas... principalmente a de transporte para os ativistas. As bicicletas que eles recebem já estão estragadas e nunca receberam os sobressalentes. A dificuldade para mim é a falta de combustível. (S11G).

Recorte nº37

As dificuldades estão na parte de combustível: há dificuldades de termos combustível e caminhar aos locais necessários (S13G)

Recorte nº38

Não há dificuldades. Eu tenho ido à comunidade. Os constrangimentos: primeiro é o combustível e esses voluntários se sacrificam, porque eles se sacrificam, eles arranjam meios deles viajam de comboio, mas não recebem nada. (S17 GPE).

Recorte nº39

- As dificuldades estão na parte de combustível: há dificuldades de termos combustível e caminhar aos locais necessários. (S15 GPE).

Recorte nº40

Primeiro é o combustível, porque eu penso fazer plano para a unidade sanitária que dista a 80Km. Então combustível tem sido barreira, o

outro problema é a falta de incentivos e a falta de local para as atividades. (S9G).

Ao analisarmos os recortes observamos a presença de dizeres lamuriosos dos profissionais de saúde. Uns tomando a posição de sujeitos “gestor”, outros sujeito “gestor profissional de enfermagem” inscrevem-se numa FD que entende a falta de transporte como uma das fragilidades no controle da TB. Eis uma das sequências que caracteriza essa falta: *“as dificuldades maiores são muitas... principalmente a de transporte para os ativistas”*. Esta sequência discursiva, considerando as condições sócio-históricas, econômicas e ideológicas de Moçambique e dos distritos de Nampula em particular, instiga-nos a pensar que a falta de meio de transporte não se resume simplesmente a carros, ônibus, mas a outros meios conhecidos pela população como são os casos de bicicletas e motos que constituem principais meios de locomoção da população quanto se trata de distância longas.

Ainda voltando para sequência discursiva em análise, prestando atenção aos significantes *“as dificuldades são muitas”* concretamente ao advérbio de quantidade *“muitas”* podemos verificar que ele (advérbio) silencia outras palavras/sequências discursivas relativas as dificuldades. Vale-nos aqui mobilizarmos Foucault (1970: p. 9) na sua obra sobre *A ordem do discurso* quando argumenta que *“sabe-se bem que não se tem direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa”*, então o sujeito não podia estar a falar de tudo e *“aproveitando”* do furo da linguagem enunciou o advérbio (muitas) que produz o sentido não necessariamente da quantidade, mas da importância, ou seja, dentre outras dificuldades o transporte é que mais se faz sentir. Mas, também pode estar a produzir o sentido de

recalcamento ou seja que as dificuldades “passaram” para o âmbito de hábitos e costumes, que pelo fato de nunca terem sido resolvidas deixaram de constituir novidade, portanto não faziam parte de preocupações nem emergentes muito menos urgentes a ponto do sujeito não achar necessário a sua menção.

Todos os dizeres dos sujeitos nos recortes 36-40 de forma indireta denunciam a inexistência de transporte públicos, que facilitaria a circulação de pessoas, sugerindo-nos que o compromisso político nesta específica área falha. Assim, a atitude política governativa de não providenciar o transporte público concorre para a falta de adesão ao tratamento, abandono e inadequação do tratamento.

Ainda o sujeito S13G, tomando a posição de funcionário da saúde ao nível distrital anuncia a sequência: “a dificuldade para mim é a falta de combustível”, que é representada nos outros recortes (S13G; S17GPE; S15GPE; S9GPE S17G) em que os sujeitos se queixam da falta de combustível dificultando ainda a locomoção tanto dos doentes para a US bem como dos funcionários para a comunidades

A falta de transporte no sector da saúde em Moçambique é bem descrita no Plano estratégico do sector da saúde 2007-2012:

A rede de comunicações e de transportes e a rede de estradas deficiente tem importância na operacionalidade do sistema de prestação de cuidados de saúde por níveis. Devido a dificuldade de comunicações (estradas) longas distâncias entre as unidades periféricas e referência aliados à ausência de transportes regulares entre os distritos e localidades, o acesso físico a unidades de referência tem sido severamente limitado, (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2007, p.8).

Esta falta de comunicação de transporte também tem sido responsável da dificuldade de rastreio da TB, uma vez que tanto para os ACS bem como os profissionais de saúde não conseguem se movimentar para as regiões recônditas dos distritos, onde a assistência ainda é muito deficitária.

Recorte nº41

Se eu tenho poucos recursos humano para uma gama de doentes ali começa a haver já uma espécie de fracasso, então há que garantir os recursos humanos. Então se eu garanto os recursos humanos, então, a eficácia também pode-me render bastante. Então uma das fraquezas neste momento é esta de demanda, se calhar, de doentes que existe, contra o fator recursos humanos. (S10M).

O sujeito tomando a posição do responsável do distrito denuncia as dificuldades: “*se eu tenho poucos recursos humanos para uma gama de doentes ali começa a haver já uma espécie de fracasso*”. Estes significantes, produzem o sentido da desproporção entre profissional de saúde e o atendimento ao paciente. Tal como podemos confirmar com a seguinte sequência discursiva: “*uma das fraquezas neste momento é esta de demanda, se calhar, de doentes que existe, contra o fator recursos humanos*”. Esta situação (profissional/paciente) leva a má qualidade de prestação de serviços como é corroborado pelo trecho seguinte:

A qualidade da prestação dos serviços ainda está aquém do esperado devido a questões relacionadas com todos os outros pilares – financiamento insuficiente, recursos humanos inadequados, lacunas em governação (planificação, gestão), falta de produtos essenciais e limitados geração e uso de informação – assim como factores como a necessidade de melhorar a implementação de normas e protocolos

nas unidades sanitárias e programas de melhoria de qualidade (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2012,p.17).

Este trecho sugere-nos que o fenômeno da falta de RH não está isolado, estando entrelaçado com outros como finanças, governação, planificação, recursos materiais e informação.

Os recortes 42 e 43 fazem parte da mesma formação discursiva e o mesmo “espaço discursivo”: ou seja “um subconjunto do campo discursivo ligando pelo menos duas formações discursivas que se supõem, mantêm relações privilegiadas, cruciais para a compreensão dos discursos considerados” (MAINGUENEAU, 1997, p. 117). As marcas linguísticas que nos sugerem que as falas fazem parte do mesmo espaço discursivo são: Insuficiência de insumos (S2GP) e baixo rastreio (S2GP; S6M).

Recorte nº42

As barreiras surgem em algum momento quando há insuficiência de insumos, ultimamente não temos, mas temos sofrido roturas: estoque de lâmina, álcool e em alguns momentos temos tido rutura de medicamentos. A falta de insumos tem contribuído também para o baixo despiste porque não é possível fazer despiste de TB sem essas questões, se digo insumo, às vezes, lâminas, escarradores também e é uma parte de insumos que em algum momento temos tido problemas. Um dos problemas reportados e que nós também sentimos é ainda o baixo rastreamento em maior parte dos distritos, o baixo despiste de casos de BK+ e a situação de, não sei... diria subnotificação da TB pediátrica, ainda está tendo problemas em

muitos distritos, baixa notificação de TB em crianças, sabemos que diagnóstico em crianças é difícil, mas ainda é uma situação que estamos a fazer a réplica de formação em pessoal técnico para ver se melhora o despiste em crianças. (S2GP)

Recorte nº43

Nesta época estamos a lutar para a TB infantil os meios de investigação não são suficientes. A TB infantil é a nossa preocupação. (S6M).

Ainda no rol das dificuldades, é notório a denúncia feita pela posição sujeito “gestor provincial”: “*há insuficiência de insumos, ultimamente não temos, mas temos sofrido roturas: estoque de lâmina, álcool e em alguns momentos temos tido rutura de medicamentos*”. Esta sequência discursiva sugere a existência de dificuldades de diagnóstico; de controle da TB; a incapacidade das autoridades sanitárias na resolução dos problemas voltados a TB. Estas inquietações são bem descritas no trecho abaixo:

As unidades sanitárias Caracterizam-se pela escassez crónica de insumos para a prestação de cuidados de saúde, repercutindo-se negativamente na sua qualidade, sobretudo nas áreas rurais. (...) A adicionar a estes problemas, a fragilidade dos níveis de atenção mais periféricos (centros de saúde e Hospitais Rurais/Gerais) tem sido atribuída a: i) Desequilíbrio das equipas de saúde destacando-se a baixa qualificação dos profissionais colocados nas regiões mais remotas; ii) Erosão contínua e crónica da moral, motivação e ética profissional dos trabalhadores resultantes das difíceis condições de trabalho, de vida e baixas remunerações; iii) Infra-estruturas em condições de conservação e higiene deficientes; iv) Ausência de equipamentos básicos ou em mau funcionamento; v) Supervisão deficiente pelos níveis superiores; vi) Percepção de baixa qualidade dos cuidados pelos utentes. (MOÇAMBIQUE – MISAU, 2007, p. 18)

Essas dificuldades que se tornaram cíclicas interferem negativamente na luta contra a TB, de um modo geral, no país.

As sequências discursivas: *“baixa notificação de TB em crianças, sabemos que diagnóstico em crianças é difícil”* (S2GP) e *“a TB infantil os meios de investigação não são suficientes”* (S6M) estão inscritas no mesmo espaço discursivo. Os sujeitos tomando posições diferentes (coordenador provincial – S2GP e médico – S6M) recorrendo a memória histórica, perpassados pelas mesmas condições de produções e interdiscurso produzem os sentidos da denúncia das dificuldades do diagnóstico em crianças. O MISAU havia anotado essas dificuldades:

O diagnóstico de TB em crianças é complexo, os sinais clínicos e radiológicos, não são tão específicos. O diagnóstico baseia-se numa avaliação cuidadosa da anamnese (incluindo história epidemiológica) exame físico e investigações relevantes como o TST, RX do tórax e baciloscopia. Embora a confirmação bacteriológica de TB nem sempre seja exequível, esta deverá ser realizada sempre que possível, (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2013, p. 9).

Assim, tanto a sequência discursiva quanto a asserção citada parece-nos deixar claro a existência de dificuldades do diagnóstico da TB em crianças que é acrescida com a falta de laboratórios e do pessoal qualificado. Na verdade, há dificuldades em examinar as crianças requerendo ainda maior atenção por parte dos profissionais (WHO, 2015). Gostaríamos de ressaltar, à luz da pesquisa da Daniel et al., (2015) que essas dificuldades de diagnóstico em crianças também se prendem com o aumento da prevalência do HIV em crianças.

Recorte nº44

O principal constrangimento é o próprio fluxo dos doentes, visto que tem alguns doentes com TB, mas também tem HIV+, isto faz com que

fiquem meio divididos entre ir ao sector da TB e depois passar para o sector de HIV. É verdade que mesmo aqui estamos a implementar a chamada paragem única para a TB, só que os moldes atuais do funcionamento de unidade sanitária não é possível para implementar esta paragem única para a TB, porque quem é responsável do PNCT é um enfermeiro elementar que não tem formação suficiente para dar o tratamento antirretroviral e tratamento da TB numa única consulta. Esta é a única dificuldade que estamos a encontrar. (S4M).

Analisando o exposto, observamos que a posição “sujeito-médico” denuncia as dificuldades que os profissionais de saúde têm ao lidarem com a TB quando ela está associada ao HIV/aids, porque o tratamento combinado requer equipe médica qualificada e experiente. A sequência discursiva seguinte parece aclarar a nossa asserção - “*é verdade que mesmo aqui estamos a implementar a chamada paragem única para a TB, só que os moldes atuais do funcionamento da US não é possível para implementar esta paragem única para a TB, porque quem é responsável do PNCT é um enfermeiro elementar que não tem formação suficiente para dar o tratamento antirretroviral e tratamento da TB*”.

Recorte nº45

Temos alguma dificuldade em tratar doentes com TB mais HIV e principalmente aqueles que acabam tendo BK-. Esta unidade sanitária não tem disponível um Raio X, então muitas das vezes acabamos iniciando o tratamento para o doente de HIV por critérios clínicos. (S4M).

A sequência discursiva *“temos alguma dificuldade em tratar doentes com TB mais HIV e principalmente aqueles que acabam tendo BK-* denuncia a dificuldade de diagnosticar o paciente nessas condições. Mas também denuncia a falta de outros meios de teste como é o caso de RX que não se encontra naquele distrito, tornando difícil o diagnóstico: *“não tem disponível um Raio X, então muitas das vezes acabamos iniciando o tratamento para o doente de HIV por critérios clínicos”*. Como refere Lima (2015) a radiografia de tórax é uma das medidas essenciais que deve ser associada ao controle da TB. As marcas linguísticas *“por critérios clínicos”* produzem sentidos de que o doente é submetido ao tratamento a partir da anamnese clínica sem suporte de outros meios diagnósticos. Por outro lado, produz sentidos do esforço dos profissionais de procurar fórmulas para reduzir o problema da TB. Um estudo intitulado *estratégias para o controle da tuberculose no sistema prisional: revisão integrativa da literatura* mostrou haver evidência de que “o desenvolvimento de estratégias e ações para o controle da TB em países em desenvolvimento ainda está aquém em relação aos países desenvolvidos” (LIMA, 2015, p.140), o que impele a esses países maior dedicação e procura de fórmula para a redução do problema.

Recorte nº46

No início o programa arrancou com muita força e nós tínhamos muitas amostras a nível da unidade sanitária. Nos dias de hoje as amostras reduziram, pode não ter sido a questão dos parceiros que contribuiu na redução, mas a verdade é que as amostras reduziram. Também os colaboradores na comunidade reduziram e isso implica a redução também do próprio rastreio. Sim.. das reuniões que nós fizemos, prontos, não é ideal, mas acabamos caindo nessa fraqueza quando os

projetos entram, entram com alguns incentivos: camisetas, lanches e outros. O que está acontecer hoje é que esses lanches escassearam, eeeeeeee hi, mas agora é trabalho voluntário na realidade, então alguns acabam se afastando um pouco. No início, por exemplo recebiam bicicletas e isso ajudava-lhes a ir para as comunidades longínquas, mas muitas dessas bicicletas estão avariadas e alguns andam a pé e esse será um dos fatos que terá contribuído para a redução de despiste. (S6M).

Nestas sequências discursivas: “no início o programa arrancou com muita força e nós tínhamos muitas amostras a nível da unidade sanitária”; “nos dias de hoje as amostras reduziram, pode não ter sido a questão dos parceiros que contribuiu na redução, mas a verdade é que as amostras reduziram”, o sujeito afetado pela ideologia distingue dois momentos históricos: o primeiro momento da implementação do PNCT, onde haviam parceiros (ONGs) que trabalhavam diretamente com as USs e ajudavam no financiamento e na formação dos ACS. O segundo momento é caracterizado pela diminuição das ONGs nas atividades do controle da TB que dificulta a manutenção dos ACS no programa de controle da TB. Os sentidos produzidos a partir das sequências acima, parece-nos que migram para estas sequências: (“*fraqueza quando os projetos entram, entram com alguns incentivos: camisetas, lanches e outros. O que está acontecer hoje é que esses lanches escassearam, ...*”), porque a marca linguística “projeto” que funciona como metáfora, produzindo o significado de ONGs, que na história moçambicana foram compreendidos como projetos, uma vez que aparecem com um determinado objetivo e tempo limitado, mas com alguns incentivos.

Ainda o sujeito embasado no seu discurso, produz esta sequência: *“bicicletas e isso ajudava-lhes a ir para as comunidades longínquas, mas muitas dessas bicicletas estão avariadas e alguns andam a pé e esse será um dos fatos que terá contribuído para a redução de despiste”*. As sequências em destaque produzem sentidos indiretos: o imaginário de causa efeito, ou seja, redução de incentivo baixa rastreio. Por outro lado, dão indícios de uma denúncia de falta de estratégias de como manter os ACS e um comodismo dos responsáveis de saúde que não procuraram formas de mitigar o efeito do fim das atividades das ONGs. Conquanto se perceba que o sentimento de frustração com o programa entre os ACS permitiu o abandono dos mesmos (MOÇAMBIQUE – MISAU, 2010).

Outrossim, o declínio dos insumos e subsídios afetam de forma direta a TP uma vez que um dos principais grupos de interesse, ACS, se encontra com deficiência de adesão à política.

Os recortes 47, 48 e 49 embora tenham sido produzidos em condições de produção restritas distintas, encontram-se inscritas nas mesmas condições macros e, pelo que nos parece, elas se inscrevem nas mesmas formações discursivas que entendem como obstáculo para DOTS, a falta de transporte, distâncias longas entre doente e a US e a falta de ACS.

Recorte n°47

Em relação aos clínicos não tenho razão de queixa só que o principal problema é de transporte como chegarmos às unidades quando as nossas vias de acesso são estragadas? Assim para fazermos a supervisão é difícil. Temos transporte só que não temos como

abastecer, porque o nosso distrito passou consequências sobre os fundos, mas agora está resolvido. (S3G).

Recorte nº48

Existem dificuldades, uma delas são as distâncias que existem, porque os pacientes levam os medicamentos e vão fazer a toma em casa e alguns pacientes vivem muito distantes. Os pacientes têm os problemas de transporte, com DOTS reduz a ida à unidade sanitária. Para o clínico reduz-se o risco de contágio e o volume de trabalho. (S18TM).

Recorte nº49

(...), este tratamento sob direta observação tem verificado muitos constrangimentos. Nós sabemos que na realidade moçambicana a maior parte dos habitantes moram, fala-se de aproximadamente 40 a 45% de habitantes que moram mais de 8Km da unidade sanitária mais próxima, dificultando que seja possível percorrer esta distância e fazer essa toma de observação direta com assiduidade. (...). Então dentro do DOTS comunitário o principal constrangimento tem sido a dificuldade de encontrar voluntários em todas as áreas que estejam há mais de 8Km da unidade sanitária, sobretudo na área recôndita... seria o nível de escolaridade dos voluntários disponíveis lá.(...) e a outra dificuldade é a que nós estamos a ter nos dias de hoje, de ter mão-de-obra realmente voluntária. (...) Uma boa parte abandona este regime porque precisa de incentivos, precisa de alguma coisa para suportar a

família, e acabamos gastando muito dinheiro para formar voluntário que gradualmente vão saindo do sistema. (S1GC).

Os profissionais de saúde, um tomando a posição de sujeito “gestor” o outro de sujeito “técnico” e ainda o outro de sujeito “gestor central” denunciam as dificuldades do DOTS. A sequência discursiva: “*o principal problema é de transporte como chegarmos às unidades quando as nossas vias de acesso são estragadas?*” (S3G), apela a uma introspeção, ou seja, o ponto de interrogação (?) apela-nos a uma reflexão introspectiva singular e coletiva sobre o fenômeno transporte e produz sentidos de que os problemas de transporte não estão somente referentes a falta de meios como carro, bicicletas ou outros, como descrevemos anteriormente, mas também das péssimas condições das estradas que agravam a dificuldade de acessibilidade às USs. O sujeito ainda prossegue com o seu discurso “*temos transporte só que não temos como abastecer*”. Esta sequência discursiva dá-nos indícios de que a existência de transporte por si só, sem combustível e sem vias de acesso não constitui a solução. Encontramos aqui um apelo indireto para a resolução do problema das estradas e do abastecimento de combustível para as viaturas

As sequências discursivas em destaque: “*uma delas são as distâncias*”, “*e alguns pacientes vivem muito distantes*” (S18TM) produzem sentidos indiretos da falta de transporte o que mantém as distâncias longas; difícil acesso dos pacientes às USs; diagnóstico tardio; dificuldade de controle de TB. Segundo Souza et al., (2015, p.112) “dificuldades no acesso aos serviços de saúde contribuem para o retardo do diagnóstico e tratamento da tuberculose”. Em Moçambique, entende-se estando longe da US, o paciente cuja habitação esteja há mais de 8km da distância da US, (MOÇAMBIQUE, 2012).

