UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CASSIARA BOENO BORGES DE OLIVEIRA

**Análise Discursiva de gerentes da Atenção Primária à Saúde:
busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio
Preto/SP**

Ribeirão Preto
2013

CASSIARA BOENO BORGES DE OLIVEIRA

**Análise Discursiva de gerentes da Atenção Primária à Saúde: busca de
sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto/SP.**

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

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha.

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Oliveira, Cassiara Boeno Borges de

Análise Discursiva de gerentes da Atenção Primária à Saúde: busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto/SP.. Ribeirão Preto, 2013

92 p.: il.; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha.

1. Tuberculose, 2. Controle de doenças transmissíveis, 3. Pesquisa qualitativa.

OLIVEIRA, Cassiara Boeno Borges de

Análise Discursiva de gerentes da Atenção Primária à Saúde: busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto/SP.

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

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Dedicatória

*Em memória de minha amada mãe Ines, com
eterna gratidão pela dedicação incondicional.*

*Ao meu esposo, com imenso amor, pelo
companheirismo de todos os dias.*

Homenagem Especial

“Filho é um ser que nos emprestaram para um curso intensivo de como amar alguém além de nós mesmo, de como mudar nossos piores defeitos para darmos os melhores exemplos e de aprendermos a ter coragem.

Isto mesmo! Ser pai ou mãe é o maior ato de coragem que alguém pode ter, porque é se expor a todo tipo de dor, principalmente da incerteza de estar agindo corretamente e do medo de perder algo tão amado.

Perder? Como? Não é nosso!

Recordam-se? Foi apenas um empréstimo!”.

(José Saramago, *Filho*).

Mãe, dedico esta conquista, tudo que sou e toda a minha vida a ti!

Foram teus ensinamentos, tua dedicação, tua coragem e teu amor grandioso – que mesmo estando ausente ainda posso senti-lo – que alicerçaram o que sou.

Queria que estivesses aqui!

São em momentos como este que ainda procuro teu olhar em meio à multidão, que ainda busco teu sorriso orgulhoso e teu abraço recompensador.

Mãe, a saudade é muito grande, mas a certeza de que valeu a pena cada segundo que passamos juntas é ainda maior!

Agradeço a Deus por ter permitido que fosses a melhor mãe que podias, pelas muitas vezes que acertastes, por algumas outras que errastes, mas enfim por ter me ofertado o teu melhor todos os dias.

Mãe, muito obrigada pelos 26 melhores anos da minha vida!

“Juntas sempre fomos mais fortes” ... te amo!

Agradecimentos Especiais

À meu amado amigo, companheiro, parceiro, cúmplice, esposo, *Alexandre*. Teus exemplos como ser humano, como filho, como amigo, fazem de mim uma pessoa melhor todos os dias! Muito obrigada por me incentivar, por caminhar comigo, por chorar meu choro, por sorrir meu riso... você me constitui. Te amo sempre, sempre, sempre!

À meu querido orientador Prof. Dr. *Pedro Fredemir Palha* por me oportunizar crescimento pessoal e profissional. Muito obrigada pela dedicação, pela confiança e, sobretudo, pela amizade carinhosa. Levarei teus ensinamentos e teu exemplo por toda a minha vida!

À querida Prof.^a Dr.^a *Simone Terezinha Protti* por acreditar em mim! Muito obrigada pela amizade sincera, por contribuir de forma tão especial na minha formação acadêmica e, sobretudo, por despertar em mim o apreço pela saúde pública. Obrigada por fazer parte da minha história!

À querida Prof.^a Dr.^a *Filomena Elaine Paiva Assolini* pelos inúmeros momentos de reflexão e aprendizado. Muito obrigada pela amizade, pela forma afetuosa com que me recebeste desde o início e, de maneira especial, por despertar em mim o encantamento pela Análise de Discurso. Obrigada por confiar em mim!

Agradecimentos

A **Deus** por sua infinita bondade e amor.

À minha amada irmã **Cassiana** pela amizade, pelo afeto e pela parceria de uma vida. “Juntas sempre seremos mais fortes!”.

Aos meus lindos e amados sobrinhos **João Santiago** e **Tarsila** que, com muita doçura e peraltices, enchem a minha vida de alegria e esperança. O amor de vocês me transforma todos os dias!

Aos meus sogros **Elza** e **Vaderval**, por me acolherem com tanto carinho no seio familiar.

Aos meus cunhados **Elen** e **Giordano**, pela amizade carinhosa e pela parceria incondicional.

Às minhas famílias **Boeno** e **Borges** (tios, tias, primos, primas, avós, avôs) pelo aconchego, cuidado e carinho. Espero um dia poder retribuir tudo que fizeram e fazem por mim!

Aos meus grandes e eternos amigos **Alline**, **Alinne**, **Danilo**, **Dalma**, **Débora**, **Fernanda**, **João** (in memoriam), **Kelly**, **Larissa**, **Lidiane**, **Milton**, **Patrícia**, **Ranie**, **Sheila**, **Taynara**, **Willian**, por me oportunizarem os melhores e mais lindos anos de minha vida. Nosso encontro foi e é um presente de Deus!

Às queridas **Anneliese**, **Beatriz** e **Maria Amélia**, pela amizade carinhosa e, de modo especial, à generosidade com que me receberam desde o início.

Às minhas amigas **Ana Carolina**, **Juliane**, **Káren**, **Laís Mara**, **Lilian**, **Lívia Maria**, **Talita**, **Thais**, pelos ensinamentos, pelo afeto verdadeiro e, de modo especial, pelos inúmeros momentos de alegria e descontração. Vocês são mais que especiais!

Às Profs. Drs. **Maria de Lourdes Sperli Geraldês Santos**, **Marilene Rocha dos Santos** e **Silvia Helena Figueiredo Vendramini**, por despertarem em mim o encantamento pela pesquisa em tuberculose.

Aos Profs. Drs. **Antonio Ruffino-Netto** e **Tereza Cristina Scatena Villa**, por terem oportunizado minha inserção junto ao Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) e, de modo especial, pela generosidade com que compartilharam comigo seus conhecimentos e sabedorias.

À querida Prof.^a Dr.^a **Aline Aparecida Monroe** pela doçura, delicadeza e sensibilidade com que me ensinou a conduzir os trabalhos e a vida. Obrigada por confiar em mim!

Ao Prof. Dr. **Ricardo Alexandre Arcêncio** pelo exemplo de profissionalismo e pela generosidade com que divide seus conhecimentos.

A todos os amigos, colegas e membros do **Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde (GEQualiS)**, do **Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB)**, de modo especial à **Paty**, e do **Grupo de Estudos e Pesquisas em Alfabetização, Leitura e Letramento (GEPALLE)**, pelas parcerias, pelas trocas de experiências e de conhecimentos e, sobretudo, pelo ambiente de amizade.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, aos **docentes**, a todos os **funcionários** e, de modo especial, ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, por viabilizarem a realização do curso de mestrado.

À **Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto**, pelo apoio institucional a esta pesquisa.

Aos **gerentes das unidades de saúde de São José do Rio Preto**, que tanto enriqueceram este trabalho.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo (FAPESP)**, pelo apoio financeiro à pesquisa.

À **todos e todas** que por ocasião não citei, mas que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

“Ouve-me, ouve o meu silêncio.

O que falo nunca é o que falo e sim outra coisa.

Capta essa outra coisa de que na verdade falo porque eu mesma não posso.

Lê a energia que está no meu silêncio”.

(Clarice Lispector, *Água Viva*).

RESUMO

OLIVEIRA, C. B. B. **Análise discursiva de gerentes da atenção primária à saúde: busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto/SP.** 2013, 92f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Apesar de caracterizar-se como uma das enfermidades mais antigas e conhecidas no mundo, a tuberculose ainda permanece como um dos principais agravos à saúde. A busca de sintomáticos respiratórios representa um importante pilar dentre as estratégias implementadas para controlar a doença, visto que pretende antecipar os efeitos adversos do processo de adoecimento por tuberculose pulmonar. Imersos nesse contexto, encontram-se os gerentes locais dos serviços de saúde, dos quais é esperado, entre outras coisas, a assunção de responsabilidades junto às atividades realizadas para o desenvolvimento e implantação de uma política de organização dos serviços, cujo objetivo final é a oferta de cuidados. O objetivo desta pesquisa foi analisar discursivamente como os efeitos de sentido têm influenciado na operacionalização da busca de sintomáticos respiratórios da tuberculose no município de São José do Rio Preto/SP, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja fundamentação teórico-metodológica deu-se a partir dos postulados da Análise de Discurso de matriz francesa (pêcheuxiana). Constituíram como sujeitos do estudo, 14 gerentes locais, atuantes no contexto da Atenção Primária à Saúde. Adotou-se como critério de inclusão os sujeitos que estivessem no cargo há um ano ou mais, excluindo-se os que no momento da coleta de dados estivessem em licença médica ou que não agendassem a entrevista após três tentativas. A geração de dados fez-se através de entrevistas semidirigidas, gravadas em áudio e realizadas em locais e horários pré-acordados com os sujeitos. O material empírico foi transcrito na íntegra e gerenciado pelo software Atlas ti, o qual antecedeu às análises discursivas. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os resultados evidenciam que os sujeitos estão envolvidos em formações ideológicas de assujeitamento às normas e metas pré-estabelecidas, ao mesmo tempo que, a partir dessas condições resistem às imposições, o que reflete em descontinuidades na operacionalização da busca de sintomáticos respiratórios. A partir disso concluímos que a demanda, por vezes desconexas das reais necessidades apresentadas pelos usuários/população dos serviços de saúde, geram ambientes pouco motivadores, sobretudo no que concerne ao controle da tuberculose por meio da busca de sintomáticos respiratórios. Portanto, faz-se necessária a (re)construção de uma gestão mais participativa, envolvendo os diversos níveis hierárquicos, a fim de que haja um ambiente mais proativo e favorável à efetivação de metas e normas que visem a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população.

Palavras-chave: Tuberculose. Controle de doenças transmissíveis. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

OLIVEIRA, C. B. B. **Discursive analysis of primary health care managers: search for respiratory symptoms in São José do Rio Preto/SP.** 2013, 92f. Dissertation (Master) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Although characterized as one of the oldest and best-known diseases in the world tuberculosis continues as one of the major health problems. The respiratory symptoms search is an important pillar among the strategies to control the disease because it aims to anticipate the adverse effects of the pulmonary tuberculosis disease process. The local health service managers are immersed in this process, of which is expected, among other things, the assumption of the responsibility for the development and implementation of a services organization policy whose ultimate goal is to provide care. The purpose of this study was to analyze discursively how the effects of meaning have influenced the search for tuberculosis respiratory symptoms in the city of São Jose de Rio Preto/SP, Brazil. The theoretical and methodological foundation of this qualitative study lies on the French Discourse Analysis Matrix (Pêcheuxian). The study subjects consisted of 14 local managers operating in the Primary Health Care context. The criterion adopted for inclusion chose subjects that had been in office for a year or more, excluding those that at the time of data collection were on sick leave or that had not schedule an interview after three attempts. The data generation was done through semi-structured interviews, audio-recorded and performed in places and times pre-agreed with the subjects. The empirical material was transcribed verbatim and managed by Atlas TI software prior to the discursive analysis. The research project was presented to and approved by the Research Ethics Committee of Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Results show that the subjects are shrouded in ideological formations of subjection to rules and pre-set targets, whilst from this conditions resist impositions, resulting in discontinuities in the respiratory symptoms search operations. From this, we conclude that the demand, sometimes disconnected from the real needs presented by the health services users/population, generates unproductive environments, especially with regard to tuberculosis control through the pursuit of respiratory symptoms. Therefore, the (re) rebuilding of a more participatory administration is necessary, involving the various hierarchical levels, so that an environment more proactive and conducive to the realization of goals and standards for the prevention of disease and promotion of the health of the population.

Key words: tuberculosis, transmissible disease control, qualitative study

RESUMEN

OLIVEIRA, C. B. B. **Análise discursiva de gerentes da atenção primária à saúde:** la búsqueda de síntomas respiratorios en São José do Rio Preto/SP. 2013, 92f. Disertación (Maestría) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Aunque se caracteriza por ser una de las enfermedades más antiguas y conocidas del mundo, la tuberculosis continua siendo uno de los problemas principales de salud en el mundo. La búsqueda de síntomas respiratorios es un pilar importante dentro de las estrategias implementadas para controlar la enfermedad ya que su objetivo es anticiparse a los efectos negativos del proceso de la enfermedad de la tuberculosis pulmonar. En este contexto se encuentran inmersos los encargados de los servicios de salud locales, de los cuales se espera, que entre otras cosas, asuman la responsabilidad de las actividades para el desarrollo e implementación de una política de organización de servicios cuyo objetivo final es la prestación de la atención. El objetivo de este estudio fue analizar discursivamente como los efectos del sentido han influenciado el funcionamiento de la búsqueda de síntomas respiratorios de la tuberculosis en el municipio de São José do Rio Preto/SP, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa fundamentada en los postulados teórico-metodológicos del Análisis de Matriz Frances (pecheuxiano). Formaron parte del estudio 14 gerentes locales que operan en el contexto de la Atención Primaria de Salud. Se adoptó como criterio de inclusión de los sujetos que llevasen en el cargo un año o más, con la excepción de aquellos que en el momento de la recolecta de datos estuviesen ausentes por enfermedad o que después de tres intentos no programaron fecha de entrevista. La generación de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas, grabadas en audio y se llevó a cabo en lugares previamente acordados con el sujeto. El material empírico fue transcrito textualmente y gestionado por Atlas ti software antes del análisis discursivo. El proyecto de investigación fue sometido a y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Los resultados muestran que los sujetos están rodeados por doctrinas ideológicas que los someten a las normas y objetivos pre-establecidos, al mismo tiempo que a partir de esas condiciones resisten las imposiciones, lo cual se refleja en las discontinuidades en la implantación de la búsqueda de síntomas respiratorios. Como resultado concluimos que la demanda, a veces desconectada de las necesidades reales de los usuarios (población) de los servicios de salud, genera entornos poco productivos, especialmente en lo que respecta al control de la tuberculosis a través de la búsqueda de síntomas respiratorios. Por lo tanto es necesario la (re) construcción de una administración más participativa, involucrando a los diferentes niveles jerárquicos, de manera que exista un ambiente más proactivo y favorable al logro de las metas y normas dirigidas a la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población.

Palabras clave: tuberculosis, control de enfermedades transmisibles, investigación cualitativa.

LISTA DE FIGURAS

Figura1: Mapas Brasil, Estado de São Paulo, Região Administrativa e Municípios.38

Figura 2: Distribuição da organização dos serviços de saúde em São José do Rio Preto.....40

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AC	Análise de Conteúdo
AD	Análise de Discurso
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
ARE	Ambulatório Regional de Especialidades
BK	Baciloscopia
BSR	Busca de Sintomáticos Respiratórios
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DOTS	Directly Observed Treatment-short course
DS	Distritos de Saúde
DRS VX	Departamento Regional de Saúde XV
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
GEPALLE	Grupo de Estudos e Pesquisa em Alfabetização, Leitura e Letramento
GERUS	Curso de Especialização em Gerência de Unidades de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
REDE-TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SIDA/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SJRP	São José do Rio Preto

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Sintomáticos Respiratórios
SS	Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TB-MRD	Tuberculose Multidrogarresistente
TBWeb	Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	18
2. INTRODUÇÃO	20
2.1 SAÚDE PÚBLICA E SEUS MARCOS HISTÓRICOS.....	21
2.2 TUBERCULOSE, UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	23
2.3 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO.....	25
3. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	29
3.1 GERAL	30
3.2 ESPECÍFICOS	30
4. COMPOSIÇÃO TEÓRICA	31
5. PERCURSO METODOLÓGICO	36
5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	37
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
5.2.1 Atenção à saúde em São José do Rio Preto/SP	39
5.2.2 Atenção à tuberculose em São José do Rio Preto/SP	41
5.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	44
5.3.1 Critérios de Inclusão.....	45
5.3.2 Critérios de Exclusão.....	45
5.4 PROCEDIMENTOS PARA A GERAÇÃO DE DADOS	45
5.4.1 Primeira fase – definição da amostra	46
5.4.2 Segunda fase – agendamento das entrevistas	47
5.4.3 Terceira fase – as entrevistas	48
5.5 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA GERAÇÃO DE DADOS.....	50
5.6 DISPOSITIVOS ANALÍTICOS.....	51
5.6.1 Primeira etapa – passagem da superfície linguística para o objeto discursivo.....	53
5.6.2 Segunda etapa – passagem do objeto discursivo para o processo discursivo.....	53
5.6.3 Terceira etapa – passagem do processo discursivo para a formação ideológica	53
5.7 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO	54

6. AS ANÁLISES	55
6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	56
6.2 AS RELAÇÕES DE PODER E SUAS INFLUÊNCIAS NA BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS.....	57
6.3 AS INFLUÊNCIAS DO SILENCIAMENTO E DA RESISTÊNCIA NA BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS.....	65
 7. CONCLUSÕES	 74
 REFERÊNCIAS.....	 77
 ANEXOS	 85
ANEXO A - Ofício de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto/SP, Brasil.....	86
ANEXO B - Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.	87
 APÊNDICES	 88
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
APÊNDICE B - Instrumento de Geração de Dados.....	91
APÊNDICE C - Questões norteadoras da análise.....	92

1. APRESENTAÇÃO

“Algo de nós acaso se transmite, mas tão disperso, e vago, tão estranho, que, se regressa a mim que o apascentava, o ouro suposto é nele cobre e estanho, estanho e cobre, e o que não é maleável deixa de ser nobre”. (Carlos Drummond de Andrade, *Nudez*).

Tomamos a liberdade de comparar este trabalho às tramas e teias de um tecido que, a partir de diferentes fios entrelaçados, ganha forma e concretude. Assim, fazendo um paralelo, foi por intermédio de diferentes fontes do conhecimento que este trabalho ganhou sentido.

Certos de que parcerias multidisciplinares favorecem uma mudança de paradigma, direcionando o olhar do pesquisador para diferentes possibilidades de estudo e de resultados, este trabalho contou com a colaboração entre pesquisadores da Área Epidemiológica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em tuberculose (REDE-TB), bem como de membros do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB). Este, por sua vez, desenvolve estudos relacionados à avaliação de serviços de saúde que realizam ações de controle e tratamento da doença, tendo como líderes os Prof. Dr. Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino-Netto.