A denúncia da realidade geo-demográfica encontra-se representada na seguinte sequência discursiva: *“nós sabemos que na realidade moçambicana”* (S1GC). O significante *“nós”* produz o sentido de que todos moçambicanos sabem que uma boa parte deles vive longe da US. As marcas linguísticas *“moram há mais de 8km”* denunciam as dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde.

Nas sequências discursivas seguintes: *“então dentro do DOTS comunitário o principal constrangimento tem sido a dificuldade de encontrar voluntários em todas as áreas que estejam a mais de 8Km da unidade sanitária, sobretudo na área recôndita seria o nível de escolaridade dos voluntários disponíveis lá”*, podemos notar que, o sujeito assujeitado pela sua ideologia e perpassado por experiência sócio histórica, a sequência produz o sentido de que pessoas vivendo há mais de 8km da US também apresentam carência educacional, portanto, a maioria são analfabetas o que dificulta a passagem de mensagens das informações técnico-científicas para essas pessoas se tornarem ACS.

Na sequência discursiva, *“para o clínico reduz-se o risco de contágio e o volume de trabalho”*, podemos observar um discurso médico do campo da infectologia que entende a TB como doença infecciosa, transmitida do doente ao indivíduo considerado sadio (BRASIL, 2011a; MOÇAMBIQUE, 2007). Nesse sentido, o grupo dos trabalhadores da saúde constitui o grupo de vulnerabilidade, o que na visão do sujeito “gestor” esse risco de adoecimento reduz-se pelo fato do doente receber tratamento no seu domicílio.

A TP como envolve a transferência de ideias, objetivos, valores que geralmente estão escritos em documentos (OGDEN, 2003; STONE, 2004; EVANS;

DAVIES, 1999) a sua implementação em locais, onde não foram concebidas requer que os RHs implementadores tenham um domínio da língua na qual a política se veicula e de certo nível educacional que permita a assimilação dos conhecimentos a serem transmitidos.

As sequências discursivas: *“a dificuldade é a que nós estamos a ter nos dias de hoje, de ter mão-de-obra realmente voluntária. (...) Uma boa parte abandona este regime porque precisa de incentivos, precisa de alguma coisa para suportar a família, e acabamos gastando muito dinheiro para formar voluntário”*, indiciam a falta incentivos e a dificuldade dos ACS se manterem no programa. Em Moçambique, os ACS não fazem parte do quadro dos funcionários do Estado e por isso não são remunerados pelas atividades que fazem e não recebem nenhuma gratificação por parte do Estado, o que dificulta a sua permanência no programa

Para Gonzales et al. (2008) a execução de DOTS que é uma das atividades dos ACS, exige um domínio dos profissionais de saúde (incluindo os ACS) uma capacidade de gerência que possibilite criar mecanismos de condução do processo de reorganização e planejamento das ações e serviços de acordo com as especificidades de cada contexto social e cultural. Assim, para uma realidade como a de Moçambique, de carência, os incentivos dos ACS seriam de grande importância no controle da TB. Cabe-nos referir que os ACS desempenham um papel importantíssimo para adesão ao tratamento uma vez que eles atuam como facilitadores porque conhecem as condições socioculturais e o quotidiano dos pacientes (TERRA; BERTOLOZZI, 2008). Por outro lado os ACS entendem melhor as barreiras inerentes ao tratamento, para além de que conhecem melhor o tipo de linguagem a usar (DOBLER et al., 2015).

A falta de infraestrutura tem sido apontada como uma das variáveis que interfere no controle da TB. Eis o recorte que traz sequências que indiciam essa falta.

Recorte nº50

(...) . A principal dificuldade é o próprio sistema de TB começando pela infraestrutura. Em muitas das unidades sanitárias, as infraestruturas não foram devidamente desenhadas para que possa haver um controlo efetivo de infeção: compartimentos pequenos, janelas de dimensões reduzidas e poucas arejadas. (S1GC)

No recorte em pauta, a posição sujeito inscreve-se em formações discursivas que apontam a questão das infraestruturas inadequadas, físicas, como um obstáculo para o tratamento da TB: “(...) o próprio sistema de TB começando pela infraestrutura (...), compartimentos pequenos, janelas de dimensão reduzidas e poucas arejadas”. Sinalizamos, nesses dizeres, a denúncia do uso de infraestruturas impróprias para o tratamento da TB e de forma indireta, os mesmos dizeres denunciam o risco de contágio que os profissionais de saúde e outros usuários correm. Mas também a sequência produz sentidos da dificuldade do governo em cumprir as diretrizes do PNCT e das recomendações da OMS relativas aos locais do tratamento da TB que devem ser ventilados. Essas denúncias são caracterizadas pelos adjetivos “pequeno” “reduzida” e advérbio de quantidade “poucas”. Um estudo feito no Centro de Moçambique intitulado: *implementation of tuberculosis infection prevention and control in Mozambican health care facilities*, revelou que as diretrizes para o diagnóstico e tratamento da TB não estavam presentes em todas as

instalações e poucas USs apresentavam ventilação adequada (BROUWER, *et al.* 2015).

Outra “importante” denúncia: baixa remuneração dos funcionários de saúde e o pouco interesse do governo em formar técnicos de saúde para suprir o déficit dos RH que se verifica no setor da saúde, é-nos apresentada pelo S7G.

Recorte nº51

O MISAU podia estudar bem (...), formar técnicos ligados a esta área.
O nosso governo não faz essas coisas, mesmo o salário é magro,
talvez os médicos recebam bem, mas sinceramente para nós, até o
que eu recebo não chega nada uso o meu dinheiro para fazer a
ligação telefónica aos meus colegas da área da TB e ligo também para
o meu chefe da área da TB para falarmos do programa, mas tudo isso
com o meu dinheiro eu nunca exigi. Mas muitas vezes eu falo nas
 reuniões: apesar que vocês nos olham que não fazemos nada na
 comunidade podia ser reconhecida, nós fazemos muitas coisas e
 podíamos ser reconhecidos. (S7G)

Para analisar este recorte destacamos a sequência discursiva: “o MISAU podia estudar bem (...), formar técnicos ligados a esta área”. Parece-nos que essa posição sujeito toma como imprescindível a formação dos técnicos da saúde para o controle da TB. Mas por outro lado parece-nos que a posição sujeito é afetada pela ideologia ético-moral (do que deve ser, do que é mal ou bem). Na mesma sequência, parece-nos que a posição sujeito afetada pelo interdiscurso revitaliza o discurso da falta de RH e da falta de políticas e planejamento por parte de governo para a formação de técnicos ou profissionais de saúde.

As marcas linguísticas “o nosso governo não faz essas coisas” instiga-nos a perceber que a posição sujeito não se identifica com a inercia do governo na resolução dos problemas da saúde.

Prosseguindo com a nossa análise, ater-nos-emos na sequência: “*mesmo o salário é magro ... mas sinceramente para nós até o que eu recebo não chega nada. (...), mas tudo isso (...) eu (...) nunca exige*”. Mais uma vez, observamos uma posição sujeito que não só se contra identifica com a forma como é tratado, mas também toma a voz que apela pelas melhores condições salariais. Para além disso a sequência instiga-nos também a cogitar que a posição sujeito se sente castrada socialmente ao não receber o salário condigno, gerando-lhe a sensação de desprazer, (FREUD, 2011).

O significante “*sinceramente*”, atualiza esse repúdio do “*magro*” salário e ao mesmo tempo significa uma injúria e desconsideração pela atividade. Parece-nos que o sujeito se sacrifica para manter o programa do PNCT em funcionamento ao usar o seu próprio dinheiro na compra de recarga de seu telefone para se comunicar com outros colegas, o que nos leva a perceber que não existe telefone fixo ou móvel pertencentes a US que poderia facilitar as comunicações entre os funcionários da saúde, o que faz com que as ligações sejam feitas a partir de telemóveis próprios.

Recorte nº52

A TB é um desafio..., porque... nós estamos aqui, mas há áreas que nós não chegamos e Monapo é vasto, é desafio tanto para o responsável do PNCT. É grande desafio para os BK, porque quando o paciente tosse, aí aleluia! Mas o contrário é difícil. O

desafio também é encontrar novos casos de TB. Precisamos de termos habilidades de despiste que é muito baixa (S8TM).

Neste recorte, sinalizamos a presença de processos parafrásticos, aqueles pelos quais em todo o dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória, (ORLANDI, 2013). De forma geral, observamos a partir do recorte que o sistema de saúde tem enormes dificuldades no controle da TB, o que constitui: “*grande desafio*”.

Nas marcas linguísticas “*é um desafio*” parece-nos estar presente a polissemia, ou seja, o que temos nela é o deslocamento, ruptura de processos de significação, jogando um equívoco (ORLANDI, 2013) e produz sentidos de um desafio multidimensional: dificuldade em combater, exigência de esforços por parte dos profissionais; necessidade de maior aderência incondicional dos pacientes, mobilização de profissionais de saúde, formação contínua dos mesmos; maior habilidade de rastreio; monitoria e avaliação dos serviços; necessidade de aumento de laboratórios, maior aproximação entre a unidade sanitária e as povoações circundantes, etc.

Ainda no recorte 52 nota-se a presença da marca linguística inserida no discurso religioso: “*aleluia!*”. A posição sujeito é afetada pelo discurso religioso, que produz o sentido de júbilo, louvor principalmente satisfação. A sequência (“*quando o paciente tosse, aí aleluia!*”) produz sentido de satisfação pela facilidade de identificar no doente a TB, se ele aparecer com tosse. Por outro lado, a sequência produz sentido da deficiência dos meios de detecção da TB em pacientes que não apresentam tosse, neste caso, está o não dito.

Na sequência discursiva “*precisamos de termos habilidade de despiste...*” encontramos o esquecimento número 2, entendido por Pêcheux (2009, p.166) como

Esquecimento pelo qual todo sujeito-falante “seleciona” no interior da formação discursiva que o domina, isto é, no sistema de enunciados, formas sequências que nela se encontram em relação de paráfrase – “um enunciado, forma ou sequência, e não outro, que, no entanto, está no campo daquilo que poderia reformula-lo na formação discursiva considerada.

Portanto, na sequência encontramos aquilo que não foi dito, mas que poderia ser dito, no caso, “não temos habilidades de despiste” – o não dito. Segundo WHO (2014) A TB constitui um desafio para os países em desenvolvimento, porque é nesses países onde a falta de meios e do pessoal médico é muito frequente, principalmente os laboratórios.

A rede laboratorial é importante para o diagnóstico da TB e deve-se basear nos seguintes princípios: - a adoção de normas nacionais, em conformidade com as diretrizes internacionais; - Descentralização dos serviços de diagnóstico, com altos níveis de proficiência mantidos; - Comunicação entre os membros em vários níveis da rede; e - funcionando gestão interna e externa da qualidade, incluindo supervisão (WHO, 2006). Mas a rede laboratorial do SNS de Moçambique ainda está longe de satisfazer esses princípios como indicam os recortes: 53, 54, 55, 56 e 57.

No recorte 53 é possível notar a forte presença de um discurso lamurioso pela falta de laboratórios.

Recorte nº53

Em todos os distritos pelo menos temos 1 laboratório, mas parece bom, mas não é assim tão bom. Vamos encontrar um distrito que diz

que ..., vamos lá, tem 100 mil km² de área com 1 laboratório não é possível! Os laboratórios atuais estão a funcionar. A principal dificuldade que nós temos tido desses laboratórios para a TB está relacionado com a aquisição do instrumento que é o microscópio, neste caso vamos falar da rede de microscopia que é menos disponível, sem mencionarmos as novas tecnologias que são ainda mais incipientes. É (... “silêncio”) a dificuldade é fazer a manutenção destes instrumentos. A manutenção geralmente não é local, quando avaria é preciso levar o microscópio para a província e se necessário pedir-se um outro (...). (S1GC).

Ao nos ater a sequência discursiva “*em todos os distritos pelo menos temos um laboratório*”, observamos que ela sugere haver cobertura laboratorial em todas USs do país, porém essa interpretação é posta em causa por outra sequência discursiva “*mas parece bom, mas não é assim tão bom*”. Estas marcas linguísticas deixam a pista de que a rede laboratorial não cobre de forma universal todos os distritos, sendo bom por se ter pelo menos um laboratório, mas “não tão bom” por não cobrir todas as partes dos distritos.

Na sequência discursiva “*vamos lá, tem 100 mil km² de área com um laboratório não é possível!*”, é possível identificar um discurso da geografia física, que, segundo a nossa interpretação, demonstra a incapacidade de um laboratório cobrir uma área extensa que ocupe cerca de 100 mil km². Queremos salientar que, embora o número de 100 mil km² tenha sido enunciado ao acaso, no momento do discurso, ele terá vindo da representação do inconsciente, mas que sugere essa dimensão do território ocupado pelos distritos de Moçambique.

Para o funcionamento correto de um laboratório envolve entre outras coisas, a existência do microscópio, instrumento essencial para a detecção da TB, mas a sequência discursiva seguinte denuncia a sua falta: *“a principal dificuldade que nós temos tido desses laboratórios para a TB está relacionado com a aquisição do instrumento que é o microscópio, neste caso vamos falar da rede de microscopia que é menos disponível sem mencionarmos as novas tecnologias que são ainda mais incipientes”*. É possível encontrar vestígios não só da falta dos instrumentos de medida (microscópios), mas também da falta de novas tecnologias, ou seja, microscópios mais modernos, o que pode, de certo modo influenciar na baixa detecção de casos. Um estudo feito no Quênia revelou que os laboratórios são componentes fundamentais no controle da TB por providenciarem a testagem, mas também reconheceu que a África Subsaariana tem poucos laboratórios, (MISAU et al., 2015).

Dando prosseguimento, gostaríamos de dizer que, observamos também um discurso lamurioso representado pela sequência: *“a dificuldade é fazer a manutenção destes instrumentos”*. Este conjunto de marcas linguísticas evidencia também a falta de técnicos preparados para o reparo das máquinas e a difícil reposição das mesmas com frequência.

Recorte nº54

E, também, a rede laboratorial não é daquela desejada, a província tem 57 laboratórios que fazem baciloscopia, o que significa que persiste a situação de longas distâncias que os doentes percorrem para fazer o diagnóstico, mesmo tendo a unidade sanitária próxima, muitas das vezes, essa unidade sanitária não possui laboratório. Essa

unidade sanitária faz suspeitas, mas deve requerer à outra unidade sanitária. (S2GP).

A falta da rede laboratorial capaz de responder as necessidades da província de Nampula é descrita pelo sujeito “gestor provincial”: “*a rede laboratorial não é daquela desejada, a província tem 57 laboratórios que fazem baciloscopia, o que significa que persiste a situação de longas distâncias que os doentes percorrem para fazer o diagnóstico*”. Parece-nos evidente que a posição sujeito é denunciar a falta e o desejo de ter mais laboratórios, porque os que a província dispõe atualmente são suficientes. Prosseguindo com a nossa análise, observamos que a sequência não só indicia a insignificância numérica dos laboratórios para cobrir toda a província de Nampula, mas também a existência de problemas sérios para a detecção dos casos de TB, já que os laboratórios que constituem o principal meio de detecção ainda estão longe de fazer uma cobertura razoável. Essa situação dificulta o controle eficaz da TB porque o controle baseia-se na identificação rápida de casos e seu tratamento eficaz por meio dos laboratórios (SAIFODINE et al., 2013).

É de realce a presença de marca linguística “baciloscopia” que identifica os Bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR). Trata-se de um método de diagnóstico considerado rápido e de menor custo, mas que apresenta baixa sensibilidade (FERREIRA, et al., 2005; BRASIL, 2011b).

Recorte nº55

Ao nível do distrito temos 1 único laboratório e temos uma gama de 9 unidades sanitárias. Só uma unidade sanitária da sede é que tem microscópio. Mas recebemos um microscópio de reforço com objetivo para deslocar-se até às outras unidades sanitárias. Sai o homem do

laboratório e desloca-se até às outras unidades sanitárias. Sai o homem do laboratório com o seu microscópio e tenta lá fazer as análises. Estamos a dizer que as amostras podem ser preparadas e ficam ali durante algum tempo para depois serem observadas. Então estamos agora com plano já feito de campanha. A ideia é de fazer uma espécie de expansão móvel em que o laboratório vai para lá faz os exames e volta. São 2 unidades sanitárias que nós temos de referência para além da unidade sanitária da sede. Nessas unidades o médico é único. Agora o distrito tem 110 mil habitantes para um único médico. (S10M).

Ao analisarmos o recorte 54 observamos vestígios que nos sugerem a sede distrital ser o local onde existem mínimas condições para a detecção e tratamento da TB. O nosso cogitar é sustentado por esta sequência: “*uma unidade sanitária da sede é que tem microscópio*”. Normalmente, as sedes distritais tendem a ter um privilégio de ter laboratório, um pouco de profissionais qualificados em relação aos outros locais do distrito.

Os significantes “*estamos a dizer que as amostras podem ser preparadas e ficam ali durante algum tempo para depois serem observadas*” dão-nos a pista, indireta, da demora da detecção dos casos e do encaminhando dos doentes para o tratamento. Essa sequência também denuncia as dificuldades que são enfrentadas pelos sujeitos profissionais de saúde que atuam no laboratório ao se deslocarem para às comunidades para testarem os doentes. Estas ações embora sejam necessárias, colocam em xeque a qualidade dos resultados dos testes.

A sequência discursiva “*médico é único. Agora o distrito tem 110 mil habitantes para um único médico*” sugere haver alguma preocupação por parte do sujeito em relação a essa falta de médico e de forma indireta, as sequências denunciam a sobrecarga de atividades do médico e as dificuldades que encara no atendimento da população de todo distrito distribuída em 9 USs.

Recorte nº56

Nós temos unidades sanitárias longínquas, sem laboratórios. No sul do distrito temos 3 unidades sanitárias sem laboratórios, relacionado a isso não atingimos 60% de nossa taxa de diagnóstico, porque as pessoas vão ao hospital não tem laboratório, são indicados para irem a outras unidades sanitárias, mas os doentes não têm dinheiro para o transporte. (S11G).

A “voz” de “longas distâncias” volta a aparecer nesta sequência discursiva “*tem unidades sanitárias longínquas, sem laboratórios*”. As marcas linguísticas discursivas “longínquas sem laboratório” deixam evidências e uma produção de sentidos da falta de cuidados aos adoecidos e suspeitos, na qual as longas distâncias associadas a não existência de laboratórios, levam a uma maior propagação da doença e uma grande dificuldade de seguimento dos casos.

A dificuldade de atingir taxas altas de diagnóstico como vem na sequência: “*relacionado a isso não atingimos 60% de nossa taxa de diagnóstico*”, está relacionada a todas dificuldades mencionadas em outros recortes já analisados. Essas distâncias longas de certa forma dificultam o alcance das metas definidas pela OMS em 70% de detecção dos casos, 85% de cura e 5% de abandono, utilizando-se o DOTS (SOUZA, et. al. 2015).