Outras importantes parcerias foram instituídas no sentido de favorecer e enriquecer ainda mais os trabalhos teórico-práticos, assim, contamos com as valorosas contribuições e experiência do Grupo de Estudos e Pesquisa em Alfabetização, Leitura e Letramento (GEPALLE), o qual se dedica, entre outros, a estudar os postulados teórico-metodológicos da Análise de Discurso de matriz francesa (pêcheuxiana). O GEPALLE é coordenado e liderado pela Prof.^a Dr.^a Filomena Elaine Paiva Assolini.

A partir disso, coube-nos enveredar pelos caminhos da pesquisa qualitativa, valendo-nos dos conhecimentos e das reflexões contidas nos postulados da Análise de Discurso de matriz francesa, tendo como expoente maior no Brasil Eni P. Orandi. Isso deu-se no sentido de refletir acerca das interpretações dos gerentes locais dos serviços de saúde sobre a operacionalização da busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Destacamos ainda que esta pesquisa é parte do Projeto Multicêntrico – Edital MCT/CNPq/CT Saude/MS/SCTIE/DECIT 67/2009 - Prot. 1121/2010, intitulado: *“Avaliação da Efetividade de modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”*, o qual teve como objetivo principal avaliar a efetividade dos modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose em municípios das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil, utilizando para tanto abordagens quantitativa e qualitativa.

2. INTRODUÇÃO

“Em uma ciência em que observador é da mesma natureza que seu objeto, o observador é ele próprio parte de sua observação”.
(Claude Lèvi-Strauss, *Sociologia e Antropologia*).

2.1 SAÚDE PÚBLICA E SEUS MARCOS HISTÓRICOS

A urgência em conter o crescimento demográfico do ocidente europeu durante o século XVIII e o nascimento da chamada *população* como um corpo social - já não mais observado como raros ou numerosos, submissos ou renitentes, mas sim como corpos suscetíveis a investimentos rentáveis - viabilizaram uma série de transformações.

Dentre estas a assimilação da importância da força de trabalho e, conseqüentemente, da célula familiar como responsável pela geração de crianças aptas a se tornarem, posteriormente, essa força de trabalho. A este respeito Foucault (1979, p.199) esclarece que “não se tratava, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente esta época da vida”.

Assim, a necessidade de compreender melhor as características biológicas e as diferenças da população - tendo em vista seu controle, mantendo-os cada vez mais ativos e produtivos - fez insurgir o lugar privilegiado da saúde na sociedade, haja vista que passa a ser entendida como condição *sine qua non* de produção. Conseqüentemente, as cidades e suas principais variáveis espaciais aparecem como objetos a serem medicalizados (FOUCAULT, 1979).

Por conseguinte, o nascimento da saúde pública no Brasil deu-se em meio à transição dos séculos XIX e XX, representando o processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e também de mudanças no tocante às práticas vigentes até então. O *sanitarismo campanhista*, como ficou conhecido, foi marcado pela preocupação, sobretudo nos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, em sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis, fato que predominou até meados dos anos 60 (BOSSERT; LARRAÑAGA; MEIR, 2000).

Tempos depois há a preocupação pela oferta de suporte aos principais problemas de saúde apresentados pela população e, baseado em sua organização de trabalho, a Atenção Primária à Saúde (APS) passa então a responsabilizar-se por esta operacionalização (STARFIELD, 2002). Com efeito, na conferência de Alma Ata, em 1978, estabelece-se o consenso de que esta seria a porta de entrada do sistema de saúde com vistas à resolução de 80% dos problemas de saúde da população (STARFIELD, 2010).

Seguindo este fluxo, os direitos de todos os cidadãos brasileiros à saúde foram impulsionados, na década de 1980, pelo movimento de reforma sanitária que,

por meio da Constituição Federal de 1988, instituiu um sistema único, universal e equânime: o Sistema Único de Saúde (SUS) (BOTTI; SCOCHI, 2006), o qual tem como objetivo principal articular e coordenar ações de saúde das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), no sentido de favorecer o elo entre as ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação (CAMPOS et al., 2006).

Todo este movimento configurou-se como o disparador de um processo de pactuação infraconstitucional, em que se publicou a chamada Lei Orgânica da Saúde Brasileira, que por sua vez é composta por duas Leis Complementares à Constituição: as Leis 8080/90 e 8142/90. Esta regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros enquanto aquela disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando assim, as condições para sua promoção, proteção e funcionamento (BOSSERT; LARRAÑAGA; MEIR, 2000).

A descentralização dessas ações de saúde permitiu que a esfera municipal, ainda que lenta e gradualmente, passasse a responsabilizar-se pela gestão da rede de serviços de saúde (SS) no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das estratégias e programas de saúde (BODSTEIN, 2002).

Autores como Junqueira (1990; 1997), afirmam que todo esse processo tornou a gestão mais democrática, haja vista que privilegiou a participação do usuário/população no destino da organização, trazendo para junto destes o poder decisório acerca dos rumos, da qualidade, da capacidade resolutiva da organização, existentes para prestar serviços à própria população.

Outros, porém, relatam que apesar desses avanços, no tocante ao nível local, ainda se observam modelos de gestão tradicionais, ancorados em estruturas rígidas que definem hierarquias verticalizadas e processos decisórios centralizados (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007), cuja frente é tomada pelos gerentes locais, dos quais se tem exigido novos conhecimentos e habilidades, de forma que sejam capazes de assumir ainda mais responsabilidades junto aos usuários/população, à equipe de saúde, bem como à administração superior (ALVES; PENNA; BRITO, 2004).

Especificamente para este trabalho, coube-nos refletir acerca das ações de controle da tuberculose (TB), em específico aos discursos dos gerentes locais sobre a operacionalização da busca de sintomáticos respiratórios (BSR), a qual também é considerada pelas políticas de saúde vigente como sendo de responsabilidade dos municípios brasileiros, e, portanto, da APS (BRASIL, 2006a).

2.2 TUBERCULOSE, UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Doença infecciosa causada, principalmente, pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou popularmente conhecido como *bacilo de Koch*, em homenagem ao seu descobridor Robert Koch, a TB apresenta, na maioria dos casos, lesões localizadas nos pulmões. Não raro observar também sua ocorrência nos gânglios, rins, ossos, meninges ou outros locais do organismo (BRASIL, 2012a).

Apesar de caracterizar-se como uma das enfermidades mais antigas e conhecidas no mundo, a TB ainda permanece como um dos principais agravos à saúde. A desigualdade social, os fluxos migratórios, bem como as deficiências do sistema de saúde, a alta prevalência dos casos da doença multidroga resistentes e associados à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), configuram-se como alguns dos fatores que contribuem sobremaneira para sua permanência (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Para Souza (2012), doenças com impacto na saúde pública são priorizadas pela magnitude do problema e vulnerabilidades associadas. Apesar disso, observa-se que a ocorrência da TB tem sido constantemente negligenciada pelas políticas públicas na ilusão de que esse problema estaria controlado ou mesmo resolvido. Fato que se configura como um grande equívoco, sobretudo no que tange à afirmativa de uma doença reemergente, pois mesmo com expressivos avanços em sua redução, a TB nunca deixou de ser motivo constante de preocupação (HINO et al., 2011).

A ocorrência de 9,3 milhões de casos novos da doença no mundo e a incidência de 206 casos a cada 100 mil habitantes (WHO, 2009) ratificam essa afirmativa, sobretudo porque, em 2007, foram notificados no Brasil 72.194 casos novos com coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes (BRASIL, 2008a).

A TB ainda mata 4,7 mil pessoas por ano no país, sendo a 4ª causa de morte por doença infecciosa e a 1ª causa de morte em doentes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) no Brasil (BRASIL, 2008a), fato que o aloca na 19ª posição entre os 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), representando, desta forma, 80% da carga mundial da doença (BRASIL, 2010).

No que tange à distribuição de casos novos por unidade federada, observa-se que os estados do Rio de Janeiro, Amazonas, Pernambuco, Pará, Rio Grande do

Sul, Bahia, Ceará, Acre, Alagoas e Maranhão possuem taxas de incidência superiores a 38,2 casos por 100.000 habitantes. E a região Sudeste, principalmente os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, possui a maior carga da doença no país (BRASIL, 2012b).

Entendendo essa magnitude, a OMS, em 1993, promoveu a Conferência Ministerial da Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, momento em que foram estabelecidos compromissos relacionados, dentre outros, à detecção precoce dos casos, acesso oportuno ao tratamento e, por conseguinte, a cura dos doentes (BARREIRO; GRANGEIRO, 2007).

Com efeito, a doença passou a ser declarada como emergência mundial, sendo recomendada a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment-short course) como resposta global para seu controle (WHO, 2009). No Brasil, estabeleceram-se alguns objetivos para sua efetivação, dentre estes a cura de 85% das pessoas acometidas pela doença, bem como a diminuição da taxa de abandono para menos de 5% (BRASIL, 2010).

Cabe destacar que tal estratégia deve ser entendida como um conjunto de práticas para o controle da TB, a qual se fundamenta em cinco componentes (WHO, 2009), a saber:

- Compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação (com definição de atividades, metas, prazos e responsabilidades) e mobilização social;
- Diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade;
- Tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente;
- Fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; e
- Sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso.

Tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB representa um dos importantes pilares técnicos da estratégia DOTS e uma atividade essencial para o controle da doença, este trabalho atentou-se especificamente à questão da BSR.

2.3 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

A detecção precoce de casos novos, ou seja, o doente de TB que nunca usou, ou que usou por menos de um mês, drogas antituberculosas (SILVA JR, 2004), caracteriza-se como uma das ações estratégicas de controle da doença. Seu foco principal é localizar o quanto antes pessoas com tosse prolongada – sintomáticos respiratórios (SR) – consideradas com suspeita de TB pulmonar, e ofertar-lhes tratamento adequado, interrompendo assim a cadeia de transmissão (BRASIL, 2010).

Silvia Jr (2004) vê essa estratégia como um conceito pragmático, compreendendo, portanto, tanto métodos de diagnóstico, quanto ações organizadas para operacionalizá-los, envolvendo tanto os SS como a comunidade. Neste sentido, a BSR configura-se como uma das estratégias gerenciais fundamentais para o controle da doença, pois, como vimos, a partir dessa ação podem ser detectados precocemente novos casos.

Com fins operacionais, o parâmetro nacional recomendado é buscar 1% da população, ou 5% das consultas de primeira vez em indivíduos com 15 anos ou mais nos SS (1-2% na Estratégia Saúde da Família (ESF), 5% na Unidade Básica de Saúde (UBS) e 8-10% nas urgências, emergências e hospitais). Ressalta-se que a cada 100 SR examinados, espera-se encontrar, em média 3-4 doentes bacilíferos podendo variar de acordo com o coeficiente de incidência da região (BRASIL, 2010).

Além disso, caracteriza-se como pactuação nacional que os municípios, sobretudo àqueles considerados prioritários para o controle da TB, que a BSR atinja pelo menos 80% dessa meta estabelecida (BRASIL, 2010).

A esse respeito São José do Rio Preto (SJRP) encontra-se entre os municípios prioritários no estado de São Paulo, seguindo, portanto, a meta nacional de buscar 1% da população, que, por sua vez, está distribuída em cinco distritos locais de saúde (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

Conforme dados recentes, dessa meta inicial o município atingiu 23,7% (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012a), bem aquém dos 80% preconizados a priori, caracterizando, dessa forma, que há a necessidade de repensar as estratégias para efetivação da BSR.

De uma maneira geral observa-se que a BSR na comunidade tem ocorrido de forma pontual ou em demandas específicas, tais como: instituições de longa

permanência (idosos) e de pacientes com transtornos mentais, além do sistema prisional (MUNIZ et al., 2005). Na APS, especificamente UBS, tem ocorrido principalmente em períodos de campanhas nacionais e mundiais, na ESF é estendida à comunidade com a inclusão da identificação dos SR na visita mensal e para todos os moradores do domicílio (BRASIL, 2010).

Ao encontro disso, estudo aponta que os locais ideais para a organização da busca de novos casos da TB, tendo em vista sua estratégia de trabalho, devem ser os SS da APS. Além disso, partindo do princípio de que essas instituições realizam serviços de prevenção da doença e promoção à saúde, a BSR deveria caracterizar-se como atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros da equipe de saúde (FAÇANHA et al., 2009).

Imersos nesse contexto encontram-se os gerentes locais dos SS, dos quais é esperado, entre outros, a assunção de responsabilidades junto às atividades realizadas para o desenvolvimento e implantação de uma política de organização dos serviços, cujo objetivo final é a oferta de cuidados.

O termo gerência é comumente usado como sinônimo de Administração, e dentro da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, é tida como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde (BRASIL, 2006a).

Atualmente está muito mais associada à ideia de concepção, planejamento e controle do que puramente de execução de tarefas, isso porque quem executa não é necessariamente quem planeja e controla (JUNQUEIRA, 1990).

Tendo em vista a complexidade no campo de atuação desses profissionais e a oferta cada vez maior de usuários/população, cabe aos gerentes locais o desenvolvimento máximo de competências, as quais são traduzidas em conhecimentos, habilidades e atitudes, que possibilitem a atuação multiprofissional na promoção da saúde (LOURENÇÃO; BENITO, 2010).

Essas competências são definidas como um saber agir responsável e reconhecido que implica em mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor à organização e valor social ao indivíduo. Em síntese, não consiste apenas em aplicações de saberes, mas sim em uma reconstrução destes de acordo com a situação específica (GIRALDO; GRISALES, 2005; CUNHA; NETO, 2006).

A descentralização das ações em saúde caracteriza-se como uma das principais estratégias na construção do SUS, haja vista que a partir desse momento as instâncias de poder local tomaram para si a complexa tarefa de construir um novo modelo assistencial, do qual é esperado a assunção de ações que elevem a qualidade de vida da população, não se restringindo apenas ao atendimento das doenças já instaladas (ALVES; PENNA; BRITO, 2004).

Além disso, espera-se dos gerentes locais uma posição de liderança perante a equipe de trabalho, de forma que haja um engajamento proativo entre ambas as partes, com a finalidade de superarem juntos as limitações apresentadas pelos SS. Limitações estas que vão desde a escassez de recursos humanos e de materiais, até a atuação especializada com uma demanda cada vez maior e mais exigente (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

No intuito de minimizar esses efeitos, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conjuntamente com o Ministério da Saúde (MS), em 1992, lança mão do Projeto GERUS (curso de especialização em gerência de unidades de saúde), tendo como proposta o desenvolvimento gerencial para as unidades de saúde da APS, implantado como apoio ao processo de fortalecimento da gestão do SUS em nível local (OPAS, 2012).

O município de SJRP entendendo essa proposta, sobretudo no tocante ao apoio à política de descentralização, implantação dos distritos de saúde (DS) e municipalização da APS, realizou, em 1996, o primeiro GERUS em parceria entre a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e o MS (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011). Há que se considerar que, apesar desse momento ter representado grande avanço para a estruturação das gestões locais, não houve, porém, uma continuidade, configurando-se esse como o primeiro e único curso específico ocorrido no município.

Mesmo diante de todo esse cenário singular, não raro observar os gerentes locais sendo culpabilizados pelo insucesso das metas e pactuações firmadas pelas instâncias superiores, que por vezes, não propiciam uma participação mais ativa destes atores na elaboração e viabilização dessas metas. Fato que pode gerar ações desarticuladas com as realidades e particularidades de cada local e população e que, por consequência, dificulta o efetivo trabalho dos profissionais, resultando em conflitos e desmotivação destes e de toda equipe de saúde.

Com efeito, acreditamos que os estudos em Análise de Discurso (AD) possibilitaram reflexões, a partir das interpretações dos sujeitos, acerca dos sentidos circulantes sobre a operacionalização da BSR em SJRP, valendo-se, para tanto, das condições de produção em que os mesmos são produzidos. Fundamentalmente as condições de produção compreendem os sujeitos e a situação, podendo ser observadas das seguintes maneiras: sentido estrito, em que são observadas as circunstâncias da enunciação, o contexto imediato; e o sentido amplo, o qual inclui o contexto sócio-histórico e ideológico dos sujeitos (ORLANDI, 2009).

Também a memória tem papel importante nesse processo, na medida em que tem suas particularidades quando pensada no discurso, sendo tratada nesse sentido como o *interdiscurso*, ou seja, aquilo que fala antes e em outro lugar, independentemente (ORLANDI, 2009). Isso quer dizer que todos os sentidos ditos por alguém, sempre surtirão efeitos sobre os dizeres de si e de outros, afetando, portanto, o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva dada.

Sendo assim, a interpretação desse interdiscurso possibilitou-nos remeter os dizeres dos gerentes a uma memória sobre determinado assunto, que nesta pesquisa disse respeito à operacionalização da BSR, e assim identificá-lo em sua historicidade, em sua significância, revelando, portanto, seus os discursos circulantes a esse respeito.

Para Courtine¹ (1984 *apud* ORLANDI, 2009) o interdiscurso (o já-dito) representa o eixo vertical onde se tem todos os dizeres já ditos e já esquecidos e, como eixo horizontal o *intradiscurso* (da ordem da formulação), onde se diz a partir de um momento dado ou situação dada. Portanto, infere-se que só há o dizer (discurso) a partir da perspectiva do dizível (interdiscurso, memória) e que desse jogo tiram-se os sentidos.

Considerando a relevância do exposto, a questão norteadora desta investigação procurou saber: “Que efeitos de sentido são reverberados nos discursos dos gerentes locais dos serviços de saúde e como têm influenciado na busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto/SP?”.

¹ COURTINE, J.J. Définition d'Orientations Théoriques et Méthodologiques en Analyse de Discours. *Philosophiques*, Paris, v.9, n.2, 1984.

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

“Nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar”. (Michel Foucault, *Microfísica do Poder*).

3.1 GERAL

Analisar discursivamente como os efeitos de sentido têm influenciado na operacionalização da busca de sintomáticos respiratórios da tuberculose no município de São José do Rio Preto/SP, Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar discursivamente como as condições de produção em sentido estrito influenciam na busca de sintomáticos respiratórios da tuberculose; e
- Identificar e analisar discursivamente como as condições de produção em sentido amplo influenciam na busca de sintomáticos respiratórios da tuberculose.

4. COMPOSIÇÃO TEÓRICA

“Falar é fazer alguma coisa – algo diferente de exprimir o que se pensa, de traduzir o que se sabe e, também, de colocar em ação as estruturas de uma língua. Mostrar que somar um enunciado a uma série preexistente de enunciados é fazer um gesto complicado e custoso que implica condições e comporta regras”. (Michel Foucault, *Arqueologia do Saber*).