Recorte n°57

Alguma vez temos tido dificuldades do tempo de espera de resultados. Então podia haver mais uma força de vontade. Temos tido a demora dos resultados. (S12GPE).

Em gesto de interpretação, notamos que a sequência discursiva “*então podia haver mais uma força de vontade*” tende a indiciar a falta de empenho por parte dos profissionais de saúde sobretudo os microscopistas em flexibilizar as suas atividades ou seja a darem os resultados com mais pressa possível.

Os recortes 59, 60, 61 e 62 formam uma rede de *interdiscursividade* “relação de um discurso com outros discursos” (BRANDÃO, 2012, p. 107) ainda para aclararmos melhor vale-nos mobilizarmos o mesmo autor; “a interdiscursividade tem um lugar privilegiado no estudo do discurso como objeto, procura-se apreender não uma formação discursiva, mas a interação entre formações discursivas diferentes” (BRANDÃO, 2012, p. 107). Algumas posições sujeito inscrevem-se na formação discursiva que denuncia as longas distâncias, outras a falta de laboratórios.

Recorte n°58

Para o laboratório a dificuldade que existe é a distância entre as unidades sanitárias sobretudo a distância que existe entre a sede distrital que tem o laboratório com o resto do distrito. Por exemplo, a unidade sanitária de Muita sede, dista a 92 km para aqui, esta localidade também tem 5 unidades sanitárias que distam a 140 km daqui onde temos o laboratório, essas distam a 140 ou mesmo 160 km.(...) O que acontece é que nós saímos daqui para essas unidades

sanitárias, procurar doentes, observar lâminas aqui e devolver os resultados, esse é que é o transtorno para nós. (S3G).

A posição sujeito interpelada pela memória de vivências da realidade sócio-históricas e geográfica do distrito, e *assujeitada* pela ideologia existente, parece compreende que as distâncias entre a US que dispõe de condições para testar a TB com as que não dispõem são enormes e dificultam a implantação do DOTS. A sequência discursiva “*a dificuldade que existe é a distância entre as unidades sanitárias sobretudo a distância que existe entre a sede distrital que tem o laboratório com o resto do distrito*”, revela as dificuldades tanto por parte dos profissionais de saúde, na identificação dos casos e no diagnóstico dos mesmos, quanto por parte dos doentes em ter um melhor seguimento devido às longas distâncias.

A localização longínqua dos laboratórios em relação a maior parte da população compromete seriamente o diagnóstico da TB. Segundo Souza et al. (2015) a dificuldade no acesso aos serviços de saúde constitui um retardo para o diagnóstico e tratamento da TB, para além de constituir um fator de propagação da doença.

Recorte nº59

Temos 4 laboratórios e o distrito é vasto. Um laboratório está no hospital rural, hospital de referência, o outro está no centro de saúde da vila de Monapo o outro aqui em Carapira o outro está há 65km lá para a via que vai a Pemba, Natete. E as unidades são muito distantes entre elas, por exemplo, quando falo de Ituculo, Ramiane, Cihoe esses não têm laboratório. Todos os doentes suspeitos devem ser referidos

para a vila ou hospital rural, é muito desgastante para o doente. As unidades sanitárias de Chioe, Ituculo e Ramiane tem energia de “Cahora Bassa”⁵ então dá para colocar microscópio porque, paredes já temos só falta colocar microscópio e cobertura. (S7G).

A sequência discursiva “*temos 4 laboratórios e o distrito é vasto*” dá-nos a pista de que mesmo os quatro microscópios existentes no distrito não são suficientes para cobrir as necessidades. A marca linguística “é vasto” sugerem haver, no distrito, locais que continuam não sendo atendidos. Tendo em conta as condições de produções amplas, a sequência discursiva: “*tem energia de Cahora Bassa então dá para colocar microscópio*”, compreendemos que a posição o sujeito entende ser uma oportunidade a existência da corrente elétrica para a colocação de um microscópio numa das unidades sanitárias, o que poderia reduzir as distâncias e a morosidade do diagnóstico.

O discurso do sujeito Gestor (S1GC) denuncia a falta do microscópio; a dificuldade dos pacientes se locomoverem para US para fazer exames, mas também a dificuldades dos ACS se deslocarem para as comunidades que se situam distantes.

Recorte nº60

No centro de saúde onde não há microscópio para o diagnóstico de TB é preciso que esta amostra ou esta lâmina que pode ser fixada na unidade sanitária seja transportada para o centro da saúde que tem laboratório, mas aí vem outros custos de transporte: fundos para

⁵Nome de uma hidroelétrica de Moçambique, que gera energia para todo o país e os países vizinhos: Malawi, Zimbabwe e África do Sul.

transportar a lâmina, ou tem que referir este doente para ir lá e fazer a microscopia, e este doente muitas vezes não tem condições sociais, económicas para se deslocar a este centro de saúde para fazer o diagnóstico da TB. Quando vamos para a comunidade a mesma coisa. Este agente comunitário de saúde tem que referir o paciente que também não tem condições para chegar lá, ou referir amostra, mas se ele vai fazer o rastreio durante o mês todo, significa que ele vai encontrar um paciente hoje ou amanhã teria que pegar na amostra referir e continuar a fazer rastreio dois ou três dias, encontra este paciente, refere a amostra e também não tem condições para fazer essas deslocações todas. (S1GC).

A partir da sequência discursiva “no centro de saúde onde não há microscópio para o diagnóstico de TB (...)”, conseguimos entender que existem algumas USs que não fazem diagnóstico da TB por não ter condições, e, para esses casos, a prática usada é a de encaminhar o material recolhido para as análises ou o próprio doente para outras USs com laboratório, o que tem tornado difícil, como é-nos apresentado discursivamente pelo sujeito na seguinte sequência: “mas aí vem outros custos de transporte: fundos para transportar a lâmina, ou tem que referir este doente para ir lá e fazer a microscopia”.

As marcas linguísticas discursivas, “fundos para transportar” dá-nos pistas não só da falta de meios de transporte como é caso de carro, mas também de condições propícias para o transporte de um material a ser analisado em laboratório. As marcas linguísticas “referir este doente para ir lá” são perpassadas por outras vozes. O advérbio de lugar “lá” pode significar a longa distância que o doente referido pode percorrer, o que pode significar, por outro lado a superlotação, uma

vez que vários doentes são referidos para “lá”. Um estudo sobre *Diagnóstico da tuberculose pulmonar em pacientes com baciloscopia direta de escarro negativa*, mostrou que uma insatisfatória qualidade do exame pode estar presente em laboratórios com alto fluxos de amostras, como nos países em desenvolvimento (IBANÊS et al, 2013).

Prosseguindo com a nossa análise vamo-nos ater com a sequência discursiva: *“este doente muitas vezes não tem condições sociais, económicas para se deslocar a este centro de saúde para fazer o diagnóstico da TB”*. Esta sequência discursiva produz sentidos do perfil do doente da TB do distrito: carente com falta de dinheiro para custear o transporte, que é quase inexistente.

Observamos também, no recorte 61, “o fio do discurso” “ou seja o funcionamento do discurso em relação a si próprio, o *intradiscurso* (PÊUCHEUX, 2009) porque a sequência discursiva *“o paciente que também não tem condições para chegar lá”*, está estritamente relacionado com a sequência que analisamos acima: *“e este doente muitas vezes não tem condições sociais, económicas para se deslocar a este centro de saúde”* - *discurso-transverso* enquanto *intradiscurso*

Recorte nº61

Nós temos 2 laboratórios aqui no hospital rural e outro numa unidade sanitária. Não temos dificuldades, os meus colegas são flexíveis em dar resultados. A unidade sanitária mais longínqua situa-se a 105Km. Assim, vamos lá entregar escarradores levo ao laboratório e devolvo os resultados. (S17G).

O sujeito tomando a posição de “gestor” enuncia a seguinte sequência: *“nós temos dois laboratórios e outro numa unidade sanitária”* que produz sentido de uma

satisfação por parte de sujeito e que parece ser confirmado pela sua sequência discursiva seguinte “*não temos dificuldades, os meus colegas são flexíveis em dar resultados*”, mas em seguida a posição sujeito parece ser traída pelo furo da linguagem e do inconsciente ao emitir a seguinte sequência discursiva: “*a unidade sanitária mais longínqua situa-se a 105Km*”. “*... Vamos lá entregar escarradores levo ao laboratório e devolvo os resultados*”. Tendo em conta as condições de produção existentes caracterizadas pela dificuldade de existência de transporte e dificuldades de laboratórios, a sequência deixa-nos a pista de que os resultados produzidos podem ser falseados se o material não for transportado com a segurança recomendável. É importante referir que essas distâncias nem sempre são possíveis de percorrer em um único dia devido as estradas inacessíveis e em condições precárias de manutenção.

As posições sujeitos “Gestor”, “enfermeiro”, “técnico” e “médico” nos recortes 63, 64, 65, 66, e 67 inscrevem-se nas mesmas formações discursivas que (d)enunciam as dificuldades relativas aos medicamentos, um dos componentes para a cura do paciente, se disponível e bem administrado.

Recorte nº62

Durante o ano, às vezes, ocorre em algum momento, em um semestre, mas depois é solucionado. Em 2012 tivemos falta, mas o Ministério tem respondido na medida do possível. (S2GP)

A posição sujeito reconhece a ocorrência de falta do medicamento ao nível da província em determinados períodos do ano: “*às vezes, ocorre em algum momento, em um semestre, mas depois é solucionado. Em 2012 tivemos falta*”. Esta sequência indicia um fornecimento de medicamentos ainda deficitário para a província. As

marcas linguísticas “*na medida do possível*” produzem sentido de comodismo e aceitação, por parte do sujeito, da falta por se tratar de um fenômeno “normal” em Moçambique e de isentar a responsabilidade do governo, já que na visão do sujeito o governo faz esforço para repor a medicação.

A naturalização da falta dos medicamentos parece-se não deixar nenhuma preocupação ao sujeito, porque, no nosso entender, associa-se a naturalização da ausência de infraestrutura da US, ausência de médicos, de técnicos entre outros.

Recorte nº63

É verdade que o sistema é único, mas em algum momento já houve alguns défices que eram a curto prazo, mas foram resolvidos. (S6M).

A sequência discursiva “*mas em algum momento já houve alguns défices que eram a curto prazo, mas foram resolvidos*” deixa vestígios da falta de medicamentos tratar-se de algo recorrente naquele distrito, embora isso aconteça em momento curtos, mas acaba influenciando grandemente o controle da TB.

Recorte nº64

Nunca me apercebi que tem rotura de medicamentos da TB. (S18TM)

A sequência discursiva “*nunca me apercebi*”, produz o sentido do sujeito não ter conhecimento da falta de medicamentos, mas também dá-nos indício da falta de coordenação entre o pessoal médico ou seja entre o setor da farmácia e da triagem. Ainda a sequência pode ter sido enunciada daquela forma pelo sujeito “técnico” por temer represálias caso partilhasse informações com o pesquisador, embora tenha sido explicado sobre o estudo.

Recorte nº65

Os medicamentos? Epá, mas eles vão ficar feridos um pouco, mas não vão ficar! Então no 4º trimestre de 2012 começamos a ter problemas de transporte de medicamentos de Maputo para Nampula, mas depois no ano passado, no primeiro trimestre, as coisas mudaram, agora não temos problemas. (S7G).

O sujeito ao se posicionar busca na memória discursiva o acontecimento histórico dos problemas inerentes a medicação. Assim, o sujeito anuncia esta sequência discursiva: “Os medicamentos?”. O ponto de interrogação que acompanha a marca linguística “medicamentos” deixa vestígios de que não se trata necessariamente de uma pergunta, mas duma afirmação que pretende mostrar determinados acontecimentos, mas que ao mesmo tempo silencia esses acontecimentos. Esse vestígio de encobertar palavras vislumbra-se na sequência seguinte “epá, mas eles vão ficar feridos um pouco, mas não vão ficar!”. A marca linguística “épa” deixa vestígios de medo de falar sem autorização mas também de coragem em falar sobre algo que “eles” os superiores não autorizaram ou que lhes vão deixar “feridos” significando preocupados, insatisfeitos uma vez que isso, na visão do sujeito, corresponde com a verdade. Porém o sujeito desliza, ao se contradizer: “mas não vão ficar”. Esta sequência indicia a coragem em pretender falar sobre as suas vivências no processo de implantação do DOTS.

Recorte nº66

A dificuldade tem sido meios de transporte. Da cidade para aqui não há problemas, só daqui para as nossas unidades sanitárias que se

situam há mais de 80Km é um problema muito sério, porque as vias não são acessíveis. (S9G).

A relação entre a falta de transporte e a de medicamentos em USs mais distantes da sede distrital é bem descrita no exposto acima. A sequência discursiva “*a dificuldade tem sido meios de transporte*” é transversal, denunciando a falta de transporte que concorre para a falta de medicamentos em algumas partes do distrito. Esta nossa interpretação fica mais nítida se buscarmos a sequência discursiva: “*só daqui para as nossas unidades sanitárias que se situam há mais de 80Km*”, deixando pistas de haver dificuldades no transporte dos medicamentos da US da sede distrital para outras do mesmo distrito. A dificuldade de aquisição e transporte de medicamentos é bem descrita no trecho abaixo:

A aquisição e abastecimento de medicamentos e produtos médicos cirúrgicos para apoiar a prestação de serviços ainda se constituem desafios importantes. O MISAU, ainda, administra o aprovisionamento e a distribuição de medicamentos. Porém, ainda subsistem problemas no que concerne a sistemas de previsão de produtos de saúde e deficiente informação, atrasos no aprovisionamento e limitado controle de qualidade, (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2012, p. 17).

Mesmo havendo algumas dificuldades em relação ao medicamento existe um reconhecimento por parte de sujeitos profissionais da existência de algumas facilidades em relação à medicação. Os recortes 68, 69, 70 e 71 trazem esse reconhecimento.

Recorte nº67

A sua facilidade consiste em que todos os medicamentos oferecemos aqui, ou seja, o doente não precisa de ir marcar fila lá na farmácia, nós é que requisitamos com antecedência. (S12GPE).

O S12GE discursando-se produz a sequência discursiva “*todos os medicamentos oferecemos aqui*” que nela encontramos o não dito, mas que está dito: os medicamentos da TB não são oferecidos junto das farmácias normais mas nos locais onde, o PNCT está implantado.

Recorte nº68

(...). Temos recebido conforme, só que houve um período que não havia medicamentos. Quando acabou no depósito aqui já tínhamos localmente e enquanto já estava para acabar recebemos da Direção Provincial. (S3G)

A sequência discursiva “*temos recebido conforme*” deixa vestígio de não haver dificuldades de medicamentos, deixando claro de se tratar de uma facilidade para o tratamento. Ainda, o sujeito interpelado pelas condições de produção e pela historicidade produz esta sequência “*quando acabou no depósito aqui já tínhamos localmente*” o que podemos interpretar como uma mera coincidência, se calhar ocasionada pela dificuldade de detecção de novos casos para a medicação.

Recorte nº69

Nós fazemos o esforço para que tudo ocorra bem, antes do estoque ir abaixo sempre informamos com antecedência e não temos problemas, portanto, o farmacêutico informa, com antecedência antes do estoque

terminar, à direção distrital. Assim, esta, muito cedo, solicita os medicamentos, pese embora nalgumas vezes tenha havido problemas.
(S8TM).

A partir do exposto, observamos que a forma de gestão tem contribuído, sobremaneira, na constância dos medicamentos: “*antes do estoque ir abaixo sempre informamos com antecedência e não temos problemas*”. Esta sequência sugere que a comunicação e o planejamento coordenados ajudam a manter os medicamentos, uma vez que o farmacêutico planeja e comunica com antecedência. Mas as marcas linguísticas “*pese embora*” denunciam a nulidade desse esforço dos profissionais planejarem com muita antecedência, uma vez que mesmo assim, os problemas da falta de medicação ainda persistem. Na verdade, a comunicação aumenta o conhecimento e motiva as ações que melhorem a saúde (SNIDER, 2015).

Um outro aspecto anotado nas análises foi a facilidade de negociação no processo de transferência de DOTS. Os significantes “vontade” (S12G) - recorte 70; “comunico” (S14G) - recorte 71; “consulta” (S4M) – recorte 72 e “projeto” (S5G) – 73 encontram-se inscritas no mesmo campo discursivo deixando vestígios de que fazem parte do fio discursivo que dá a significação de facilidades na negociação da implementação do DOTS.

Recorte nº70

Vontade de trabalho, mas temos a ressaltar que para os voluntários não temos subsídios e isso é um desafio. (S12G)

As marcas linguísticas “vontade de trabalho” produz sentidos do reconhecimento por parte do sujeito de que existe um engajamento dos profissionais de saúde e ACS nas atividades do controle da TB, o que constitui um aspecto muito

importante no processo de negociação para a implementação e manutenção do DOTS.

Recorte nº71

A coordenação é muito boa, mesmo sendo eu médico, que teoricamente tenha mais conhecimentos, sempre que ele tem alguma dúvida, por exemplo, temos um doente com BK-, ele primeiro consulta a mim ou um técnico, assim provamos A + B por que razão o doente deve iniciar o tratamento. (S4M).

A sequência discursiva “a coordenação é muito boa mesmo sendo eu médico, que teoricamente tenha mais conhecimentos” indicia haver não só um relacionamento satisfatório, mas o reconhecimento da posição sujeito de que um trabalho em equipe favorece melhorias e concorre para melhor execução das atividades do DOTS.

O sujeito interpelado pela ideologia mostra como trabalhando em equipe chega a decidir que um doente cuja baciloscopia foi negativa inicie o tratamento: “por exemplo, temos um doente com BK-, ele (responsável do PNCT) primeiro consulta a mim ou um técnico, assim provamos A + B por que razão o doente deve iniciar o tratamento”. Esta sequência discursiva denuncia a falta de outros meios para diagnosticar a TB, o que faz com que a equipe baseando-se nos dados que dispõe, dos sintomas do doente possa decidir sobre o início do tratamento ou não.

Alguns estudos têm demonstrado que um trabalho em equipe é de extrema importância, porque proporciona a integralidade nos cuidados de saúde (FORTUNA et al., 2005; ARAÚJO; ROCHA, 2007). O trabalho em equipe no tratamento da TB

pode proporcionar um seguimento correto do tratamento por parte do paciente, aumentando a taxa de cura e reduzindo a propagação da doença.

Recorte nº72 *O que me facilita é o projeto denominado KULIMA que, por exemplo, nos “dias de tosse” trazem pratos, capulanas para distribuir aos ativistas. Assim, ofereço aos ativistas e isso motiva-os em se manter no programa.* (S5G).

As ONGs desempenharam sempre um papel preponderante na mitigação dos problemas que ameaçam a população desde a independência do país, entre eles destacam-se: doenças e calamidades naturais. Assim, o sujeito perpassado por esse manancial histórico incontornável produz, no seu discurso, esta sequência: “*o que me facilita é o projeto denominado KULIMA*”, que deixa vestígios de que as organizações constituem grandes aliados do governo no combate à TB e outras doenças.