A AD configura-se como um conceito relativamente jovem no campo de interseção entre as Ciências Sociais e a Linguística. Historicamente teve seu início na França dos anos 60, “período em que as referências teóricas e políticas se reuniam em torno do estruturalismo filosófico, da questão da ideologia e da leitura dos discursos” (ORLANDI, 2012, p.14). Teve como idealizador o filósofo francês Michel Pêcheux, que fundou a *Escola francesa de Análise do Discurso* com o propósito de substituir a *Análise de Conteúdo* (AC) tradicional (MINAYO, 2010).

No Brasil, seu início foi marcado pelo contexto da ditadura militar, por volta do ano de 1964, momento em que a luta pela palavra era fundamental, e que o silêncio era trabalhado politicamente no sentido de significar aquilo que não podia ser dito (ORLANDI, 2012), tendo como principal expoente Eni P. Orlandi.

Portanto, é a partir dos postulados teórico-metodológicos da AD de matriz francesa ou pêcheuxiana que este estudo se fundamenta, sendo esta constituída como o *entremeio* entre três domínios preliminares do conhecimento – que se configuram ao mesmo tempo em uma ruptura com o século XIX – a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise (CAREGNATTO; MUTTI, 2006).

Segundo Orlandi (2009, p.19), dessas áreas do conhecimento a AD se vale a partir de alguns aspectos, a saber:

- da Linguística, se debruça sobre a afirmativa da não-transparência da língua, uma vez que relativiza sua autonomia a partir da negação da relação direta entre linguagem/pensamento/mundo;
- do Marxismo, se atém ao legado do materialismo histórico afirmando que o homem faz história e, que esta tem seu real afetado pelo simbólico, de tal forma que os fatos reclamam sentidos; e
- da Psicanálise, estuda o inconsciente e a ideologia afetando o sujeito – sendo este constituído na relação com o simbólico na história – deslocando-o da noção de homem para a de sujeito.

Orlandi (2012, p.11) entende “entremeio no sentido particular de não pensar relações hierarquizadas, ou instrumentalizadas, ou aplicações”. Trata-se, portanto, de entender a transversalidade dessas disciplinas, pensadas como empréstimos, não empíricos, mas metafóricos. “Uma disciplina de entremeio não é positivista, ou seja, não acumula conhecimentos meramente, visto que discute seus pressupostos continuamente” (ORLANDI, 2007a, p.23).

A partir disso, entendemos que a AD não se caracteriza como uma metodologia unicamente, mas, fundamentalmente, como uma disciplina interpretativa, que trabalha sempre entre o *interdiscurso* e o *intradiscurso* chegando às posições representadas pelos sujeitos através das marcas de seus discursos (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

O conceito de interdiscurso é concebido por Pêcheux² (1997 *apud* VARGAS, 2009, p.65) como sendo um “todo complexo” que abriga uma multiplicidade de saberes (discursivos) correlacionados a um lugar de sentido, do qual “algo fala” sempre “antes, em outro lugar e independentemente”.

Orlandi (2009, p.32) complementa afirmando que “o interdiscurso torna possível todo dizer, retomando como pré-construído o “já dito” que está na base do “dizível”, sustentando assim cada tomada da palavra”. Para Courtine (1984 *apud* ORLANDI, 2009, p.34) “no interdiscurso fala uma voz sem nome”.

O interdiscurso é concebido também como uma forma de *memória*, “não com o sentido psicologista da memória individual, mas nos sentidos entrecruzados da *memória social e coletiva* inscritas historicamente”. Levando-se em consideração ainda que para haver memória faz-se necessário que o acontecimento registrado saia da indiferença, ou seja, que deixe o domínio da insignificância (ACHARD et al., 2010, p.50) e que faça sentido.

Cabe-nos ainda compreender o interdiscurso em seu funcionamento por intermédio das relações entre *paráfrase e polissemia*, ou seja, entre o “mesmo” e o “diferente”.

Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, uma memória que se estabiliza. Ao passo que nos processos polissêmicos tem-se o deslocamento, a ruptura de processos de significação, isto é, o jogo com o equívoco. Em suma, “é a partir da relação de tensão entre o “mesmo” e o “diferente” que os sentidos se movimentam e (re)significam” (ORLANDI, 2009, p.36).

O conceito de *intertexto* não pode, porém, ser confundido com o de interdiscurso, haja vista que este é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas e que àquele (intertexto) restringe-se à relação de um texto com outros

² PÊCHEUX, M. **Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. 3ª ed. Campinas: Editora Unicamp, 1997.

textos, além disso, neste o *esquecimento* não é estruturante como é para o interdiscurso (ORLANDI, 2009).

Orlandi (2009) a esse respeito divide o *esquecimento* em 1 e 2. O esquecimento número 1, também denominado de ideológico, caracteriza-se como sendo do inconsciente e é por meio dele que temos sempre a ilusão de sermos a origem do que dizemos (sonho adâmico). Já o esquecimento número 2, é o da ordem da enunciação, ou seja, ao falarmos o fazemos de uma maneira e não de outra, mas indicando que nosso dizer sempre poderia ser outro.

Todos esses conceitos são matizados por nuances das condições de produção, que podem ser da ordem dos sentidos estrito e amplo. As *condições de produção em sentido estrito* compreendem as circunstâncias da enunciação, é o contexto imediato em que o discurso é produzido, formulado. Por *condições de produção em sentido amplo* entendemos que se deve levar em consideração o contexto sócio-histórico, ideológico a que o sujeito está inscrito em uma situação dada. Assim, fundamentalmente, as condições de produção compreendem os sujeitos e a situação (ORLANDI, 2009).

Desta forma, entendemos que a AD não se configura como teoria descritiva ou explicativa, mas sim crítica, a qual tem nas determinações históricas dos processos de significação sua força motriz (MINAYO, 2010).

Propõe, pois, uma saída da “zona de conforto” instituída pela AC que procura entender “o que o texto *quer* dizer”. Diferentemente, a AD não atravessa o texto para encontrar um sentido do outro lado, mas busca entender “*como* os textos querem dizer o que dizem” produzindo sentidos (ORLANDI, 2012, p.23).

O sentido de uma palavra ou de uma expressão, na perspectiva discursiva, não existe em si mesmo, mas ao contrário, expressa posições ideológicas produzidas a partir da história. Da mesma maneira que toda formação discursiva, pela ilusão da transparência, tenta dissimular sua dependência das formações ideológicas (MINAYO, 2010). Em outros termos, a linguagem só é linguagem porque faz sentido e, só faz sentido porque se inscreve historicamente (ORLANDI, 2009).

Assim, os dizeres não são apenas mensagens a serem decodificadas. São efeitos de sentidos produzidos a partir de condições determinadas, afetando de alguma forma o modo como se diz. “Esses sentidos têm a ver com o que é dito ali, mas também em outros lugares” (ORLANDI, 2009, p.30).

Dentro desse contexto não lhe cabe trabalhar com a língua em sua forma bruta, a gramática, mas sim com o discurso. Assolini³ (2011 *apud* SOUZA, 2012, p.27), a este respeito, nos lembra de que a palavra discurso vem do latim *discursus*, e que é etimologicamente relacionada à ideia de “correr ao redor” e “curso de vários assuntos, ideias, opiniões”. Portanto, o discurso é assim palavra em movimento, em curso, prática de linguagem, em que se observa – em suas minúcias – o homem falando (ORLANDI, 2009).

Tendo em vista que a linguagem humana não é transparente, visto que na interlocução entre o “eu” e o “outro” há sempre uma barreira, um anteparo, mesmo na presença do silêncio, entendemos que a linguagem, enquanto discurso e interação, é um modo de produção social. Portanto, não é neutra, inocente ou natural, mas sim o lugar privilegiado da manifestação da ideologia (ORLANDI, 2012; BRANDÃO, 2004).

Em suma, caberá ao analista de discurso, tal qual um detetive, expor seu olhar à opacidade do texto, de forma a confrontar e interrogar a análise de seu objeto de estudo, levando-se em consideração pistas e vestígios deixados a partir da relação do dizer com sua exterioridade, ou seja, suas condições de produção.

³ ASSOLINI, F.E.P. Leitura e formação inicial: repercussões para os fazeres pedagógicos de professoras alfabetizadoras. In: **XVI Congreso Internacional de la Asociación de Lingüística y Filología de la America Latina**. Espanha, 2011.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

“É em nossa escrita que a teoria aparece em seu lugar e o método se mostra com seus efeitos. Sem o que, não há compreensão e interpretação e nos tornamos silenciosos, deixando as portas abertas”.

(Eni P. Orlandi, *Discurso em Análise: sujeito, sentido, ideologia*).

5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Inicialmente, cabe-nos conceituar metodologia, visto que esta se apresenta de diferentes formas a depender do objeto de estudo do pesquisador. Especificamente neste trabalho optamos pela filiação da linha de pensamento adotada por Minayo (2008), a qual conceitua metodologia a partir das Ciências Sociais, que epistemologicamente visa entender o histórico, a consciência histórica, a identidade entre o sujeito e o objeto da investigação, e, a ideologia fazendo sentido.

Isso implica dizer que o sujeito do estudo deve ser essencialmente qualitativo, levando-se em consideração suas crenças, valores e condições sociais individuais, considerando, portanto, que esse sujeito é complexo, contraditório, inacabado e por isso mesmo em constante transformação. Com efeito, entende-se metodologia como sendo o caminho, o percurso utilizado pelo pesquisador para apreender seu material empírico, valendo-se para tanto de instrumentais próprios de abordagem da realidade (MINAYO, 2008).

Operacionalmente consiste dizer que é a fusão da teoria, por meio das concepções teóricas de abordagem, da técnica, valendo-se de instrumentos de apreensão da realidade, unidas à capacidade criadora e a experiência do pesquisador. Esta última, por sua vez, com relevante importância, haja vista que favorece a capacidade de relativizar o instrumental técnico a ponto de superá-lo pela arte. Portanto, “trata-se de um imbricamento entre a habilidade do produtor, sua experiência e seu rigor científico” (MINAYO, 2008, p.23).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de SJRP situa-se a noroeste do estado de São Paulo e tem uma população, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) elaborado em 2010, de 408.258 habitantes, com estimativa para 2011 de 412.076 habitantes (IBGE, 2011). Apresenta uma densidade demográfica de 946,53km², eminentemente urbana (DATASUS, 2010).

20 municípios, contando com 63,37% da população total dos municípios pertencentes ao colegiado (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

5.2.1 Atenção à saúde em São José do Rio Preto/SP

Em 2001, iniciou-se um período de reestruturação e reorganização do sistema de saúde, sendo dividido em pólos de saúde. Posteriormente, essa nomenclatura foi redefinida para DS I, II, III, IV e V, localizando-se respectivamente nas regiões leste, norte, sul e oeste do município. Destacamos ainda que o DS II é subdividido em dois, sendo Santo Antônio e Solo Sagrado (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

Desta forma, em 2012, ano da geração de dados desta pesquisa, o município possuía uma rede de APS composta por: 13 UBS; 11 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) – totalizando 20% de cobertura de ESF – 1 Centro de Saúde Escola (CSE), vinculado à FAMERP, organizada sob os moldes de uma UBS; um total de 23 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em atividade nas unidades, as quais estavam em fase de transição do modelo tradicional para a ESF; além de 5 Unidades de Pronto Atendimento à Saúde (UPAS) (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

Em nível secundário possuía: 1 Ambulatório Regional de Especialidades (ARE); 1 Ambulatório Municipal de Hepatites Virais, que por sua vez, era referência no atendimento de portadores de hepatites virais B e C; 1 Serviço de Atendimento Especializado em doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids (SAE); 1 Hospital Dia; 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) infantil e 2 CAPS Adulto; 1 Ambulatório de Saúde Mental, 1 Núcleo Municipal de Reabilitação, 1 Ambulatório Médico de Especialidades (AME) com gestão estadual (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

A atenção terciária municipal contava com 5 hospitais conveniados ao SUS, sendo 1 vinculado à FAMERP (Hospital de Base), 3 hospitais privados e 1 psiquiátrico (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011) (Figura 2).

Fonte: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012a.

Figura 2: Distribuição da organização dos SS em SJRP.

5.2.2 Atenção à tuberculose em São José do Rio Preto/SP

Em relação à TB, SJRP, tem como objetivo ofertar suporte técnico às equipes de saúde da APS, a fim de que as mesmas operacionalizem a BSR, diagnóstico precoce, tratamento diretamente observado (TDO), acompanhamento mensal dos doentes até o encerramento dos casos, além de avaliar os comunicantes (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011).

Como vimos o município apresentava bons indicadores de desenvolvimento social e de saúde, contudo no tocante à TB alguns dados ainda preocupam, como o coeficiente de incidência de 26,7 para cada 100.000 habitantes (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012b), fato considerado preocupante quando comparamos o mesmo indicador no estado de São Paulo, que era de 38,5% (BRASIL, 2012b). No que tange ao número de casos novos, observou-se a ocorrência de 109 novos casos da doença no ano de 2011, revelando aumento em relação ao ano anterior, que foi de 92 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012b).

Unida a isso havia ainda a alta taxa de coinfeção TB/HIV, que em 2009 foi de 23%, enquanto que a incidência nacional, para o mesmo período, era de 6,2% (SÃO JOSÉ DE RIO PRETO, 2009).

Todos esses dados suscitam reflexões acerca do número de óbitos por TB, haja vista que, quando observamos seu valor total, este se mantém alto por interferência da coinfeção TB/HIV e de outras doenças associadas, sendo que a TB propriamente dita responsabiliza-se por um terço de todos os óbitos (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2009). Fato que alocou SJRP na posição de um dos municípios considerados prioritários para o controle da doença no Brasil (BRASIL, 2006b).

Para tanto o Pacto pela Vida estabeleceu algumas estratégias no intuito de reverter o quadro da doença no Brasil, sendo assim instituiu a meta de realizar a BSR em 1% da população (BRASIL, 2006b). Contudo, SJRP, em 2011, atingiu 23,7% dessa meta pactuada (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012a), fato considerado preocupante, sobretudo, porque a BSR configura-se como uma importante estratégia de controle da TB.

Em relação ao desfecho do tratamento, observamos um esforço para alcançar as metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro de descobrir 70% dos casos estimados e curá-los em 85% (BRASIL, 2006b). A esse

respeito, em 2009, a taxa de cura do município foi de 77,7%, o abandono foi de 6,8% e o óbito foi de 15,5% (CVE, 2012).

Tendo em vista esse quadro, torna-se indispensável lançar mão de alternativas, cujo intuito principal seja o controle dessa doença. Para Ruffino-Netto (2001), faz-se necessário optar por um modelo de assistência voltado à prática de saúde participativa, coletiva e ao mesmo tempo integral, e que, sobretudo, seja permanentemente vinculada à realidade da comunidade.

Ao encontro desta ideia, estudo realizado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, em 2005, mostrou que há tendência de descentralização das atividades de natureza técnica (entrega de medicamentos, observação da ingestão medicamentosa, através do TDO, e BSR) para a APS (UBS e UBSF). E que as atividades gerenciais (manejo do sistema de informações, monitoramento da situação da TB a partir do sistema de informação, planejamento e execução de treinamentos/capacitações, supervisões das equipes locais de saúde), permaneciam sendo realizadas de forma centralizada pela coordenação municipal do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) (VILLA et al., 2006).

Especificamente a esse respeito, cabe destacarmos que por anos SJRP manteve sua atenção à TB predominantemente centralizada pela equipe do PCT no ARE, respondendo pelo tratamento e acompanhamento dos doentes encaminhados pelas unidades de saúde. Posteriormente, em 2001, com a ampliação da rede básica e a necessidade de expansão do TDO a todos os doentes, iniciou-se o processo de descentralização da dose supervisionada para a APS (UBS e UBSF), ficando as demais ações (diagnóstico e consultas médicas) a cargo do PCT (VENDRAMINI, 2005).

Os SS inicialmente apresentaram forte resistência em assumir essas ações, consequentemente apenas no final de 2004 a TB passou a ser considerada prioridade no trabalho de vigilância em saúde e assim as metas de descentralização gradual do PCT foram finalmente traçadas. Três anos depois, em 2007, com a adesão do município ao Pacto pela Vida, o mesmo passa a se comprometer com a descentralização de todas as ações de controle da TB para a APS (BSR, diagnóstico, acompanhamento clínico-terapêutico, TDO e controle de comunicantes) rotina que se observa até os dias atuais.

Cabe destacarmos que todos os SS, sejam públicos ou privados do município, estão aptos a realizarem o diagnóstico da doença e, que mediante suspeita as UBS, USF e UPA têm total autonomia para solicitar os exames diagnósticos.

A baciloscopia (BK), coleta de amostra de escarro, em 2012, caracterizava-se como o exame mais solicitado e, isso se devia, sobretudo, porque havia a oferta de insumos necessários nos SS (formulários para pedidos e potes de escarro), além do fato de que qualquer profissional da equipe de saúde poderia solicitá-lo, caso fosse necessário.

Operacionalmente o BK deve ser realizado, no mínimo, em duas amostras, sendo uma por ocasião da primeira consulta, e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar. Nos casos em que há indícios clínicos e radiológicos de suspeita de TB e as duas amostras de diagnóstico apresentem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais (BRASIL, 2010). Destaca-se que o município de SJRP tem seguido essas diretrizes, entretanto, observou-se empiricamente a ausência de locais apropriados e/ou adequados para a coleta de escarro nas unidades de saúde.

A partir do convênio firmado entre o município e um laboratório de referência credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – UNILAB – as amostras são recolhidas diariamente até as 12:00h em todos os SS da rede pública municipal. Os demais laboratórios (privados e vinculados aos hospitais) também realizam as análises e enviam os resultados ao PCT quando constatadas amostras positivas.

O BK, desde que executado corretamente em todas as suas fases, permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar, o que é importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos bacilíferos são os responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2010), daí a importância de se realizar de forma efetiva a BSR.

Os resultados dos BK analisadas pelo UNILAB e demais laboratórios são encaminhados diretamente aos SS entre 7 e 10 dias após a realização da coleta e, em caso de positividade, o laboratório entra em contato via telefone com o SS que coletou a amostra imediatamente após a confirmação do diagnóstico, a fim de que o mesmos possam contatar o doente o mais brevemente possível.