A sequência discursiva “*dias de tosse trazem pratos, capulanas para distribuir aos ativistas*”, pode significar a ideia da existência de dias de campanhas onde os profissionais de saúde vão às comunidades para identificam as pessoas com tosse, as quais submetem ao exame. Assim, trazer os pratos e outros objetos para a distribuição aos ativistas pode significar a intenção de motivar esse grupo de ativistas a se manter trabalhando no programa. Esta visão de reforço para as pessoas desempenhar as atividades de forma motivada é bem descrita por Bandura (1979, p. 134), que afirma que “*o comportamento humano é frequentemente fortalecido, mantido e modificado por elogio, aprovação, encorajamento, atenção positiva e afeição*”. Portanto, a oferta dos objetos aos ativistas constitui um encorajamento que ao mesmo tempo funciona como um contrato social.

Recorte n° 73

Nos nossos dias, os pensamentos sobre a TB são outros. Anteriormente os pensamentos sobre a TB eram outros, mas agora tem o mesmo pensamento ou melhor o mesmo conceito que o hospital usa. Assim eles (pacientes) começaram a aderir. Para além disso, nós somos unidos: família, unidade sanitária e os ativistas e isso surte bons efeitos. (S8TM).

A sequência discursiva “*nos nossos dias, os pensamentos sobre a TB são outros. Anteriormente os pensamentos sobre a TB eram outros, mas agora tem o mesmo pensamento ou melhor o mesmo conceito que o hospital usa*”, produz sentidos de vitalização dos discursos circulantes da Antiguidade onde, por exemplo, “entre os hebreus, a presença da tuberculose foi anotada como punição divina aos infratores dos mandamentos religiosos” (BERTOLLI – FILHO, 2001, p. 44). Cabe-nos aqui ressaltar que o pensamento apresentado por Bertolli-Filho, também é circulante entre a população moçambicana, onde a explicação mítica religiosa sobre a doença ainda tem lugar.

Prosseguindo com a análise da sequência acima (*nos nossos dias...*), observamos também que ela produz sentidos indiretos de haver aderência ao tratamento, uma vez que a população, atualmente, compreende as causas e o desenvolvimento da doença TB. Mas também produz sentido de haver uma educação que tem influenciado na mudança do comportamento dos pacientes e suas famílias. Segundo Nassar (2006) a educação e a comunicação podem cultivar o respeito a cordialidade e auxiliarem na identificação dos desejos e das necessidades da população local cultivando nela a fidelidade.

As marcas linguísticas “*eram outros*”; “*agora são outros*” produz sentido de deslocamento de significação, denotando que em um determinado momento a TB tinha um determinado significado, no caso pejorativo, e no outro momento, nos dias atuais, “*agora tem o mesmo pensamento ou melhor o mesmo conceito que o hospital usa*”, a significação tem sido outra, positiva, compatível e concorrente ao tratamento.

Recorte nº74

Organizamos o nosso material local. O responsável do PNCT leva medicamentos, teste de HIV e livro de registo, o colega do laboratório leva todo material necessário para o processamento do BK, estou a falar de microscopia, reagente e todo material, deslocamos à unidade sanitária periféricas. Algumas unidades sanitárias que têm sistema solar nos facilitam e fazer todos os procedimentos lá e começamos com o tratamento sem esperar muito tempo. (S12G).

A posição sujeito gestor inscreve-se numa formação discursiva que entende a TB como uma doença oportunista. As marcas linguísticas “leva medicamentos, teste de HIV e livro de registo”, produzem sentidos de haver uma estreita relação entre o HIV e TB, sendo esta última oportunista. A literatura tem mostrado, nos últimos anos, que a TB é uma doença oportunista da HIV/SIDA (PUBLIC HEALTH WATCH, 2006; MOZAMBIQUE, 2007; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; WHO, 2014; IBANÊS, 2013) justificando-se, desta forma, a submissão ao teste de HIV aos pacientes da TB. Ainda as marcas linguísticas “livro de registo” produzem sentidos de serem doenças de notificação compulsória, portanto de registo obrigatório para o controle das mesmas (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2007; BORASIL, 2011a).

Outrossim, no recorte em análise, como temos vindo a constatar circula também o sentido da ausência dos serviços de saúde em comunidades longínquas por isso a necessidade dos profissionais, equipamentos e estrutura mínima chegar até essas populações.

Recorte nº75

A maior parte do financiamento é externa. Instituições com maior peso são o fundo global para a malária e HVI e o Governo americano, através das suas agências. S1GC.

Quanto ao compromisso político, a posição o sujeito “gestor central” enfatiza a questão do financiamento; “*a maior parte do financiamento é externa*”. Esta sequência dá indícios de haver maior dependência do sistema financeiro sanitário em relação ao financiamento externo e, portanto, um menor comprometimento do governo. O financiamento do governo ao programa da TB é registrado na literatura como um comprometimento político muito importante (WHO, 2006; SOUZA, et al. 2014; PUBLIC HEALTH WACTH, 2006). O próprio MISAU tem reiterado essa dependência ao reconhecer que em Moçambique “o financiamento em saúde continua dependente dos recursos externos em cerca de 70%” (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2007, p. 3).

Cabe-nos salientar que o financiamento embora seja importante para a implementação do DOTS deve ser acompanhado, para além de infraestrutura, RH e salários adequados, de gestão adequada, educação para saúde, sistema de informação bem estruturado e difusão da informação por meios de comunicação. Autores como Barrêto et al. (2012) consideram como compromisso político a garantia da atenção de qualidade nos serviços de saúde e implementação de ações

que ampliam a participação do usuário nas rodas de discussão que envolvam planejamento e ações viradas para o controle da TB.

Em relação ao financiamento que abordamos acima temos a tecer que, em Moçambique, muitas vezes, os recursos tanto fornecidos por organizações internacionais como pelo governo a sua distribuição não privilegia os cuidados primários de saúde, onde a maior parte da TB pode ser prevenida e curada, o trecho abaixo documenta esta nossa cogitação.

Em relação a alocação de recursos financeiros pelo nível de prestação de cuidados, os gastos em saúde continuam com enviesamento estando a ser alocados para os níveis mais elevados de prestação de cuidados. Os hospitais de nível terciário têm uma base urbana, com foco de atenção em atividades curativas menos custos eficazes. Em Moçambique 38% dos gastos em cuidados de saúde são feitos no terceiro nível, (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2007, p. 10).

No entanto, é importante frisar que o país não é necessariamente pobre, mas sim registra maiores desigualdades sociais, a começar pela má distribuição desses recursos no campo social e em especial no campo da saúde.

Nos recortes 77, 78, 79 e 80, os sujeitos “gestor”, e “gestor profissional de enfermagem” subscrevem-se nas FDs que enfatizam a inovação do DOTS. Esses sujeitos, “mergulhados” cada um na sua historicidade vivenciada por meio da experiência, trazem significantes que significam inovação: “inclusão dos ativistas” no PNCT; “redução das distâncias” “controle da TB” “tratamento dos doentes em casa”.

Recorte nº76

A inovação consiste na inclusão dos ativistas, (S11G).

Recorte nº77

DOTS trouxe aceitação na comunidade. DOTS tornou-se vizinho do doente. A relação que DOTS tem com a saúde é dos melhores e acredito que podíamos fazer melhor ainda. (S12GPE).

Recorte nº78

Sim acho como inovador o próprio paciente fica em casa e o ativista vem levantar o medicamento isso é melhor e não só, aumentamos o número de despiste. (S14G).

Recorte nº79

É inovação o tratamento dos doentes na comunidade o que diminui as distâncias do doente, e a recolha de escaro dentro da comunidade. (S5G).

Nas sequências discursivas sublinhadas dos recortes 76 a 79 encontramos marcas linguísticas que significam inovação: “*Inclusão dos ativistas*” (recorte 76); “*aceitação*” (recorte 77); “*ficar em casa*” (recorte 79); “*diminui as distâncias*” (recorte, 79).

A sequência discursiva “*DOTS trouxe aceitação na comunidade*” (recorte 77) produz indícios de haver compreensão por parte da população sobre a TB e o seu tratamento. E a metáfora da sequência discursiva DOTS “*tornou-se vizinho do doente*” produz sentidos de aproximação entre o doente e os serviços de saúde, uma vez que os profissionais de saúde se deslocam à residência do doente para medica-lo ao longo do seu tratamento. Ainda nessa metáfora, observamos que o sujeito se inscreve na formação ideológica existente na província de Nampula, que

entende o vizinho como alguém que para além de viver próximo do outro, presta auxílio ao outro se necessário e quando precisa. Assim, a sequência produz sentido de existência de apoio por parte das pessoas envolvidas no DOTS principalmente os profissionais de saúde.

Notamos nos recortes 76 e 78 o imaginário prevalecente dos sujeitos profissionais de saúde relativos ao sujeito doente da TB, percebido como sujeito sem ação, submisso e sem direitos, mas com deveres de colaborar na sua medicação. A sequência discursiva *“acredito que podíamos fazer melhor ainda”*, instiga-nos a pensar na existência, no sujeito, de um imaginário do devir – uma futurologia- no vir a se fazer melhor, o que denota o reconhecimento das limitações existentes no controlo da doença e da confiança da capacidade de se engendrar outras atitudes e ações que levem a melhoria.

Ainda no rol das inovações do DOTS, o recorte 80 evoca como inovação a busca do doente para o tratamento.

Recorte nº80

O DOTS é inovador porque através dele procurámos o doente na comunidade, porque dantes esperávamos o doente na unidade sanitária, mas agora nós vamos ao encontro dele. Acho que a política ajuda, porque com DOTS começamos a intensificar a notificação.
(S3G).

Considerando o contexto de enunciação e o enunciado, materialidade linguística sob nossos olhos, observamos que o sujeito “gestor” entende como inovação o processo do profissional ir ao encontro do doente com a finalidade de o submeter ao tratamento, como se pode depreender na sequência discursiva: “é

inovador porque através dele procurámos o doente na comunidade, porque dantes esperávamos o doente na unidade sanitária, mas agora nós vamos ao encontro dele”. Progredindo com a nossa análise, notamos que o sujeito inscrevendo-se em dois momentos históricos – antes da implantação do DOTS e depois, enuncia um discurso avaliativa positivo para o DOTS.

Os recortes 81 e 82 trazem marcas linguísticas que evocam a manutenção do DOTS, produzindo vários sentidos. Entre essas marcas são notabilizáveis: “colaboração dos Agentes Comunitários”, “reuniões”, “vontade das pessoas” e “política do governo”.

Recorte nº81

Mantemos o DOTS através da colaboração dos agentes comunitários que contratamos, por outro lado asseguramos com as nossas reuniões que temos tido de 3 em 3 meses, portanto num ano reunimo-nos 4 vezes. E com a capacitação dos nossos profissionais. (3G).

As marcas linguísticas “*colaboração dos agentes comunitários*” produzem efeito de sentido de uma massa laboral comunitária que exerce determinada ajuda na luta contra a TB. Cabe-nos elucidar que, em Moçambique, existe o Programa de revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares que tem como objetivo contribuir para a melhoria da saúde de sua comunidade, através das atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças; prestar cuidados curativos limitados para além de servir de interligação entre a sua comunidade e pessoal do setor da saúde (MOÇAMBIQUE, 2010). A marca linguística discursiva “*reuniões*” sugere haver discussões no grupo e desenho de estratégias que ajudam a manter o DOTS. Outro

efeito de sentido que também funciona de forma indireta é o de que as reuniões constituem fonte de inspiração para o grupo.

Recorte nº82

Talvez é a vontade das pessoas e da política do governo e por a população acreditar que a doença existe. (S9G).

A sequência discursiva “*talvez é a vontade das pessoas e da política do governo*” produz sentido de que os profissionais de saúde se empenham em curar as pessoas pelo desejo natural. E, as marcas linguísticas “*ela política do governo*” indicia que a introdução do DOTS por parte do governo constitui um dos importantes fatores da política para o combate à TB. O significante “*talvez*”, sugere-nos numa possibilidade, uma incerteza. Nesse caso, o sujeito parece-nos não estar muito convicto do que tenha dito.

Os sujeitos nos recortes 83 e 84 encontram-se inscritos nas mesmas DF que enfatizam as mudanças que o DOTS opera na vida do profissional de enfermagem, do doente e do médico.

Recorte nº83

Nós temos uma unidade sanitária que é a maior e tem uma enfermaria de TB que tinha cerca de 36 camas para TB, mas com a implementação do programa passamos a não usar efetivamente essas camas. Praticamente passamos a usar 2 quartos que tinham 8 camas, isso para dizer que só internavam pacientes que tivessem critérios de debilidade de quadro clínico para fazer aquele período, mas depois de melhorar vão à comunidade. A vantagem para o paciente são as

distâncias que tem que percorrer para a US, e por outro lado se ele fica em casa dele tem confidente para providenciar o medicamento quando for necessário. (S6M).

A posição sujeito no recorte 83, expressa em seus dizeres sentidos inscritos em uma FD que remete a um imaginário coletivo do DOTS como estratégia que reduz a internação e aumenta a taxa de cura. A sequência discursiva, “*passamos a não usar efetivamente essas camas*”, produz sentido de mudança de procedimentos ao nível da unidade sanitária ocasionada pela implantação de DOTS, já que o paciente passou a ser atendido na sua residência, junto da sua família.

Falando a partir do lugar do paciente, o sujeito S6M imagina o DOTS como uma vantagem: “*a vantagem para o paciente são as distâncias que tem que percorrer para a US*”. Este dizer sugere que o DOTS ajuda a reduzir as distâncias que deveriam ser percorridas pelos pacientes, uma vez que existe os ACS que colaboram e encurtam as distâncias levando a medicação para junto do doente, no seu domicílio (IBANÊS, et al., 2013; KETEMA, et al., 2014; BOOGAARD, et al., 2015).

Recorte nº84

Nós envolvemos os membros da família; os membros da família controlam o paciente. (...). *Primeiro se o quadro clínico do paciente não é grave nós fazemos um pacto com a família e informamos os cuidados a ter com o doente e a ajuda a prestar para ele e isso motiva o paciente a tomar o medicamento até ao fim. Nós temos locais onde não temos ativistas assim a família é muito importante para ser envolvida.* (S8TM).

A partir do exposto, observamos que a ação pedagógica e disciplinar estende-se àqueles que ocupam as posições de sujeito “*membros da família*”, que seriam responsáveis pelo paciente. Neste caso, a família pode produzir sentidos distintos, um de constituir-se um “*prolongamento*” do poder hospitalar junto do doente e o outro de apoio a continuidade do tratamento onde os serviços de saúde não estão presentes. Segundo Gonzales et al, (2008), para efetivo controle da TB é necessária participação e flexibilidade das equipes médica e familiar, no acompanhamento dos pacientes, podendo a supervisão ser feita no domicílio ou mesmo no local de trabalho. Mobilizados e autorizados pelas equipes hospitalares, os familiares podem também exercer controle sobre o enfermo, que, quase sempre, insere-se em formações discursivas marcadas pela submissão e crença no discurso médico.

A sequência discursiva salientada traz indícios linguístico-discursivos que nos permitem dizer que, nesse caso, a posição sujeito doente pode estar submetida aos ditames das instituições hospitalar e familiar: “*nós fazemos um pacto com a família*”, marcadas pela obediência e crença absoluta no discurso médico. O significante “*pacto*” instiga-nos a pensar em um esquema reprodutor, ou seja, a família reproduz discursos e ações médicas, a partir de uma memória discursiva. Imaginando-se legitimada para ocupar as posições de sujeito coordenador, clínico, coordenador-clínico, a família, aqui concebida como instituição, inscreve-se em formações discursivas que lhe fazem acreditar que uma de suas funções é a de tornar dóceis, úteis, disciplinados, curados, os sujeitos doentes de TB.

Nessas condições de produção, podemos dizer que tanto os sujeitos doentes quanto os membros familiares ocupam o lugar de “bom sujeito”, realizando o seu *assujeitamento* sobre a forma do “livremente consentido” (PÊCHEUX, 1995, p. 215).

Assinalamos que nessa modalidade, a de “bom sujeito”, o interdiscurso determina a formação discursiva com a qual o sujeito se identifica e esse sujeito sofre cegamente essa determinação (PÊCHEUX, 1995).

As posições sujeitos nos recortes 85, 86 e 87 enunciam as potencialidades/pontos fortes e os pontos fracos do DOTS nos distritos. Referem como potencialidades a dedicação dos voluntários ou ACS, aproximação do doente com a US, o empenho da família, o tratamento do doente dentro da comunidade e a existência do PNCT. Por outro lado, são indicados como aspetos fracos do DOTS enfraquecimento dos ACS, dificuldade de expandir o DOTS para todas as USs.

Recorte nº85

O DOTS, normalmente quando apanha um voluntário dedicado é muito bom mas quando apanha um voluntário enfraquecido, não ajuda. Entretanto há alguns ativistas que fazem bem que alguns enfermeiros. É preciso ter pessoas dedicadas nisso. As nossas metas são elevadas e a gente não consegue atingir. (S11G).

Neste recorte, observamos uma posição sujeito “gestor” falando a partir do lugar de um “avaliador”: “o DOTS normalmente quando apanha um voluntário dedicado é muito bom mas quando apanha um voluntário enfraquecido, não ajuda”. As marcas linguísticas “*é muito bom*” e “*não ajuda*” produzem sentido avaliativo das atividades que são corretas e daquelas que não são para o DOTS. Se Voltarmos à sequência discursiva (“o DOTS ...*não ajuda*”) e observarmos as marcas linguísticas “*voluntário dedicado*” compreendemos que elas produzem sentido de um voluntário empenhado que significa aquele que cumpre com as orientações do PNCT, o que significa, por sua vez, uma tomada de atitude favorável para o DOTS: detecção dos

casos, medicação e cura. Por outro lado, as marcas linguísticas “*voluntário enfraquecido*” denuncia a ação de voluntários que não se dedicam ao DOTS, enfraquecendo todo sistema de controle da doença.

A participação dos ACS também é registrada pelo S8T como potencialidade

Recorte nº86

O outro ponto mais forte é a participação dos agentes polivalentes. Eles trazem doentes ou suspeitos para o despiste aqui na unidade sanitária e com a percepção que os pacientes tem sobre as consequências da doença para aqueles que já tiveram a TB quando (S18TM).

Neste recorte observamos que os dizeres do S8T estão inscritos na FD que entende a participação de ACS como importante: “*o outro ponto mais forte é a participação dos agentes polivalentes. Eles trazem doentes ou suspeitos para o despiste*”. Esta sequência produz sentidos concordantes com a sequência discursiva (O DOTS ... *não ajuda*”) do recorte nº 86. Embora as sequências tenham sido produzidas em condições de produções distintas, fazem parte da mesma FD. Assim, a sequência do recorte nº 85 tal como a do nº 86 produzem sentido de que a política por si só, pode não ter sucesso se não houver um voluntário dedicado que contribui para a implantação da mesma, e consequentemente na redução da TB. A marca linguística “forte” pode significar a importância desses ACS na implantação e manutenção de DOTS.

O S4M tomando a posição de médico reconhece o papel da colaboração dos ACS.

Recorte nº87

O ponto forte talvez é o facto de existir estes padrinhos de tosse. Este é um ponto forte e um ponto fraco é o facto de infelizmente nós termos apenas um distrito tão grande com 13 unidades sanitárias e existe o PNCT em 2 unidades sanitárias. Mesmo com os padrinhos da tosse, que tentamos teoricamente cobrir o distrito inteiro sabemos que na prática acaba não sendo possível. Temos unidades sanitárias que distam a mais de 100Km daqui e isso dificulta o tratamento da TB.
(S4M)

Observamos na sequência discursiva “é o facto de existir estes padrinhos de tosse” a significação da metáfora “*padrinho*” (ACS) que atua com mais atenção para com o doente em relação aos profissionais da saúde, que assume responsabilidades tal qual um “*pa*”. Nota-se também a presença de um sujeito que toma a posição de avaliador. Esta posição é evidenciada pelas marcas linguísticas, “*ponto forte*” e “*ponto fraco*”.