Exames complementares, raio-x por exemplo, são realizados em serviços de referência, tais como o Hospital Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto, ou no Hospital Instituto Espírita Nosso Lar – IELAR - (ambos conveniados ao SUS) ou ainda no próprio PCT, sendo que os suspeitos de TB têm prioridade no atendimento. O teste tuberculínico, outro exame complementar, é realizado somente no PCT.

Os doentes diagnosticados nas UPA, no PCT, nos consultórios particulares ou em hospitais são encaminhados às unidades de saúde da APS mais próximas à sua residência, onde lhes é ofertado tratamento oportuno.

A APS em SJRP responsabiliza-se por toda a condução dos casos de TB, salvo em algumas situações (toxicidade medicamentosa decorrente da terapêutica, formas clínicas extrapulmonares, micobactérias atípicas, multidrogarresistência (TB-MDR) e tratamento de doentes que recusam acompanhamento na unidade de saúde), que são então acompanhados de forma particular ao PCT. Além disso, fica sob sua responsabilidade o envio de relatórios mensais, a fim de que o PCT possa alimentar os sistemas de informação existentes no município: Sistema de Controle de Pacientes com TB (TBWeb), Boletim Epidemiológico Anual e Painel de Monitoramento da SMS.

Além destes casos, o PCT atende ainda doentes de TB que procuram espontaneamente o serviço ou, em sua maioria, que chegam encaminhados de hospitais, consultórios particulares e das unidades de saúde, porém nem sempre com o diagnóstico já estabelecido. Caracteriza-se como referência para todos os SS municipais, sobretudo no que tange ao diagnóstico, tratamento, BSR e suporte técnico às equipes de saúde para a condução dos casos até seu desfecho. Conta com uma equipe multidisciplinar especializada composta por: 1 médico Pneumologista, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 assistente social e 1 digitador.

No tocante aos doentes de TB coinfectados pelo HIV/Aids, excepcionalmente, estes são acompanhados pelo SAE, haja vista que já há um vínculo instituído entre os doentes e essa equipe de saúde.

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Tendo em vista que a APS em SJRP, constituía-se em 25 unidades de saúde, sendo 13 UBS, 11 UBSF e 1 CSE a qual era organizada sob os moldes de uma UBS (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2011), foram incluídos neste estudo todos os gerentes responsáveis pelos SS da APS, totalizando assim, 25 sujeitos.

5.3.1 Critérios de Inclusão

Para a efetivação desta pesquisa, bem como de seus objetivos, instituímos como critério de inclusão que os sujeitos tivessem pelo menos um ano de experiência no cargo. Consideramos que esse seria o tempo mínimo favorável para que os sujeitos tivessem conhecimento acerca de sua competência profissional gerencial, bem como estivessem devidamente ambientados com a equipe de trabalho e com os usuários/população de sua área de abrangência.

Cabe destacar ainda que para participar desta pesquisa os sujeitos deveriam ter idade igual ou superior a 18 anos e, deveriam estar em pleno acordo com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

5.3.2 Critérios de Exclusão

Os sujeitos que no período da geração de dados estivessem em licença médica ou em afastamento do cargo por quaisquer motivos, e/ou não agendassem a entrevista mesmo após três tentativas de contato telefônico, e/ou aqueles que se recusassem a participar desta pesquisa, e/ou não assinassem o TCLE, foram automaticamente excluídos do estudo.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA A GERAÇÃO DE DADOS

A geração de dados ocorreu entre os dias 16 e 31 de maio de 2012, destacando que as entrevistas foram realizadas em horários e locais de trabalho dos sujeitos, portanto, nas unidades de saúde às quais cada um respondia. Para tanto foram realizadas as seguintes fases:

5.4.1 Primeira fase – definição da amostra

O termo *amostra*, no que tange às pesquisas qualitativas, ainda causa certo estranhamento, visto que é comumente relacionado às pesquisas quantitativas.

A esse respeito Turato (2008, p.351) nos explica que etimologicamente esse vocábulo se relaciona à:

Uma parte, uma porção, um fragmento, que por sua vez é apresentado para demonstrar propriedades da natureza ou da qualidade de algo. Na linguagem científica das pesquisas com seres humanos, amostra é o mesmo que parcela selecionada, segundo uma determinada conveniência, e extraída de uma população de sujeitos, consistindo um subconjunto do universo.

Portanto, tendo em vista que a palavra constitui-se como um signo convencional e, considerando que na comunicação entre seus pares, os cientistas das ciências sociais, psicológicas ou médicas lançam mão tradicionalmente desse termo – amostra – (TURATO, 2008), neste trabalho também nos filiaremos a tal entendimento.

Assim, para a definição de nossa amostra, inicialmente realizamos um levantamento junto ao site da SMS de SJRP com o intuito de identificar as unidades de saúde existentes nos 5 DS do município, bem como os gerentes atuantes nestas e seus respectivos contatos telefônicos.

A partir desse momento, foram efetuados dois sorteios, sendo que no primeiro, os DS (I, II, III, IV e V) foram redigidos em filipetas de papel e sorteados aleatoriamente, obtendo-se a seguinte ordenação: DSII, DSI, DSIV, DSIII e DS V.

Cada DS possuía um determinado número de unidades de saúde, sendo:

- DS I: 5 unidades de saúde, todas caracterizadas como UBS;
- DS II: 10 unidades de saúde, sendo que destas 6 eram UBSF e 4 eram UBS;
- DS III: 2 unidades de saúde, sendo uma UBS e outra CSE com características similares a um UBS;
- DS IV: 4 unidades de saúde, sendo 3 UBSF e uma UBS; e
- DS V: 4 unidades de saúde, sendo 3 UBSF e 1 UBS.

O segundo sorteio, também por meio de filipetas de papel, foi efetuado com vistas à ordenação das unidades de saúde (contidas nos DS já devidamente sorteados) e, portanto, a ordem em que os gerentes seriam contatados via telefone.

Com a finalidade de operacionalizar as entrevistas, optou-se pelo agendamento de duas entrevistas diárias, sendo uma no período da manhã e outra à tarde. Isso se deveu em virtude de que as entrevistas foram efetuadas nos locais de trabalho dos sujeitos, em horário de atendimento normal e, sobretudo, porque optou-se pelo transporte público como meio de condução do pesquisador até as unidades de saúde.

Portanto, seguindo os critérios de inclusão e exclusão já mencionados, dos 25 sujeitos que compuseram a população deste estudo 14 foram entrevistados, sendo excluídos 11 sujeitos. Ressalta-se que destes, 2 encontravam-se em licença maternidade, 6 tinham menos de um ano no cargo de gerência, 1, após três tentativas de contato via telefone, não foi encontrado para agendar a entrevista, 1 se recusou a participar desta pesquisa alegando indisponibilidade de tempo e 1, após dois contatos telefônicos, solicitou o envio de e-mail a fim de agendar a entrevista, contudo não retornou o e-mail, nem tampouco as ligações.

5.4.2 Segunda fase – agendamento das entrevistas

Com a finalidade de seguir os procedimentos obrigatórios exigidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP/USP), inicialmente solicitamos junto à SMS de SJRP um ofício de autorização (ANEXO A) para o desenvolvimento desta pesquisa nas unidades de saúde municipais.

Imediatamente após sua aprovação, efetuamos entrada no CEP/EERP/USP junto ao site da Plataforma Brasil (PLATAFORMA BRASIL, 2012), a fim de viabilizar este estudo. De posse desta certidão de aprovação (ANEXO B), fez-se um primeiro contato com os gerentes das unidades de saúde, conforme a ordem estabelecida no sorteio, com vistas ao agendamento de uma entrevista no dia e horário que melhor se adequassem às suas necessidades.

Conforme acordado entre as partes (entrevistador e entrevistado), coube aos sujeitos a escolha do melhor lugar (espaço físico) para a realização da entrevista, haja vista que as condições de produção geradas naquele momento também se configuraram como particularidades do sujeito, sendo, portanto, importantes para o material de análise.

5.4.3 Terceira fase – as entrevistas

Para a geração de dados, optamos pela técnica da entrevista, a qual se constitui como uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador com a finalidade de construir informações pertinentes para seu objeto de estudo (MINAYO, 2010).

Para Minayo (2010) as entrevistas se caracterizam pela sua forma de organização. Assim, optamos neste estudo pela *entrevista semidirigida*, cujo objetivo é direcionar, apontar, guiar para onde a entrevista pode caminhar (TURATO, 2011).

Isso significa dizer que a direção da entrevista pode ser dada de maneira alternada, fluida, no sentido de que o entrevistador possa conduzir permitindo, de forma flexível, que o entrevistado assuma em alguns momentos o comando, respeitando assim a melhor construção das ideias em exposição (TURATO, 2011).

Além disso, incluímos um quadro de caracterização dos sujeitos (sexo, idade, formação, cargo ocupado, tempo de exercício no cargo, exercício de outra função, tipo de unidade que trabalha), cuja finalidade principal era traçar o perfil dos mesmos de maneira que fosse possível identificar a partir de que condições de produção os dados seriam gerados.

Cabe esclarecer que neste trabalho demos ênfase à análise qualitativa, desta forma, não serão apresentados os resultados quantitativos referentes ao quadro de caracterização.