Notámos também um *estranhamento*, no recorte 88. Entende-se por *estranhamento*:

a estratégia discursiva que expõe o conflito entre formações discursivas e consiste na apresentação de elementos *intradiscursivos* - palavras, expressões e/ou orações – e *intradiscursivos* de ordem do ex-cêntrico, isto é, daquilo que se situa fora do que está sendo dito (...) (ERNST-PERREIRA; MUITTI, 2011, p, 823).

O *estranhamento* está patente nas sequências discursivas: “*Este é um ponto forte e um ponto fraco é (...)*. *Mesmo com os padrinhos da tosse que tentamos teoricamente cobrir o distrito inteiro sabemos que na prática acaba não sendo*

possível”. Nestas sequências vislumbra-se o efeito de pré-construído que é apresentado pelas marcas linguísticas “*na prática acaba não sendo possível*”, que irrompem no enunciado como se tivessem sido pensadas antes, rompendo a estrutura linear do enunciado e apresentando desta forma a inadequação e distanciamento daquilo que é esperado. Neste caso, verifica-se que a sequência discursiva “*mesmo com os padrinhos (...) sendo possíveis*” aparece fora do que está sendo dito, embora incida na cadeia significante, o que mascara uma desordem no enunciado.

Quanto a participação do ACS como potencialidade de DOTS vale-nos trazer aqui os autores Silva e Seve (2008) que defendem que o tratamento supervisionado feito pelos profissionais de saúde, ACS ou mesmo pela família é capaz de contribuir significativamente no controle da TB.

O outro aspeto visto como potencialidade é a aproximação do doente com os serviços de saúde (S12G) e a redução da presença do doente na US (17G).

No recorte a seguir (recorte número 88) o sujeito “gestor” apontando as potencialidades do DOTS é afetado por um discurso tecnicista- epidemiológico, perpassado por outras vozes – o interdiscurso – ficando claro o seu *assujeitamento* aos discursos da OMS e do MISAU que valorizam a redução da taxa de abandono e o aumento da taxa de cura, (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2015; WHO, 2015).

Recorte nº88

Com DOTS reduzimos a taxa de abandono e aumentamos a taxa de cura, também o despiste tende a melhorar devido a busca ativa de voluntários comunitários na suspeita e encaminhamento à unidade sanitária dos doentes de TB. (S2GP).

A partir do recorte número 90, observa-se que o S2GP inscreve-se numa FD que valora a redução de abandono do tratamento e aumento da cura, como é indiciado pela sequência discursiva sublinhada, o que produz sentidos de aderência ao tratamento por parte do doente, melhor controle da doença e maior engajamento das autoridades e profissionais de saúde na luta contra a TB, muito embora as dificuldades, na área de saúde de que o país enfrenta. Ao nível mundial está provado de que o DOTS bem administrado melhora a aderência e taxa de cura, para além disso negativa precocemente a baciloscopia, melhora a relação paciente profissional, diminui o risco da propagação da doença, previne a multirresistência e baixa o custo em relação ao tratamento, (NASSAR, 2006; WHO, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; MOÇAMBIQUE-MISAU, 2012; SAIFODINE et al., 2013; GARCIA-BASTEIRO, 2014; BROUWER, 2015; HOUBEN; WHITE, 2015; IBANÊS et al., 2015).

Recorte n°89

É muito complicado, um dos pontos fortes é a própria iniciativa do tratamento porque tem um impacto positivo tanto para o doente como para o profissional. (S6M)

Assinalamos aqui a ênfase dada à estratégia de DOTS como um dos pontos fortes: “*um dos pontos fortes é a própria iniciativa do tratamento porque tem um impacto positivo tanto para o doente como para o profissional*”. Os significantes “*impacto*” e “*positivo*” produzem sentido de que a estratégia desempenha um papel importante para o controle da doença.

O DOTS trouxe várias aprendizagens nos aplicadores ao longo dos anos que contribuíram também para o aperfeiçoamento do mesmo. Vale-nos a ideia de Stone

(2007) que enfatiza a aprendizagem política como resultando em uma transferência coerente de ideias, políticas e práticas. Em seguidas apresentamos alguns recortes que indicam haver aprendizagem no processo de implementação do DOTS.

Recorte nº90

Uma das lições mais importantes que estamos a aprender com a estratégia: não é de fácil implementação, então nós precisamos de fortificar o nosso sistema de saúde. Quando falo de sistema de saúde não me refiro a sistema de saúde baseado na unidade de saúde, mas sobretudo o fortalecimento de sistema comunitário de saúde. Nós, durante anos, não vamos conseguir cobrir todo o país em termos de infraestruturas de saúde, então é preciso fortificar o sistema comunitário de saúde através de e é (...) não só imponderar a comunidade, também fornecer meios essa comunidade para poder contribuir. É preciso que haja maior investigação no sistema comunitário de saúde. Outra lição aprendida, é, é, é, deixa-me lá ver... Talvez melhorar a capacidade de gestão dos supervisores distritais, melhorando também incentivos para ele permanecer a nível distrital como supervisor distrital de TB. Por causa deste problema da rotatividade tem-nos causado alguns problemas de gestão de TB. A outra lição aprendida é que o governo tem que envolver-se mais nesta implementação quando digo envolver-se mais, melhorando a contribuição financeira no controle da TB. (S1GC).

Observamos neste recorte, em primeiro lugar, o implícito que é “o não-dito que define em relação ao dizer” (ORLANDI, 2007, p. 102), quando o sujeito enuncia

que “*não é de fácil implementação, então nós precisamos de fortificar o nosso sistema de saúde*”. Esta sequência implicitamente denuncia a fragilidade do SNS de controlar a TB. Voltando às primeiras marcas linguísticas da sequência em análise: “*não é de fácil implementação*”, observamos que discursivamente o sujeito reconhece as dificuldades inerentes a implementação de DOTS.

Cabe-nos ressaltar que o discurso do sujeito é perpassado por outras vozes oriundas de vários aplicadores de DOTS de todo país. Nesse interdiscurso enquanto memória conjugado com o real histórico, observamos, uma posição sujeito que imagina como vai ser o SNS nos próximos anos, ao enunciar: “*nós durante anos não vamos conseguir cobrir todo o país em termos de infraestruturas de saúde, então é preciso fortificar o sistema comunitário de saúde através*”. Compreendemos, nesta sequência, a dificuldade do SNS em oferecer os serviços de saúde para todos, ou seja, o acesso e a cobertura continuarão deficientes por mais anos.

Assim, o sujeito avança com ideia de fortificação do sistema comunitário, que tem sido na maior parte responsável dos doentes nas comunidades. Vale-nos ressaltar que o ACS é um conhecedor da cultura e das práticas existentes sobre a saúde e doença, mas por outro lado como afirma Mialhe e David (2011) é uma espécie de tradutor da cultura popular ao saber científico da saúde que tem sido representado por profissionais da saúde.

Assinalamos um reconhecimento do sujeito em relação a importância da comunidade enquanto um grupo afetado por uma determinada ideologia e perpassadas de determinadas FDs. Sendo importante trazer novas FDs que se inscrevem na forma de tratar a TB principalmente na adesão envolvendo a oferta de meios que fortifiquem as atividades da comunidade no combate à TB: “*não só*

imponderar a comunidade, também fornecer meios essa comunidade para poder contribuir”.

A sequência discursiva “*a outra lição aprendida é que o governo tem que envolver-se mais (...)*” produz sentido do reconhecimento do sujeito de que o envolvimento do governo que se assiste nos últimos tempos não satisfaz as necessidades atuais para o controle da TB. Observamos também na sequência discursiva seguinte: “*talvez melhorar a capacidade de gestão dos supervisores distritais melhorando também incentivos para ele permanecer a nível distrital como supervisor distrital de TB*”, indiciando a necessidade de melhorar a gestão dos gestores distritais. Mas o significante “*talvez*” não só significa a dúvida, mas também remete-nos à falta de pesquisa sobre o processo de gestão da TB que pudesse dar confiança ao sujeito coordenador em dizer concretamente o que se deve e pode fazer.

Neste bloco discursivo: **potencialidades, inovações e fragilidades do DOTS no controle da TB**, vários sentidos são (re)produzidos mas fazemos menção os do comprometimento político, o apoio das ONGs, a participação dos ACS, da família como componentes importantes no DOTS, mas também circulam sentidos que significam fragilidades ou concorrem para a fragilização do controle da TB, tais como a falta dos RH em quantidade e qualidade, o aumento dos caso de coinfeção HIV/aids/TB, falta de transporte, falta de infraestruturas sanitárias e de meios de detecção de casos. Cabe-nos recordar, como explicamos na nossa metodologia que os sentidos não são estanques eles migram de um bloco para outro, portanto, alguns sentidos produzidos aqui, também de alguma forma foram em outros blocos.

8.5.4. Discurso não buscado pelo roteiro: possíveis soluções

Ao fim de cada entrevista dávamos o entrevistado a oportunidade de falar sobre o que se havia perguntado ou sobre outro assunto/questão que ele achava ser importante para partilhar com o pesquisador. Embora muitos deles tenham tido que nada tinham a partilhar dois (S10M e S11GE) enunciaram várias sequências discursivas deixando pistas de que se tratava de possíveis soluções que eles gostariam de ver operacionalizadas.

Recorte nº91

Em termos de meios o programa já tem uma motorizada e o combustível, mas em contrapartida só existe 1 responsável de TB de tal forma que acontece para o supervisor. Se nós pudéssemos ter pontos focais seria bom, porque o que acontece é que o mesmo supervisor deve sair para aquela unidade sanitária, e isso acaba complicando o esquema. Se nós pudéssemos ter pontos focais em todas as unidades sanitárias existentes no distrito ou fazermos uma espécie de treinamento para garantir que aquele doente que está na unidade sanitária ou distante do centro da saúde - sede fosse assistido lá mesmo e tivesse um acompanhamento quase idêntico ao acompanhamento que acontece na sede, eu acredito também que poderíamos melhorar muito a toma observada do medicamento.
(S10M).

A sequência discursiva “se nós pudéssemos ter pontos focais seria bom” sugere-nos que a vontade do sujeito seria de ver colocado em todas USs de cada

distrito profissionais que pudessem responder pela área da TB o que não está acontecendo neste momento, porque em muitos distritos o DOTS é administrado na sede do distrito e a sua expansão para outros locais do mesmo distrito é feita de forma “móvel” – deslocamento de profissionais da sede distritais para outras US. Observamos também uma denúncia na sequência discursiva: “*se tivesse um acompanhamento quase idêntico ao acompanhamento que acontece na sede*”. O significante “*tivesse*” denuncia uma falta de acompanhamento, ou seja, um acompanhamento desigual entre as USs periféricas com a da sede distrital, o sujeito denuncia por outro as iniquidades sociais, no acesso aos serviços de saúde principalmente ao tratamento da TB. A literatura aponta que a falta de acesso ao tratamento constitui um entrave para o TDO, e, quiçá para todo DOTS (PUBLIC HEALTH WACT, 2006; WHO, 2006).

Recorte nº92

O que eu gostaria é em relação à formação. A formação de colegas é importante, porque vão perceber melhor como lidar com TB. Precisamos que a formação de controle de infecção seja abrangente.
(11GPE).

Observamos no recorte 95 o sujeito assujeitado pela ideologia e circundado pelas condições de produção a fazer não só a denúncia da falta dos RH mas sugerindo a formação dos mesmos. As marcas linguísticas sublinhadas denunciam a falta de formação dos recursos humanos capazes de assegurar o sistema de saúde, a falta de conhecimento científicos adequados dos profissionais em atividades. Ressaltamos que esse discurso vem sendo dominante em vários recortes apresentados na nossa análise. A formação pode ser entendida como o único

caminho para o RH melhorar o seu desempenho. A qualificação dos profissionais de saúde tem sido apontada como um dos aspetos importante na implementação de políticas principalmente de saúde (MOÇAMBIQUE-MISAU, 2007; WHO, 2014).

Neste bloco: **discursos não buscados pelo roteiro: possíveis soluções**, circulam sentidos daquilo que se imagina que seria melhor para o controle da doença: expansão do DOTS para fora das sedes distritais e formação de profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da abordagem qualitativa com enfoque a AD de matriz francesa valeu-nos para analisar a TP do DOTS a partir da visão dos gestores central, provincial e distrital e profissionais de saúde de Nampula. Embora o estudo não seja generalizável, quantitativamente, devido a amostra, as sequências discursivas enunciadas são representativas se levarmos em conta as FDs em que se inscrevem, as condições de produção, a ideologia, e a realidade sócio-histórica existente no país. Portanto, trata-se de uma representatividade ideológica em que os sujeitos participantes da pesquisa se encontravam *assujeitados*, o que de certa forma trouxe contribuições valiosas para a compreensão da TP.

Uma outra limitação que merece menção é a falta de dados epidemiológicos da TB de cada distrito pesquisado, porém isso não retira a validade do estudo, uma vez que o estudo explora os sentidos produzidos.

No que tange à percepção e experiências da implementação do DOTS, observamos um esquema reprodutor, qual seja, os profissionais da saúde reproduzem em seus discursos dizeres e formas de controle do discurso médico, mas também de órgãos como PNCT, MISAU e OMS.

Nessas condições de produção, a subjetividade do enfermo é desconsiderada, o que afeta negativamente os modos como (re)significa a doença, o tratamento e as possibilidades de cura. Nessa linha de pensamento, destacamos que o não reconhecimento da subjetividade do doente, por parte dos profissionais da saúde e, em alguns casos, também por parte da instituição familiar podem implicar negativamente no processo de constituição de sua identidade, visto que são imaginados como sujeitos cuja memória discursiva deve ser apagada.

Mediante as sequências discursivas analisadas percebemos contrastes entre os enunciados central, documentos oficiais e os enunciados dos gestores distritais médicos e enfermeiro. Os primeiros indicam que o DOTS se encontra implantado em todo território nacional, mas nos distritos estudados, o DOTS cobre principalmente a US da sede distrital havendo ainda localidades e povoações sem abrangência. Esta situação de certa forma pode contribuir na dificuldade de detecção de novos casos de TB.

Os achados apontam como potencialidades da implementação do DOTS o registo de algumas melhorias na gestão dos serviços ligados ao controle da TB; participação das ONGs nas atividades de combate à TB; aumento do número de pessoas com acesso ao tratamento; a importância da participação da família no processo da cura do doente, a redução do abandono ao tratamento; aumento da taxa de cura e a redução de contágio entre os profissionais de saúde.

O estudo indica como estratégias e inovações no processo da implementação do DOTS a inclusão dos ACS no processo de tratamento da TB; a busca dos assintomáticos e da testagem dos suspeitos dentro das comunidades mais longínquas das US (processo feito através de deslocamento de profissionais que levam consigo o microscópio e testes de HIV); a ação de entrega de escarradores aos suspeitos, de encaminhamento do material recolhido junto do doente ao laboratório e de entrega de medicamentos em domicílio por parte dos ACS. O levantamento do medicamento no setor do PNCT em locais onde existe o setor da TB, a ingestão de medicamentos na presença de um profissional da saúde, familiar ou ACS, também são anotados como uma inovações e potencialidades.

Identificamos como fragilidades do DOTS a falta de profissionais de saúde de todos os níveis em todo país e a designação para PNCT de profissionais menos

qualificados e sem autorização para tratarem pessoas co-infectadas (HIV/aids/TB) principalmente nos distritos e na Província de Nampula; mudanças constantes de profissionais de locais de trabalho e de atividades sem devida substituição o que torna mais oneroso a formação dos novos profissionais na área da TB; falta de insumos como escarradores; difícil acesso aos serviços de saúde; desigual distribuição geográfica de USs; longas distâncias percorridas por doentes e profissionais de saúde; infraestruturas insuficientes e inadequadas para o tratamento da TB; decisão centralizadas em níveis provincial e central; falta de partilha de experiências entre os distritos, menor financiamento por parte do governo e maior dependência financeira externa; falta de incentivos aos ACS, falta de integração dos curandeiros no SNS; Dificuldades de se encontrar ACS dentro das comunidades devido aos níveis baixos educacionais da população e a falta de domínio da língua oficial portuguesa.

Ainda fazem parte de fragilidade a falta de meios de transporte tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes, estradas intransitáveis principalmente em tempos chuvosos o que dificulta a distribuição de medicamentos para os locais mais longínquo do distrito. Alguns discursos deixaram evidente a demora do sujeito profissional de saúde em pedir a baciloscopia para os pacientes com sintomas de TB.

Cabe-nos lembrar que embora haja limitações as ações do DOTS: detecção de casos; tratamento diretamente observado; disponibilização de medicamentos; sistema de registos de casos e o comprometimento do governo no controle da TB, estão sendo feitas em Moçambique. Nesse contexto, as constatações que acabamos de apresentar instiga-nos a pensar em medidas a curto, médio e longo prazos para a melhoria do processo da implementação do DOTS no país:

- ***Medidas a curto prazo.***

A implementação e manutenção de DOTS para o controle da TB devem ser sistêmicos com enfoque na tríade: formação e valorização (salários condignos, incentivos e promoções) dos RH; mobilização da comunidade no controle da TB; e o *empoderamento do* doente para a participação no processo da cura de forma consciente e proativa. Enquadramento legal dos ACS no SNS e o compromisso do governo em capacitar e ofertar incentivos monetários ou materiais exigindo deles a responsabilidade no desempenho das suas atividades.

A submissão de todos os pacientes com tosse há mais de 2 semanas e/ou outros sinais da TB logo na primeira consulta, pode aumentar o processo de detecção dos casos e redução do alastramento da doença.

A Partilha de experiências entre os profissionais de distritos diferentes pode ser importante na troca das inovações desenvolvidas em cada distrito contribuindo na melhoria das atividades. Também se torna necessários que os técnicos, médicos, enfermeiros que trabalham no PNCT sejam mantidos por longos períodos e caso haja a necessidade de transferir possam trabalhar na mesma área, o que pode reduzir a falta de profissionais ocasionada pela mobilidade.

Registro e capacitação dos praticantes de medicina tradicional em área de TB e a obrigação deles em referenciar os doentes suspeitos de TB às USs pode trazer maiores ganhos na luta contra a doença;

A descentralização das decisões para o nível provincial e distritais poderá trazer mais iniciativas no controle da doença.

A Realização de pesquisas mistas e a incorporação de outros referenciais que tragam as questões culturais, filosóficas, políticas e epidemiológicas pode ser de extrema importância na ampliação de conhecimentos na compreensão e na identificação de formas de agir contra a doença.

O compromisso do governo deve ser pragmático traduzindo-se em ações concretas como o aumento do financiamento das ações do controle da TB incluindo as pesquisas, formações, legislações e a garantia de direito à saúde a todos os moçambicanos.

- ***Medidas a médio e longo prazos***

Para se assegurar a implantação a longo prazo é necessário, no nosso entender, formação de profissionais de saúde em níveis mais altos que poderá assegurar a qualidade dos SNS.

A luta contra a TB não deve ser tratada como assunto simplesmente de Moçambique, mas da região principalmente dos dois países vizinhos que contribuem com mais casos (África do Sul e Zimbabwe), o que requer a criação de parcerias conjuntas na luta contra a doença.

A construção de infraestruturas adequadas para o atendimento de casos de TB e o aumento de unidades sanitárias de modo a abranger mais populações, o que permitirá a redução das distâncias; alocação de transportes como ambulâncias para pacientes que vivem distantes das US.

O melhoramento das estradas e a oferta de transporte público para as populações pode, de certa forma, reduzir as distâncias que constituem grande entrave de acesso ao tratamento. O aumento em quantidade e qualidade de educação para a população pode proporcionar maior percepção da doença e engajamento na luta contra ela.

Sendo que a TB continua a constituir um problema sério para a população moçambicana apesar dos esforços do governo e engajamento dos trabalhadores de saúde, este estudo leva-nos, de forma geral, a concluir que os dirigentes moçambicanos, para implementar e manter o DOTS devem atuar sobre os determinantes sociais de saúde.

REFERÊNCIAS

ADAMS, L. V.; WOELK, G. B. Tuberculose e HIV/AIDS. In WARKLE, W.H; FISHER, M.A.; SMEGO JR., R.A. **Compreendendo a Saúde Global**. Porto Alegre: AMGH, 2015, p. 263-299.

ADEBIEMPE W.E.O. et al. Treatment Outcomes among human immunodeficiency virus and tuberculosis co-infected pregnant women in resource poor settings of south - western Nigeria. **Sera Leone Journal of Biomedical research**, vol. 3, n.3, p. 151-156, 2011.

ALMEIDA-SANTOS, A.; ROFFARELLO, L.M.; FILIPE, M. *Moçambique 2014*. Moçambique: OECD, 2014. Disponível em: <http://www.africaneconomicoutlook.org/fileadmin/uploads/aeo/2014/PDF/CN_Long_PT/Mozambique_PT_BAT.pdf>. Acesso em: 24 de Dezembro de 2015.

ALTHUSSER. L. **Ideologia e aparelhos ideológicos do estado**. Lisboa: Presença, 1970.

ANTUNES, A.V.; ANNA, L.R.S. Satisfação e motivação do trabalho de enfermeiro. **Rer. Bras. Enferm.** Brasília, v. 49, n. 3 p. 425-434,1996.

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação de estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.12, v.2, p.455-464; 2007.

ASSOLINI, F.E.P. Análise discursivo dos saberes e fazeres pedagógicos de professores de ensino fundamental. **Alfa**, São Paulo, v. 52, n.1, p.123-147, 2008.

_____. **Interpretação e letramento: os pilares de sustentação de autoria**. 2003.Tese (Doutorado em Psicologia e Educação) – Faculdade de Filosofia,

Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.

BADAJIDE, T.I. et al. Prevalence of tuberculosis among patients attending two secondary hospitals Abe Okut a Ogun State. **Africa journal of Clinical and Experimental microbiology**, vol. 15, n. 3, p.144-150, 2012.

BANCO MUNDIAL. **O relatório sobre o desenvolvimento em Moçambique**. Maputo. 2013.

BANDURA, A. **Modificação do comportamento**. Rio de Janeiro: Intereamericana, 1979.

BARISTA, A.A.V et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, vol. 39 n.1 p.85-91. 2005.

BARRRÊTO, A. J. R. et al. Organização de saúde e gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & saúde coletiva**, v.17,n.7, p.1875-1884, 2012.

BARRONI ; D.P.M.; CUNHA, C. S. Reflexão sobre a resistência na clinica a partir de Michel Foucault. **Psicologia Ciência e Profissão**, n.4,p. 682-695, 2008.

BATISTA, A.A.V. et. al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rer. Esc. Enfermagem USAP**, v.39, n.1, p.85-91, 2005.

BENSON, D. E.; JORDAN, A. What have we learned from policy transfer research? Dolowitz and Marsh Revisited. **Political studies review**, v. 9, p. 366-378, 2011.

BERTAZONE, E.C. **A assistência ao portador de tuberculose pulmonar sob ótica dos trabalhadores**. 2003. Tese (Doutorado apresentada a Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BISSELL, K.; LEE, K.; FREEMAN, R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. **Int J Tuberc Lung Dis**. Paris, v. 15, n. 9, p. 1140-48, 2011

BITTAR, O.J.N.V. Gestão de processos e certificação para a qualidade em saúde. **Rv. Ass Med Brasil**, v.45; n.4, p.357-63, 1999.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, p. 20-28, 2002.

BOOGAARD, J.V.D. et al. Community Vs. facility-based directly observed treatment for tuberculosis in Tnzania's Kilimanjaro. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.13, n.12, p.154-1529, 2009.

BOS, J. C. et al. TB diagnostic process management of patients in a referral hospital in Mozambique in comparison with the 2007 WHO recommendations for the diagnosis of smear-negative pulmonary TB and extrapulmonary TB. **Int Health**, n.5, p. 302-308, 2013.

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à Análise do discurso**. 3e ed. Campinas, SP: Unicamp, 2012.

BRASIL, **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino – serviço**. 4ª ed. Brasília – DF, 1994.

_____. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília - DF: Ministério da saúde, 2011a.

_____. **Tratamento diretamente observado (TDO) ta tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem.** Brasília - DF: Ministério da saúde, 2011b.

BRITO-SILVA; K. BEZERRA, A.F.B.; TANAKA, O.Y. Direito à Saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação. **Interface Comunicação Saúde educação**, v. 16, n.40, p.249-59, 2012.

BROUWER, M. et al. Implementation of tuberculosis infection prevention and control in Mozambican health care facilities. **Int. J. Tuberc. Lung Dis**, v.19, no1, p. 44-49, 2015.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI-FILHO, A. Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMACHO, T.S. **Teorias de transferências de políticas públicas: um estudo crítico e ilustrado com o caso da transferência do Bolsa escola para o Equador.** 2011. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2011.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.

CAZARIN, A.E. Gestos interpretativos na configuração metodológica de um FD. **Organon**, n. 48, p.103-118, 2010.

CHARAUDEAU, P. **Langage et Discours**, Paris: Hachette, 1983

CHURDYARD, G.J. et al. Tuberculosis preventive therapy an underutilised strategy to reduce individual of Tb and contribute to TB control. **SAMJ**, v. 104, n.5, 2014.

CLIFF, J; WALT, G. NHATAVE, I. What's in name? Policy transfer in Mozambique; DOTS for tuberculosis and syndromic management for sexually transmitted infections. **Journal of Public Policy and Administration**, v.13, nº 1, p.38-55, 2004.

COELHO-JUNIOR, F.A.; BORGES-ANDRADE, J. Uso do conceito de aprendizagem e estudos relacionados ao trabalho e organizações. **Paidéia**, v.18, n.40, p.221-234, 2008.

CONCEIÇÃO, M.C.G.S.R. **Hospitais da primeira referência. Distrito de saúde e estratégia dos cuidados de saúde primários em Moçambique**. 2011. Tese (Doutorado). Instituto de Higiene e Medicina tropical. Universidade de Nova de Lisboa. Lisboa: Lisboa, 2011.

COURTINE, J.J. **Análise do Discurso Político: o discurso comunista endereçado aos cristãos**. São Carlos: EDUFSCAR, 2009.

CRISPIM, J.A. **O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose em duas modalidades de atenção primária à saúde no município de Ribeirão Preto – SP**. 2013 Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2013.

CRUZ, L.A.R. Direito à Saúde: de norma programática à direito individuável exigível. **Revista SJRJ**, v.19, n.34, p.119-132, 2012.

CURY, I.T. **Direito fundamental à saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

DANIEL, O.J. et al. HIV-TB co-infection in children: assoated factors and access HIV servives in lagos, Nigeria. **PHA**, v.5.n.3, p.165-169, 2015.

DAVIDOFF, L. **Introdução à psicologia**. 3ª ed. São Paulo. MakronBooks. 2001.

DOBLER, C.C. et al. Success of community-based directly observed anti-tuberculosis treatment in Mongolia. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.19, n.6, p.657-662, 2015.

DOLOWITZ, D. British employment policy in the 1980s learning from the American experience. **Governance: an international journal of policy and administration**, v.10, nº 1, p.23-42, 1997.

DOLOWITZ, D. GREENWOLD, S; MARSH, D. Policy transfer: something old, something new, something borrowed, but why red, white and blue? **Oxford University Press**, v.52, n.4, p. 719-730, 1999.

DOLOWITZ, D.P. British employment policy in the 1980s: learning from the American experience. **Governance: An International Journal of Policy and Administration**, v.10,n.1,p.23-42, 1997.

DOLOWITZ, D.P.; MARSH, D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy – making. **Governance: an international journal of police and administration**, v.13, nº 1, p.5-25, 2000.

DUBOIS, J. Lexicologia e análise de enunciado in ORLANDI, EP (Org). **Gestos de Leitura**. 3ª ed. Unicamp, 2010, p. 99-115.

DYE, C. et. al. What is the limit to case detection under the DOTS strategy for tuberculosis control?. **Tuberculosis**, v.83, n.1-3, p.35-43, 2003.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Zahar 2004.

ERNS-PEREIRA, A. A falta, o excesso e o estranhamento na constituição/interpretação do corpus discursivo. **IV-SEAD Seminários de estudos**

em nálise do discurso 1969-2009: memória e história na/da Análise do Discurso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, de 10 a 13 de novembro de 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/4SEAD/SIMPOSIOS/AracyErnstPereira.pdf> . Acesso em: 04 de Agosto de 2015.

ERNST-PEREIRA, A; MUTTI, R. M. V. O analista de discurso em formação: apontamentos à pratica analítica. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v.36, n.3, p. 817-833, 2011. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acesso em: 05 de outubro de 2014.

EVANS, M.; DAVIES, J. Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective. **Public Administrations**, v. 77, n. 2, p.361-385, 1999.

FERNANDES, C.A. **Análise do discurso: Reflexões introdutórias**. 2ª ed. São Carlos: Claraluz, 2008.

FERREIRA, A.A.A. et al. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. **Ver. BrasvEpidemiol**, v.8, n.2, p.142-9. 2005.

FERRERA, M. C. L. Estudos da Lingua(gem) Michel Pêcheux e AD- Linguagem, Ideologia e Psicanálise. **Vitória Conquista**, n.1, p.69-75, 2005.

FIGUEREDO, T.M.R.M. et al. Desempenho de Atenção Básica da TB. Rev. **Saúde Pública**, v.43, n.5, p.825-31, 2009.

FINK, B. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FLOYD, K. Costs and effectiveness – the impact of economic studies on TB control. **Tuberculosis**, v83, n1-3, p.187-200, 2003.

FONSECA, M.A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: EDUC, 2011.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde de família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Ver. Latino-am Enfermagem**, 2005. n.13, v.2. p. 262-8, 2005.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo, Loyola, 1995.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2014

_____. **Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**.

MOTTA, V.L.A (Org. e seleção de textos). 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FRANZESE, C. Administração Pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. In IBAÑEZ, N; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, P.H.A (Org.). **Política e gestão Pública em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011, p. 30-70.

FREEMAN, R. **Policy transfer in the health sector**. Forum conference paper WS/35, Florence: European University Institute Sector, 1999.

FREUD, S. **Obras completas, volume 16: O eu e id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo Companhia das Letras, 2011

_____. **Obras completas volume 17: inibição sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão (1926-1929)**. Tradução DE SOUZA P.C. 1ª Edição São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

GALLARI, S.G. Direito à saúde. **Rev. Saúde Publ**, v.22, n.1, p. 57-63, 1988.

GARCIA – BASTEIRO, A. L. et al. Mozambique faces challenges in the fight against tuberculosis. **The Lancet**, v. 383, n. 9913, p. 215-2016, 2014.

GAUDENZI, P; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface** (Botucatu), v.16, n.40, p. 21-34, 2012.

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

GILIO, A.P.F; FREITAS, G.F. Um olhar sobre a realidade de Moçambique: a enfermagem e a saúde. **Rev. Bras Enferm**. Brasília, v. 61, n. 1. P.98-102, 2008.

GONZALES, R.I.C. et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.42, n.4, p. 628-34, 2008.

GRNAJO, P. Saúde e doença em Moçambique. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4 p.567-581, 2009.

GRICOLETTO, E. Do lugar social ao lugar discursivo: o imbricamento de diferentes posições-sujeito. In II Seminário de Estudos em Análise do discurso. Porto Alegre: UFRGS. 2005. Disponível em: <http://www.analisedodiscurso.ufrgs.br/anaisdosead/2SEAD/SIMPOSIOS/EvandraGrigoletto.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2014.

GRUBELLALE, J.M; GRAVE, P.S; MENDES, A. A. Questão Institucional e suas Implicações para o Pensamento Estratégico. RAC Edição Especial, p. 37-60, 2004.

GUILHAUMOU, J. Le corpus em analyse dediscours: perspective historique. **Corpus** – n.1, 2002. Disponível em: <http://corpus.revues.org/8>. Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas Culturais, sociais e políticos da participação social dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 797-805, 2006.

GUNAES, C.; JUPUR, M. Construcionismo social e matapsicologia: um diálogo sobre o conceito self. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.19 n. 2, p135-143, 2003.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. In **Análise psicológica**, v.3, n.XXIV, p. 363-372, 2006.

HOLTGRAVE, D.R. The Role of Quantitative Policy Analysis in HIV Prevention Technology Transfer. **Public Health Reports**. Washington, n. 119, p. 19-22, 2004.

HOUBEN, R.M.G.; WHITE, R. G. To improve ou tuberculosis burden estimate we need learn from each other. **Int. J.Tuberc. Lung Dis**, v.19, n.3, p.255; 2015.

HULME, R. Policy Transfer and the Internationalisation of Social Policy. **Social Policy and Society**. Cambridge. v. 4, n. 4, p. 417-25, 2005.

IBANÊS, S.A. et al. Panorama internacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle de TB. **ABCS Health Sciences**, v.38, n.1, p.25-32, 2013.

Instituto Nacional de Estatística de Moçambique. Dados estatísticos. Disponível www.ine.gov.mz Acesso em: 25 de abril de 2015.

JAMES, O.; LODGE, M. The limitations of policy transfer and lesson drawing for public policy research. **Political studies review**, n.1, p.179-193, 2003.

JORGE. A.M.G. **Introdução à percepção: entre sentidos e o conhecimento**. São Paulo, 2011.

KARENJEKAR, V.D. et al. Treatment outcome and follow-up of tuberculosis patients put on directly Observed Treatment Short-Course under rural health training center, Paithan, Aurangabad in India. **Ann Med Health Sci Res.**, v.4, n.2, p.222-226, 2014.

KETEMA, K.H. et al. Does decentralisation of tuberculosis care influence treatment outcomes. The case of Oromia Region. **Ethiopia Public Health, PHA**, v.4, n.4:s13-s17, 2014.

KHATRI, G.R. DOTS progress in India: 1995-2002. **Tuberculosis.**, n.83, p.30-34, 2003.

KI-ZERBO, J. **História geral da África I: metodologia pré-história de África**. Brasília: UNESCO, 2010.

KUBASKI, J. A. Fatores de satisfação no trabalho: o caso da santa casa de misericórdia de Porto Alegre. In GORDIN, R. et al (Org.). **Práticas de gestão em saúde em busca da qualidade**. Porto Alegre. PPGA. 1996.

LACAN, J. **A família**. Lisboa: Assírio e ALVIM. 1981.

_____. **Nome – do- Pai**. Rio de Janeiro: ZAHAR. 2005.

LAGAZZI, S. **Desafio de dizer não**. Campinas: Pontes. 1998.

LAOK, S. et al. Patient are paying too much for tuberculosis: a direct cost-burden evaluation in Brukina Faso. **PLoS ONE**, v.8, n.8, p.56757, 2013.

LARA, G.M.P.; MACHADO, I.L.; EMEDIATO, W. (Org.) **Análise do discurso hoje**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

LIMA, J.G.; BAPTISTA, L.A. Itinerário do conceito de experiências na obra de Walter Benjamin. **Revista de filosofia**. Natal (RN), v. 20, n.33, p.449-484, 2013.

LIMA, M.C.R.A A. **Estratégias para o controle da tuberculose no sistema prisional: revisão integrativa da literatura**. 2015. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

LIMA, W.G. Política pública: discussão de conceitos. **Interface**, (Porto Nacional), n.8, p.49-54, 2012.

LOPES, M.C.; FILHO, G.I.R. A motivação humana no trabalho: o desafio da gestão em serviços de saúde pública. **Rev. Adm**, v.39, n.1, p.62-75, 2004.

LÓPEZ-VARELA, E. et al. Incidence of Tuberculosis among children in Rural Mozambique. **Pediatr Infect Dis J**, vol. 34, n. 7, p.686-92, 2015

MACEDO, L.C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Comincação e Educação**, v.12, n.26, p.649-57, 2008.

MAHER, D. The global fund and global goals: the role of implementation and operational research. **PHA**, v.5, n. 3, p.154-155, 2015.

MAIALHE, F.L.; DAVID, H.M.S. Os discursos do agentes comunitários de saúde sobre suas práticas educativas. In MAIALHE (Org.). **O agente comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas, SP: Unicamp, 2011, p. 83-120.

MAINGUENEAU, D. Análise do discurso: a questão dos fundamentos. **Cad. Est. Ling.** Campinas, n.19, p.65-74, 1990.

_____. **Novas tendências em análise do discurso**. 3ª ed. Campinas: Editora da Unicamp Pontes, 1997.

MALDIDIER, D.; NORMAND, C.; ROBIN, R. Discurso e ideologia: bases para uma pesquisa. In ORLANDI, E.P (Org.). **Gestos de leitura**. Campinas: UNICAMP, 2010, p.61-97.

MALDIDIER, D. Elementos para uma história da análise do discurso na França. In ORLANDI, E.P (Org.). **Gestos de leitura**. Campinas: UNICAMP, 2010, p. 9-22.

MARANDIN, J.M. Sintaxe, discurso: do ponto de vista de análise do discurso. In ORLANDI, E.P (Org.). **Gestos de leitura**. Campinas: UNICAMP, 2010, p.117-141.

MARTINS, A. C. S. Linguagem, subjetividade e história: a contribuição de Michel Pêcheux para a constituição da análise do discurso. **Unimontes Científica**. Montes Claros, v.6, n.1, p.1-10, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**. São Paulo. Jinkings Editores, 1998.

MELO, M.A, et al. Características Organizacionais da Vigilância Sanitária Municipal e sua Relação com os Indicadores de Saúde. **Revista de Administração da UEG**. V.6, n.1, Goiania, 2015.

MENDEZ, E.A.M. **Análise do discurso hoje**. Rio de Janeiro: nova fronteira, 2008, p. 15-30

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC. 2014.

MOÇAMBIQUE. Lei nº 2/77 de 27 de setembro. Dispõe sobre a criação de taxas de internamento hospitalar e possibilidade de atualização das mesmas. **Boletim da República**. I série nº 24. 1977, 27 set.

_____. Decreto-Lei nº 5/75 de 19 de agosto. Dispõe sobre a nacionalização das clínicas privadas. **Boletim da República**. I Série, nº 24. 1975, 19 de agosto.

_____. Lei nº 25/91 de 31 de dezembro. Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Saúde. **Boletim da República**. I série, nº 54. 1991, 31 dez.

_____. Lei nº 26/91 de 31 de dezembro. Dispõe sobre autorização de cuidados de saúde, em estabelecimento próprio ou domicílio do doente e o transporte de doentes, grávidas e parturientes, por pessoas singulares ou coletivas de direito privado com carácter lucrativo ou não. **Boletim da República**, I série, nº 52, 1991, 31 de dez.

_____. **Constituição da República de Moçambique**. Maputo: Imprensa Nacional, 2004.

_____. Lei nº 11/2004 de 14 de abril. Dispõe de política de medicina tradicional e estratégia de implementação. **Boletim da República**, I série nº 15; 2004, 14 de abr.

_____. Lei nº. 40/2004 de 18 de fevereiro. Dispõe sobre Regulamento geral dos hospitais. **Boletim da República**, I Série, nº 7, 2004, 14 de abr.

_____. **Plano Nacional de acção para criança II 2013-2019: a criança em primeiro lugar**. Maputo: MISAU, 2012.

_____. Estratégia global da Reforma do sector público, 2001-2011. Maputo: CIRES, 2001.

MOÇAMBIQUE – GOVERNO PROVINCIAL DE NAMPULA. **Plano estratégico de Província de Nampula 2010-2020**. Nampula: Governo Provincial de Nampula, 2010.

MOÇAMBIQUE – INE. **Estatísticas do distrito Mecubúri**. Maputo: INE, 2013a.

_____. **Estatísticas do distrito Meconta**. Maputo: INE, 2013b

_____. **Estatísticas do distrito Muecate**. Maputo: INE, 2013 c

_____. **Estatísticas do distrito Mogovolas**. Maputo: INE, 2013d.

_____. **Estatísticas do distrito Monapo**. Maputo: INE, 2013 e.

_____. **Estatísticas do distrito Rapale**. Maputo: INE, 2013f.

_____. **Estatísticas do distrito Ribáuè**. Maputo: INE, 2013g.

_____. **Estatísticas do distrito Murrupula**. Maputo: INE, 2013h.

_____. **Estatísticas Da cidade de Nampula**. Maputo: INE, 2013j.

MOÇAMBIQUE - MAE. **Perfil do Distrito de Mecubúri – Província de Nampula**. Maputo: MAE, 2005a.

_____. **Perfil do Distrito de Meconta – Província de Nampula.** Maputo: MAE, 005b.

_____. **Perfil do Distrito de Muecate – Província de Nampula.** Maputo: MAE 5ª ed. 2005b.

_____. **Perfil do Distrito de Mogovolas – Província de Nampula.** Maputo: MAE, 2005d.

_____. **Perfil do Distrito de Monapo – Província de Nampula.** Maputo: MAE, 2005e.

_____. **Perfil do Distrito de Rapale – Província de Nampula.** Maputo: MAE, 2005f.

_____. **Perfil do Distrito de Ribàué – Província de Nampula.** Maputo: MAE, 2005g.

_____. **Perfil do Distrito de Murrupula – Província de Nampula.** Maputo: MAE, 2005h.

MOÇAMBIQUE – MISAU. **Plano estratégico nacional de controlo da tuberculose em Moçambique para o período 2008-2012.** Maputo: MISAU, 2007

_____. **Política e plano nacional de controlo da infecção para a tuberculose em unidades sanitárias e ambientes conglomerados de Moçambique.** Maputo: MSAU, 2010

_____. **Relatório de actividades desenvolvidas durante o ano de 2010.** Maputo: MISAU, 2011.

_____. **Relatório do setor da Saúde**. Maputo: MISAU, 2012

_____. **Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014-2019**. Maputo: MISAU, 2013

_____. **Relatório das actividades desenvolvidas durante o ano de 2014**. Maputo: MISAU, 2015.

MOÇAMBIQUE- MISAU- INE-ICFI. **Moçambique Inquérito demográfico e de saúde 2011**. Maputo: MISAU- INE, 2013.

MOÇAMBIQUE-OMS. **Folha informativa geral sobre o direito à saúde**; s/d. Disponível em: Disponível em <http://www.who.in/hhr>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

MOKHTAR, G. **História geral de África II: África antiga**. Brasília: UNESCO, 2010.

MORAIS, C.M.G. Políticas de saúde e medicina tradicional em Lourenço Marques (Moçambique 1940-1975). **Anais do XV Encontro Regional de História de ANPUH** – Rio. Disponível, em http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1338390631_ARQUIVO_PoliticadesaudeemedicinatradicionalemLourencoMarques.pdf, Acesso em: 11 de outubro de 2015.

MORES, R.; GALIAZZI, M.C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas fases. **Ciência e Educação**, v.12, n.1, 117-128, 2006.

MOURÃO, C.M.L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.10, n.3, p.139-145, 2009.

MULLIGAN, K.; ELLIOTT, S.; SCHUSTER-WALLACE, C.J. Global public health policy and dengue fever in Putrajaya, Malaysia: a critical discourse analysis. **Critical Public Health**. Abingdon, v.22, n.4, p.407-418, 2012.

MUNAY, C.J. Social, economic and operational research on tuberculosis: recent studies and some priority question. **Int. Tuberc. Lung Dis**, v.66, n.4, p.149-56. 1991.

MUNIZ, J.N.; VILLA, T.C. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2002. **Boletim de Pneumologia**, v.10, n.1, p.30-37, 2002.

MURRAY, C.J.L. et. al. Cost effectiveness of chemotherapy for pulmonary tuberculosis in three sub-Saharan African countries. **Lancet**, n.338: 1305-05, 1991.

MUSSALIM, F. “Análise do discurso”. In MUSSALIM, F.; BENTES, A.C. (Org.) **Intridução à linguística: domínios e fronteiras**. Vol. 2 , 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MUSSALIM, F.; BENTES, A.C. (Org.) **Intridução à linguística: domínios e fronteiras**. Vol. 2 , 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.130150.

NAKAMURA, C.C.et al. Motivação no trabalho. **Revista de ciências empresariais**, , v.2, n.1, p.20-25, 2005.

NASAAR, M.R.F. O papel de comunicação nas Organizações: Oportunidades e desafios – Intercon – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da comunicação XXIX – Congresso Brasileiro de Ciências de Comunicação – UnB – 6 a 9 de setembro de 2006. Disponível em: www.portcom.intercom.org.br/pdfs12477442678918100080790152435078876107.

Acesso em: 03 de fevereiro de 2015.

NATAL, S. Tuberculose na criança. **Boletim de pneumologia sanitária**, v.8, n.2, p.6-12, 2000.

NOYES, J.; POPAY, J. Directly observed therapy and tuberculosis: how can a systematic review of qualitative research contribute to improving services? A qualitative meta-synthesis. **Jounal of Advanced Nursing**, v.57, n.3, p.227-243, 2007

OGDEN, J.; WALT, G.; LUSH, L. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. **Social Science & Medicine**, n.57, p.179-188, 2003.

OGOT, B.A. **História geral de África V: África do século XVI a XVII**. Brasília: UNESCO, 2010.

OLIVEIRA, A.A.S. Direito à saúde: conteúdo essencialidade e monitoramento. **Revista CEJ**, v.14, n.48, p. 92-100, 2010.

OMS. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, Direitos Humanos e Legislação: cuidar, sim – Excluir, não**. Genebra: OMS, 2005.

OMS. **Renovação da estratégia de saúde para todos. Elaboração de uma política de equidade, solidariedade**. OMS/OPS – Brasil: Fundação Oswaldo Cruz. 1996.

_____. **Sistemas de saúde em África: percepções e perspectivas das comunidades**. Brazzaville: Escritório Regional da OMS para África, 2012.

ORLANDI, E.P. **Análise do discurso: Princípios e procedimentos**. 8ª ed. Campinas: Pontos, 2009.

_____. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. Campinas: Unicamp. 2007.

_____. **Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos**. 11ª edi. Campinas, SP: Pontes Editores, 2013.

_____. **Discurso em Análise: sujeito, sentido e ideologia**. Campinas: Pontes. 2012.

_____. Discurso, imaginário social e conhecimento. **Em Aberto**, Brasília, v.14, n. 61, p.53-59, 1994.

_____. Exterioridade e ideologia. **Cad. Est. Ling., Campinas** 1996 n.30, p.27-33, 1996.

_____. Michel Pêcheux e a Análise de discurso. **Estudos da lingua(gem)**. Vitória de conquista, n.11, p.9-13, 2005.

ORLANDI, E.P.; GUIMARÃES, E. **Unidade e dispersão uma questão do texto e do sujeito**. Campinas: Unicamp. 1988.

Pacto Internacional dos Direitos Económicos e Culturais. Adotada pela resolução n. 2.200-A (XXI) na Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de Dezembro de 1996. Disponível em <http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 20 de Agosto de 2014.

PAIXÃO, L.M.M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p.205-13, 2007.

PAULIUKONIS, M.A.L.; MONNERAT, L. Operações discursivas na enunciação. In LARA G.M.P.; MACHADO, I. L.; EMEDIATO, W. (Org.). **A análises do discurso hoje**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

PÊCHEUX, M. **Discurso: estrutura ou acontecimento**. Tradução de ORLANDI. E.P. 5ª ed. Campinas : Pontes, 2008

_____. O mecanismo do (des)conhecimento ideológico. In ZIZEK, S. (Org.). **Um mapa de ideologia**. Rio de Janeiro: contrapontos 1996, p.143-153.

_____. Papel da memória. In: ACHARD, P. et al. **Papel da memória**. 3 ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2010. pp.49-57.

_____. **Semântica e Discurso**: uma crítica a afirmação do obvio. 4ª ed. Campinas, SP: Unicamp, 2009.

_____. Análise de discurso: três épocas (1983). In GADET, F e HAK.T.(Org.). **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. 4ª edição, Campinas SP: editora da Unicamp, 2010, p. 140-160.

PEREIRA, H. **Direito sanitário**; s/d. Disponível em: www.anvisa.gov.br/divulga/artigo_direito_sanitario.pdf. Acesso em: 23 de dezembro de 2014.

PEREIRA, M.C.A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho de equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.4, p.7-12, 2001.

PERTOLLI-FILHO, C. **História Social da Tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**. Portugal: Camões Instituto da Cooperação e de Língua Portuguesa, 2014.

PUBLIC HEALTH WATCH. **Política de TB no Brasil: uma perspectiva da sociedade civil**, Rio de Janeiro: Open Society Institute, 2006.

ROQUE, A.C. Doença e cura em Moçambique nos relatórios dos serviços de saúde dos finais do século XIX. **História, Ciências, saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 515-537, 2014.

ROSE, R. Ten Steps in Learning Lessons From Abroad, **European University Institute**, Working Papers, n.5, p. 1-19. 2002. Disponível em: http://cadmus.eui.eu/bitstream/handle/1814/1763/RSCAS_2002_05b.pdf?sequence=1. Acesso em: 06 de Dezembro de. 2015.

ROSSI, A. **Moçambique, o Brasil é aqui**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.

RUA, M.G. **Política Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências de administração/UFSC, 2009.

RUFFINO-NETTO, A. As políticas de controle da tuberculose no sistema de saúde no Brasil e a implementação de estratégias DOTS (1980-2005). In RUFFINO-NETO, A.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose: Implementação dos DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais**. Brasil. Instituto do Milênio REDE TB. 2006, p. 10-17.

SÁ, L.D. et al. Tratamento de tuberculose em unidades de saúde da família: história de abandono. **Texto Contexto Enfermagem, Floreanapolis**, v.16, n.4, p.712-8. 2007.

SAIFODINE, A. et al. Patient and health systm among patients with pulmonary tuberculosis in Beira – City, Mozambique. **BMC Public Heath**, v.7, n. 13, p.559. 2013

SALOMÃO, M.A. The national tuberculosis control Programme in Mozambique, 1985-1990. **Bull Int Union Tuberc**, n.66, v.4, p. 175-178, 1991.

SANTOS, C. B. et al. Indicadores epidemiológicos e de impacto de tuberculose para ribeirão preto no período de 1990 a 2000. **Boletim de pneumologia**, v. 10,n.1, p. 31-40, 2002.

SANTOS, M.L.S.G. **Estratégia DOTS no Estado de São Paulo: desafios políticos, técnicos e operacionais no controle da tuberculose**. 2009. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

SCATENA, L.M. et al. Ações para o diagnóstico na família e comunidade dos doentes de tuberculose, Ribeirão Preto – SP, 2009. In VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.R.(Org.). **Diagnóstico da tuberculose: Avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil**. Ribeirão Preto-SP: FUNPEC, 2011, p.33-35.

SCATOLIN, B.E.; et al. Busca de sintomáticos respiratórios para o controle de tuberculose: desempenho do agente comunitário de saúde, Ribeirão Preto, 2009. In VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. **Diagnóstico da tuberculose: Avaliação dos**

serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil. Ribeirão Preto-SP: FUNPEC, 2011, p.87-92.

SCHNEIDER, H. et al. Health systems and the implementation of disease programmes: Case studies from South Africa. **Global Public Health**, Abingdon, v.1, n.1, p.49-64. 2006.

SENKORO, M. et al. Health case-seeeking behaviour among people with cough in Tanzania: findings from a tuberculosis prevalence survey. **Int JTuberc Lung Dis**,; v.19, n.6, p.640-646, 2015.

SILVA, K.L.; SENE, R.R. integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir de formação do . **Rev. Esc. Enf. USP**, v.42, n.1, p. 48-56, 2008.

SNIDER, G. Comunicações, *marketing* social e tecnologias emergentes em comunicação na saúde global. In WARKLE, W.H; FISHER, M.A.; SMEGO JR., R.A. **Compreendendo a Saúde Global**. Porto Alegre: AMGH. 2015, pp.456-487.

SOUZA, F.B.A et al. A sociedade civil na luta contra a TB, Rio de janeiro, Brasil: a percepção das ONGs. In VILLA, T. C. S; RUFFINO-NETTO A. (Org.) **Diagnóstico da Tuberculose: avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil**. Brasil. 2011, p.125-134.

SOUZA, K. M. J. Atuação da enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev. Esc Enferm USP**, v.48, n.5, p.874-82, 2014.

SOUZA, M.S.P.L, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.111-120, 2015.

SPINK, M.J.P; IMENES, M.G.G. Práticas discursivas produção de sentido: apontamento metodológico para a análise do discurso sobre a saúde e doença. In **Revista: Saúde e Sociedade**, v.3, n.2, p.149-171,1994.

STONE, D. Transfer agents and global networks in the 'transnationalizations' of policy. **Jornal of European Public Policy**., v.11, n.3, p.545-566, 2007.

TERRA, M.F; BERTOLOZZI, M.R. Tratamento diretamente observado (DOTS) contribui para adesão ao tratamento? **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.16, n.4. 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acessado em: 30 maio de 2015.

TOAMAYO, A.; PASCOAL, T. A relação de motivação para o trabalho com as metas do trabalhador. **Rac**, v.7, n.4, p.33-55, 2003.

URIAS, V.; WATSNEBE, V.L.B.; BERTOLOZZI, R.M. estudo sobre estratégia do tratamento supervisionado para a tuberculose (DOTS) em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v.2, n.7, p.84-88, 2005.

VENDRAMINI, S.H.F. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde em uma unidade de saúde de ribeirão Preto. A percepção do doente. **Boletim de Pneumologia sanitária**, v.. 10 n. 1, 2002.

VENTURA, M. Direitos Humanos e saúde: possibilidades e desafios. **Saúde e Direitos Humanos**; v.7, n.7, p. 87-100, 2011.

VOLNINK, J.; GANER P. Directly observed therapy for treating tuberculosis (Review). Issue 1 in publisher sience WILEY, 2009. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com> . Acesso em: 22 de janeiro de 2015.

WHO. **Global Tuberculosis Control**. Genebra: HWO, 2013.

_____. **Global Tuberculosis Control**. Genebra: HWO, 2014.

_____. **Global Tuberculosis Control**. Genebra: HWO, 2015.

_____. **Global Tuberculosis control**. Genebra: WHO, 2011.

_____. **Global Tuberculosis control**. Genebra: WHO, 2012.

_____. The STOP Strategy: bulding on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium development gal. 2006. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf?ua=1 Acesso em 13 de Janeiro de 2015.

WIKMAN-JORGESON , P.E et al. Implemtenion, challenges of TB programme in rural norther Mozambique: a evaluation of 2012-2013 Outcomes. **Pathog Glob Health**, v.109, n.5, p.221-227, 2015.

WYSOKI, A.D. **Tratamento da tuberculose: avaliação dos serviços de atenção básica em são José do Rio Preto – SP**. 2014 Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

ZUMA, A. et al. 2013 global report on tuberculosis successes, threats and opportunities. **Lancet**, v.383, n.6, p.1765-1767, 2015.

APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa para gestor do nível central

Orientações iniciais

Roteiro de entrevista – Projeto: Discursos e Produção de Sentidos: Experiências da Transferência de Política de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração para o Combate a Tuberculose em Moçambique - África

Gestor do nível central

Primeiro momento: Expor o projeto, bem como do que se trata “transferência de políticas”.

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a transferência da política de DOTS a partir da visão dos gestores central, provincial e distrital, e profissionais de saúde da província de Nampula.

A transferência de políticas trata-se de um conceito ainda novo em estudos feitos em Moçambique e consiste em compreender como ocorre o processo de transferência de uma determinada política (ou prática de cuidados, por exemplo, DOTS) de um determinado nível governamental, até aos serviços de saúde que realizam DOTS. Desta forma, é de grande importância, ouvir as contribuições da gestão central para compreender como a transferência de DOTS passa da esfera nacional para provincial e, por fim, distrital. Isso poder-nos-á ajudar a compreender as potencialidades e 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 do 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 a outra com o entrevistado

Caracterização da pessoa envolvida no estudo

Nome	(Opcional)_____
Sexo:	M_____; F_____.
Função:	
Anos de exercícios na função	_____anos
Nível de educação	1. Ensino primário do 1º grau _____ 2. Ensino Primário do 2º grau _____ 3. Ensino secundário do 1º grau _____ 4. Ensino secundário do 2º grau _____ 5. Ensino Técnico Básico _____ 6. Ensino técnico médio _____ 7. Bacharelato _____ 8. Licenciatura _____ 9. Pós-Graduação _____ 10. Mestrado _____ 11. Doutorado _____ 12. Outro _____ _____

- 1- Comente sobre a implantação do DOTS no país.
- 2- O programa do controle a tuberculose tem recebido financiamentos de outras instituições além do governo de Moçambique? Se sim, quais são?
- 3- O financiamento recebido satisfaz as necessidades do programa? Se não, pode mencionar as acções/actividades que careceram de financiamento?

- 4- Como é o fluxo de comunicação das informações sobre o DOTS entre os diferentes níveis de coordenação (central, provincial e distrital)?
- 5- O senhor observa alguns aspetos favoráveis à implantação do DOTS? Se sim, quais são?
- 6- Tem sido identificadas barreiras desde o processo de implantação do DOTS, quais?
- 7- Fale da sua experiência na discussão da transferência da política de DOTS com outros responsáveis provinciais e/ou distritais.
- 8- A transferência da política DOTS trouxe inovações nas ações de controle da TB? Se sim, descreva algumas experiências.
- 9- O senhor tem observado algumas barreiras no processo de implementação? Se sim, pode mencioná-las?
- 10-Quais são os aspetos favoráveis que têm identificado na implementação da política de DOTS?
- 11-Quais são as facilidades e dificuldades para operacionalização de busca de assintomáticos respiratórios no país?
- 12-Quais são as facilidades e dificuldades em relação a retaguarda laboratorial no país?
- 13-Quais são as facilidades e dificuldades em relação aos medicamentos?
- 14-Comente o compromisso político em relação as ações de controle de DOTS

15-Que lições são aprendidas com a transferência da política do DOTS na melhoria das ações de controle da tuberculose?

16-Antes de terminar, gostaria de dizer algo sobre o que falamos aqui? Ou sobre qualquer outro aspecto que acha importante partilhar connosco?

Muito obrigado pela sua atenção

APÊNDICE - B: Instrumento de pesquisa para gestor do nível Provincial

Orientações iniciais

Roteiro de entrevista – Projeto: Discursos e Produção de Sentidos: Experiências da Transferência de Política de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração para o Combate a Tuberculose em Moçambique - África

Gestor do nível provincial

Primeiro Momento: Expor o projeto, bem como do que se trata “transferência de políticas”

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a transferência da política de DOTS a partir da visão dos gestores central, provincial e distrital, e profissionais de saúde da província de Nampula.

A transferência de políticas se trata de um conceito ainda novo em estudos feitos em Moçambique e consiste em compreender como ocorre o processo de transferência de uma determinada política (ou prática de cuidados, por exemplo, DOTS) de um determinado nível governamental, até aos serviços de saúde que realizam DOTS. Desta forma é de grande importância, ouvir as contribuições da gestão provincial para compreender como a transferência do TDO passa da esfera provincial para distrital. Isso poder-nos-á ajudar a compreender as potencialidades e 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 do 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 a outra com o entrevistado.

Caracterização das pessoas envolvidas no estudo

Nome	(Opcional)_____
Sexo:	M_____; F_____.
Função:	
Anos de exercícios na função	_____anos
Nível de educação	1. Ensino primário do 1º grau _____ 2. Ensino Primário do 2º grau _____ 3. Ensino Secundário do 1º grau _____ 4. Ensino secundário do 2º grau _____ 5. Ensino técnico básico _____ 6. Ensino técnico médio _____ 7. Bacharelato _____ 8. Licenciatura _____ 9. Pós-Graduação _____ 10. Mestrado _____ 11. Doutoramento _____ 12. Outro _____

- 1- Fale da implantação de DOTS ao nível da província de Nampula.
- 2- Comente sobre o fluxo de comunicação das informações sobre DOTS entre a província e os distritos.
- 3- Como a província articula a política de DOTS com os distritos?
- 4- O senhor observa alguns aspectos favoráveis à implantação de DOTS na província? Se sim, quais são?

- 5- Tem sido identificadas barreiras desde o processo de implantação do DOTS, quais?
- 6- Quais são as situações mais reportadas pelos distritos ligados a DOTS?
- 7- A transferência de política de DOTS trouxe inovações nas ações de controle da TB ao nível da província? Se sim, descreva algumas experiências.
- 8- O senhor tem observado algumas barreiras no processo de implementação? Se sim, pode mencioná-las?
- 9- Como os profissionais de saúde incorporam o DOTS?
- 10-Quais são as facilidades e dificuldades para a operacionalização de busca de assintomáticos respiratórios na Província?
- 11-Quais são as facilidades e dificuldades em relação aos laboratórios na província?
- 12-Quais são as dificuldades e facilidades em relação aos medicamentos?
- 13-Quais são os aspectos favoráveis que têm identificado na implementação da política de DOTS ao nível desta província?
- 14-Que lições são aprendidas com a transferência da política de DOTS na melhoria das ações de controle da tuberculose na província de Nampula?
- 15-Antes de terminar, gostaria de dizer algo sobre o que falamos aqui? Ou sobre qualquer outro aspecto que acha importante partilhar connosco?

Muito obrigado pela sua atenção

APÊNDICE C: Instrumento de pesquisa para os gestores da saúde ao nível distrital

Orientações iniciais

Roteiro de entrevista – Projeto: Discursos e Produção de Sentidos: Experiências da Transferência de Política de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração para o Combate a Tuberculose em Moçambique – África.

Gestor do nível distrital

Primeiro Momento: Expor o projeto, bem como do que se trata “transferência de políticas”

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a transferência da política de DOTS a partir da visão dos gestores central, provincial e distrital, e profissionais de saúde da província de Nampula.

A transferência de políticas se trata de um conceito ainda novo em estudos feitos em Moçambique e consiste em compreender como ocorre o processo de transferência de uma determinada política (ou prática de cuidados, por exemplo, DOTS) de um determinado nível governamental até aos serviços de saúde que realizam o DOTS. Desta forma é de grande importância, ouvir as contribuições da gestão distrital para compreender como a transferência de DOTS passa da esfera distrital para as unidades. Isso poder-nos-á ajudar a compreender as potencialidades e 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 do 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 a outra com o entrevistado

Caracterização das pessoas envolvidas no estudo

Nome	(Opcional)_____
Sexo:	M_____; F_____.
Função:	
Anos de exercícios na função	_____anos
Nível de educação	16- Ensino primário do 1º grau _____ 17-Ensino Primário do 2º grau _____ 18-Ensino Secundário do 1º grau _____ 19-Ensino secundário do 2º grau _____ 20-Ensino técnico básico _____ 21-Ensino mécnico médio _____ 22-Bacharelato _____ 23-Licenciatura _____ 24-Pós-Graduação _____ 25-Mestrado _____ 26-Doutoramento _____ 27-Outro _____

1- Descreva sobre a sua experiência da aplicação da Política de DOTS da TB, neste distrito onde trabalha

2- Que percepções têm tido com a implementação de DOTS?

- 3- Como tem sido a experiência da implementação da transferência de política DOTS junto aos profissionais (médicos e enfermeiros e/ou técnicos ao nível do distrito)?
- 4- Como as informações de DOTS vêm sendo discutidas com os profissionais atuantes nas unidades sanitárias, nomeadamente: médicos, enfermeiros e/ou técnicos que estão directamente ligados ao DOTS?
- 5- Que estratégias têm sido utilizadas para envolver/motivar os profissionais que se lidam directamente na implementação de DOTS dentro do distrito?
- 6- Que facilidades têm sido encontradas na negociação da implementação de DOTS
- 7- Comente sobre o envolvimento dos profissionais de saúde em relação às ações de controle da tuberculose
- 8- Quais são as facilidades e dificuldades em relação aos medicamentos?
- 9- Quais são as facilidades e dificuldades em relação aos laboratórios no distrito?
- 10-Quais são as facilidades e dificuldades para a operacionalização de busca de assintomáticos respiratórios no distrito?
- 11-Que constrangimentos têm sido encontrados na implementação de DOTS?
- 12-Descreva como tem sido a manutenção de DOTS no Distrito.
- 13-No âmbito de implementação de DOTS no distrito o que deve ser destacado como inovador?

14-Quais são as fragilidades que se podem registar no processo de implementação de DOTS?

15-Quais são as potencialidades que o DOTS tem para o distrito?

16-Antes de terminar, gostaria de dizer algo sobre o que falamos aqui? Ou sobre qualquer outro aspecto que acha importante partilhar connosco?

Muito obrigado pela sua atenção

APÊNDICE D: Instrumento de pesquisa para os médicos, profissionais de enfermagem e/ou técnicos

Orientações iniciais

Roteiro de entrevista – Projeto: Discursos e Produção de Sentidos: Experiências da Transferência de Política de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração para o Combate a Tuberculose em Moçambique - África

Médicos, profissionais de enfermagem e/ou técnicos

Primeiro Momento: Expor o projeto, bem como do que se trata: “transferência de políticas”.

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a transferência da política de DOTS a partir da visão dos gestores central, provincial e distrital, e profissionais de saúde da província de Nampula.

A transferência de políticas se trata de um conceito ainda novo em estudos feitos em Moçambique e consiste em compreender como ocorre o processo de transferência de uma determinada política (ou prática de cuidados, por exemplo, DOTS) de um determinado nível governamental até aos serviços de saúde que realizam DOTS. Desta forma é de grande importância ouvir as contribuições dos médicos/enfermeiros/técnicos para compreender como é feita a implementação da política de transferência do DOTS, no distrital. Isso poder-nos-á ajudar a compreender as potencialidades e 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 do 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 como entrevistador, e a outra com o entrevistado.

Caracterização das pessoas envolvidas no estudo

Nome	(opcional) _____
Sexo:	M _____; F _____.
Função:	_____
Anos de exercícios função	_____ anos
Nível de Educação	1. Ensino Primário do 1º grau _____ 2. Ensino Primário do 2º grau _____ 3. Ensino Secundário do 1º grau _____ 4. Ensino Secundário do 2º grau _____ 5. Ensino Técnico Básico _____ 6. Ensino Técnico Médio _____ 7. Bacharelato _____ 8. Licenciatura _____ 9. Pós- graduação _____ 10. Mestrado _____ 11. Doutorado _____ 12. Outro _____ _____

1- Como tem sido a sua experiência em relação a implementação de DOTS?

2- Qual é a sua percepção sobre a implementação do DOTS, neste Distrito?

3- Na sua opinião, no âmbito da implementação do DOTS, o que acha que tenha mudado tanto para si como para os doentes?

- 4- Quais os constrangimentos que tem tido na implementação do TDO, na unidade sanitária onde trabalha?
- 5- Descreva como os pacientes têm-se manifestado na implementação do TDO?
- 6- Qual é ajuda que tem recebido dos coordenadores do TDO?
- 7- Quais são as facilidades e dificuldades para a operacionalização de busca de assintomáticos respiratórios?
- 8- Quais são as dificuldades e facilidades em relação aos exames laboratoriais?
- 9- Quais são dificuldades em relação ao sistema de informação?
- 10-Quais são as dificuldades em relação aos medicamentos?
- 11-Comente sobre a forma de acompanhamento de tratamento.
- 12-Quais orientações concretas têm recebido dos coordenadores/gestores?
- 13-O que acha que deveria ser melhorado na implementação do DOTS, na unidade sanitária?
- 14-Que contribuições fariam para a melhoria do DOTS?
- 15-Fale-nos da sua experiência sobre os pontos fortes e fracos da implementação do DOTS na unidade sanitária.
- 16-Quais são as inovações trazidas por DOTS?
- 17-Antes de terminar, gostaria de dizer algo sobre o que falamos aqui? Ou sobre qualquer outro aspecto que acha importante partilhar connosco?

Muito obrigado pela sua atenção

APÊNDICE E: Consentimento informado para entrevista.

Título: Discursos e produção de sentidos: experiências da transferência de política de tratamento directamente observado de curta duração para o combate à tuberculose em Moçambique – África

Investigador: *Fernando Mitano*

É convidado a participar neste estudo onde poderá responder algumas questões sobre as suas experiências e percepções relativas a política de tratamento directamente observado de curta duração da tuberculose conhecida por DOTS. A escolha deste tema prende-se com o facto de Moçambique ainda ser um dos países mais afectados pela tuberculose no mundo e a doença ser um problema grave de saúde pública no país e por se registar mais casos em cada ano. Para além disso, por se tratar de uma área com poucas pesquisas publicadas sobre avaliação de transferência de DOTS em Moçambique.

A avaliação de DOTS a partir de produção de sentidos por meio de experiências e percepções dos gestores, médicos e enfermeiros poderá, por um lado, proporcionar maior compreensão da implementação da política e, por outro, revelar as potencialidade e fragilidades de DOTS o que poderá contribuir fundamentalmente para a elaboração de políticas relacionadas com melhor prestação de cuidados e maior atenção aos doentes da tuberculose. Para além disso, o pesquisador sendo docente na área de saúde poderá colocar mais um instrumento de reflexão e debate entre os estudantes e académicos em geral, o que poderá ajudar direta ou indirectamente na mudança de atitudes e práticas em relação à tuberculose em Moçambique.

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a transferência da política do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose a partir da visão dos gestores centrais, provinciais e distritais, e profissionais de saúde da província de Nampula.

Trata-se de um estudo qualitativo que recorre a análise do discurso da escola francesa para compreender os sentidos produzidos pelos entrevistados sobre a temática em pesquisa. Espera-se que 18 pessoas sejam entrevistadas entre gestores do nível central, provincial, distrital e os médicos, enfermeiros e/ou técnicos envolvidos na implementação de DOTS. Todos os dados serão confidenciais e a participação neste estudo é voluntária. A recusa em participar ou a decisão de abandonar o estudo em qualquer das etapas não terá qualquer repercussão negativa sobre os seus direitos. Toda a informação obtida nesta entrevista será usada apenas no âmbito deste estudo e tem um carácter anónimo.

Obrigado pela valiosa colaboração. Em caso de dúvida contacte

Fernando Mitano, investigador deste estudo.

Universidade Lúrio. Bairro de Marre, Rua 4250, Km 2,5; Telefone móvel: +258828946960

No Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – Brasil. Avenida Bandeirantes, 3900; Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil. CEP: 14040902. Telefone móvel +551696141881 E-mail: fernando.mitano@usp.br; piqinamita@gmail.com; piqinamita@yahoo.com.br

Eu _____ declaro que já fui informado/a sobre este estudo.

_____ (Local) aos _____ de _____

de 201__

Assinatura do Investigador _____

APÊNDICE G: Proposta de orçamento

Descrição	Quantidade	Valor Unitário	\$USD
Transporte	21 Viagens para 8 distritos	36X21	756
Material	Existe	Existe	
Encadernação dos relatórios	8 Exemplares		500
TOTAL			1.256

ANEXO

ANEXO A - Pedido de realização de pesquisa à Direção Provincial de Saúde de Nampula

Exmo Senhor

Direcção Provincial de Nampula

Assunto: **Pedido de realização de Investigação para a obtenção de grau de Doutor em Saúde Pública**

Fernando Mitano, portador do BI nº 110100160542C, emitido em Maputo em 19 de Abril de 2010, docente da Universidade Lúrio e estudante do curso de doutoramento em Saúde Pública, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Brasil, tendo terminado a parte curricular do curso e sido aprovado no exame de qualificação, pretende realizar a pesquisa na Direcção Provincial de Nampula, tutelada por V. Excelência. O estudo tem o seguinte título: **Discursos e produção de sentidos: experiências da transferência de política de tratamento directamente observado de curta duração para o combate a tuberculose em Moçambique – África** cujos objectivos são: Analisar a transferência da política de DOTS a partir da visão dos gestores central, provincial e distrital, e profissionais de saúde da Província de Nampula (Objectivo geral); - Analisar os sentidos produzidos por meio das experiências e percepções sobre a transferência de DOTS; Identificar as estratégias adotadas para a implementação e manutenção do DOTS; Analisar as potencialidades, inovações e fragilidades do DOTS no controle da tuberculose (Objectivos específicos), o requerente pretende submeter o protocolo de pesquisa, aprovado pela comissão científica da Universidade de São Paulo ao Comité Nacional de Bioética para Saúde, por isso vem por este meio solicitar a aceitação da investigação e a respectiva carta de cobertura a ser apresentada ao Comité de Bioética.

Pelo que pede deferimento

Fernando Mitano

Maputo aos 15 de Janeiro de 2014

ANEXO B – Carta de cobertura da direção Nacional de Saúde Pública

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Exmo. Sr.

Presidente do Comitê Nacional de
Bioética para a Saúde

Dr. João Schwalbach

Maputo

Nota nº 15002 /DNSP/2013

Refª v/ nota nº ____ / ____ / ____

de 21 de 01 de 2013

de ____ / ____ /201 ____

Assunto: Carta de Cobertura

Para efeitos de revisão ética de Protocolo, o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, vem por este meio declarar que não encontra nenhum inconveniente na realização do estudo **“Discurso e produção de sentidos: experiência da transferência de política de tratamento directamente observado de curta duração para o combate de tuberculose em Moçambique, África”**, a ser conduzido pelo Dr. Fernando Mitano, aluno matriculado no Programa de Enfermagem em Saúde Pública-Doutorado, da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Melhores cumprimentos,

O Director Nacional

Dr. Francisco Mbofana

Anexo C: Aprovação do projeto pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE
IRB00002657****Exmo Senhor
Dr. Fernando Mitano****Ref: 87/CNBS/2014****Data 03 de Abril de 2014**

Assunto: Parecer do Comité Nacional de Bioética para saúde (CNBS) sobre o estudo: "*Discursos e produção de sentidos: experiência da transferência de política de tratamento directamente observado de curta duração para o combate à tuberculose em Moçambique -África* "

No dia 01 de Abril de 2014, o Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) fez a revisão das correcções efectuadas no protocolo "*Discursos e produção de sentidos: experiência da transferência de política de tratamento directamente observado de curta duração para o combate à tuberculose em Moçambique -África*";

Registado no CNBS com o número 03/CNBS/2014, conforme os requisitos da Declaração de Helsínquia,

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo, o CNBS dá a sua devida aprovação aos seguintes documentos:

- Protocolo (versão final) de Novembro de 2013
- Consentimento informado (versão final) de Novembro de 2013
- Instrumentos de Recolha de dados (versão final) de Novembro de 2013

Todavia, o CNBS informa que:

- 1- A lista actualizada dos membros do CNBS esta disponível na secretaria do Comité.
- 2- Não houve declaração de conflitos de interesse por nenhum dos membros do CNBS .
- 3- A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 01 de Abril de 2015. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.
- 4- Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.
- 5- A presente aprovação não substitui a autorização administrativa.

Com as nossas mais cordiais saudações.

O Presidente

Dr. João Fernando Lima Schwalbach

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 264
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)
Telex: 6-239 MISAU MO
FAX: 258 (1) 426547
258 (1) 33320

Anexo D: Autorização do Ministro para a realização da pesquisa

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro

Exmo Senhor

Fernando Mitano

Nota n.º 431/GMS/002/2014

Maputo, 22 de Abril de 2014

Assunto: Solicitação de Autorização para Realização de Estudo

Incumbe-me S.Excia o Ministro da Saúde, Dr. Alexandre L. Jaime Manguele, de acusar a recepção da vossa referência nº 110/PI de 13 de Março 2014, na qual solicitam autorização para realização de um estudo intitulado "**Experiência da transferência de política de treinamento directamente observado de curta duração para o combate à tuberculose em Moçambique-África**" e tenho a informar o despacho recaído cujo o teor é o seguinte:

"Autorizo"

Assinado: Dr Alexandre L. Jaime Manguele

(14/04/2014)

Cumprimentos

O Chefe de Gabinete

Tiago Macuacua

ANEXO E - Credencial para a Pesquisa

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

CREDENCIAL

No âmbito do Estudo sobre “ **Discursos e produção de sentidos: experiência da transferência de política de tratamento directamente observado de curta duração para o combate à tuberculose em Moçambique – África**” está devidamente credenciado o estudante do curso de Doutoramento em Saúde Pública na Escola de Enfermagem de Ribeiro Preto da Universidade de São Paulo – Brasil, Sr. **Fernando Mitano**, para iniciar uma pesquisa nos níveis Central; Provincial da Província de Nampula e Distrital de (**Mecubúri, Muecate, Nampula- Rapale, Ribaué, Murrupula, Meconta, Mogovolas e Monapo**) pelo despacho de Sua Excia Senhor Ministro da Saúde

Com elevada consideração

O Director Nacional

Dr. Francisco Mbofana

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

MS – DR 4 – Formato A4 (210x297 mm) C.I.

Telefones: 301897/314127/314128
Telex: 6-239 MISAU MO
FAX: 258 (1) 301897
258 (1) 314127
258 (1) 314128
258 (1) 312531
E-mail: dns.dam@tvcabo.co.mz