O instrumento (APÊNDICE B) foi criado levando-se em consideração os seguintes aspectos:

- Trajetória profissional dos gerentes;
- Conhecimento acerca dos aspectos epidemiológicos gerais apresentados na população de sua área de abrangência;
- Reflexões sobre a TB;
- Conhecimento acerca dos aspectos epidemiológicos específicos da TB apresentados na área de abrangência;
- Conhecimento acerca da organização da equipe de saúde para operacionalizar a BSR;
- Reflexões sobre seu relacionamento (gerente) com os demais membros da equipe de saúde e também com o PCT do município;
- Conhecimento sobre os treinamentos, cursos e capacitações para BSR ofertados pelo PCT e pelo município;
- Reflexões acerca da organização política instituída na APS do município com a finalidade de controlar a TB;
- Apontamentos de potencialidades na organização política do municipal para operacionalizar a BSR;
- Apontamentos de fragilidades na organização política do municipal para operacionalizar a BSR; e
- Reflexões sobre a BSR na unidade de saúde de trabalho.

Esse tipo de instrumento favoreceu a posterior análise discursiva, visto que procurou interrogar os sentidos estabelecidos entre as condições de produção estabelecidas entre o entrevistador e o entrevistado, resultando em materialidades de sentidos à interpretação. Desse modo, destacamos que 5 questões do instrumento de geração de dados foram selecionadas para a constituição do *corpus* (material de análise) (APÊNDICE C).

A este respeito Orlandi (2009, p.77) afirma que “qualquer elemento pode ser estudado enquanto marca linguística ou *marca de discurso*, não necessitando, contudo, fazer uso de todo o material empírico bruto para isso, visto se tratar de uma análise vertical e não horizontal”. O importante é captar marcas linguísticas, relacioná-las ao contexto sócio-histórico e, sobretudo, embasá-las cientificamente de forma que a interpretação faça sentido.

Destacamos que, no momento da entrevista, coube ao pesquisador explicar ao entrevistado, de forma clara e sucinta, quais eram os objetivos do estudo e também como seriam efetuadas as gravações, garantindo-lhe, por meio do TCLE, o sigilo de todas as informações geradas a partir da entrevista.

Foi possível ainda, por intermédio de um diário de campo, registrar impressões acerca dos sujeitos, bem como sobre o ambiente em que se deu a entrevista.

5.5 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA GERAÇÃO DE DADOS

Com relação às fragilidades no processo de geração de dados, certamente uma das mais relevantes disse respeito ao transporte urbano municipal, que contava com duas empresas fornecedoras. A maior e mais importante destas, à época da coleta de dados, passava por reformulação em sua frota e também em seu quadro de funcionários, fato que culminou na diminuição de oferta em algumas linhas, sobretudo para os bairros mais distantes da cidade.

Além disso, seus funcionários reivindicavam, por meio de paralisações e greves, melhorias nas condições de trabalho e de salário, tornando, desta forma, o acesso às unidades de saúde ainda mais difícil e, em alguns dias, inviável.

Outro fator importante relacionou-se ao cotidiano de trabalho atribulado dos gerentes, que além das inúmeras atribuições diárias - não raro observá-los tendo que se ausentar da unidade em cumprimento de chamados à SMS - culminou assim, algumas vezes, em adiamento da entrevista.

Algumas unidades estavam passando por reformulações em seu quadro de funcionários e também em suas instalações físicas. Fatores que parecem ter gerado uma sobrecarga de trabalho nos profissionais ali atuantes, haja vista a instauração de ambientes improvisados e sem conforto tanto para os funcionários, quando para os usuários.

Apesar disso, houve uma receptividade boa por parte da maioria dos entrevistados, bem como dos demais profissionais de unidade, caracterizando-se, portanto, como uma das potencialidades daquele período. Esse fator viabilizou a construção de um ambiente amistoso e de reciprocidade entre entrevistador e

entrevistados, sobretudo porque estes se mostraram solícitos e dispostos a participar da pesquisa.

O período de geração de dados propiciou ainda momentos de imersão no cenário da pesquisa, com vistas ao conhecimento empírico de como se operacionalizam os SS em diferentes populações do município.

5.6 DISPOSITIVOS ANALÍTICOS

Para iniciar as análises coube-nos transcrever na íntegra todo o material empírico que foi gravado em áudio durante as entrevistas, identificando os sujeitos de G1 a G14, respeitando o sigilo que lhes foi garantido por meio do TCLE.

Após isso, construímos o *corpus* de análise, que está intimamente ligado à análise propriamente dita, visto que definir o que faz parte do *corpus* é também decidir acerca das propriedades discursivas (ORLANDI, 2009). Operacionalmente consiste em:

Construir montagens discursivas que obedeçam critérios que decorrem de princípios teóricos da análise de discurso, face aos objetivos da análise, e que permitam chegar à sua compreensão. Esses objetivos, em consonância com o método e os procedimentos, não visa a demonstração mas a mostrar como um discurso funciona produzindo (efeitos de) sentido. (ORLANDI, 2009, p.63).

Assim, os recortes das entrevistas transcritas unidos às condições de produção que lhes são constitutivas, compuseram, pois, o *corpus de análise* deste estudo. Estes recortes foram ainda sublinhados, de forma que pudessem nos auxiliar na identificação de vestígios e pistas deixados nos processos de significação dos sujeitos.

Após essa etapa, por intermédio do *software Atlas ti 6.0*, elaboramos um bando de dados, que por sua vez foi armazenado em uma *Hermeneutic Unit (HU)*, viabilizando, desta forma, os recortes dos fragmentos que foram posteriormente analisados.

Foram realizadas leituras minuciosas no material a fim de que as entrevistas fossem então codificadas, de modo a apreender os elementos integrantes ao objetivo deste estudo. Posteriormente à criação dos códigos, as entrevistas foram abertas uma a uma e novamente codificadas por meio do sublinhamento dos fragmentos. Consequentemente foram gerados relatórios, nos quais constavam os fragmentos relacionados a cada código e a cada gerente/entrevista.

Destacamos que optamos neste trabalho pela abordagem qualitativa, haja vista que esta procura enfocar, principalmente, o social (valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões) como um mundo de significados passível de investigação, em que a linguagem comum, a língua, é tida como uma matéria prima a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais (MINAYO, 1992).

Além disso, realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, visto que ambos são da mesma natureza, em que o material primordial é a palavra que expressa a “fala” cotidiana, sendo que esta se torna reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, possuindo assim a magia de transmitir representações de grupos determinados em condições sócio-histórico-econômicas e culturais específicas (MINAYO; SANCHES, 1993).

Em síntese Denzin e Lincoln⁴ (1994 *apud* TURATO, 2011, p.191) resumem as características da pesquisa qualitativa afirmando que esta é:

Multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos das significações que as pessoas trazem para eles.

Neste sentido a AD configurou-se como o dispositivo teórico-analítico utilizado para interpretar os vestígios e pistas deixados pelos dizeres dos sujeitos ao longo do corpus. Para tanto, Orlandi (2009) nos direcionou três etapas, as quais foram percorridas ao longo das análises:

⁴ DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oask: Sage, 1994.

5.6.1 Primeira etapa – passagem da superfície linguística para o objeto discursivo

Nesta fase, procuramos desfazer a ilusão inicial de que aquilo que foi dito pelo sujeito somente poderia tê-lo sido daquela maneira e não de outra, ou seja, passamos da superfície linguística para o discurso. Para tanto, consideramos as indicações fornecidas pelo conceito de esquecimento número 2 (da instância da enunciação).

5.6.2 Segunda etapa – passagem do objeto discursivo para o processo discursivo

Nesta fase fomos incitados a observar a origem comum das FD apresentadas ao longo do *corpus*. Para isso, consideramos as indicações fornecidas pelos processos parafrásticos, em decorrência de sua capacidade de estruturar o dizer e de se ligar, de forma muito particular, ao “já dito” cristalizado. Levamos em consideração que os sujeitos discursivos se inscrevem em diferentes FD porque, fundamentalmente, ocupam distintas posições, portanto, não há uma linearidade, mas sim contradições.

5.6.3 Terceira etapa – passagem do processo discursivo para a formação ideológica

A partir deste momento compreendemos as relações entre as FD e a ideologia, uma vez que esta deixa marcas linguístico-discursivas, que nos coube, a partir de nossos dispositivos analíticos, interpretá-las. Destacamos ainda que a “interpretação é um “gesto”, ou seja, um ato no nível do simbólico” (PÊCHEUX, 1969⁵ *apud* ORLANDI, 2007a, p.18).

⁵ PÊCHEUX, M. *Analyse Authomatique du Discours*. Paris, 1969.

Assim, o gesto de interpretação se dá, haja vista que o espaço simbólico é marcado pela incompletude, pela relação com o silêncio. Associamos a isso o fato de que interpretação é o vestígio do possível e o lugar próprio da ideologia, sendo materializada pela história (ORLANDI, 2007a).

Concluimos, portanto, que a AD não tem por pretensão atingir a exaustão em relação ao objeto empírico. Procura na realidade “tratar os fatos da linguagem com sua memória, sua espessura semântica, sua materialidade linguístico-discursiva, não lhe cabendo, assim, atingir a completude das interpretações” (ORLANDI, 2009⁶ *apud* SOUZA, 2012, p.38).

5.7 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO

O referido estudo é parte do Projeto Multicêntrico – Edital MCT/CNPq/CT Saúde/MS/SCTIE/DECIT 67/2009 - Proc. 558835/2009-0, intitulado: “*Avaliação da Efetividade de modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil*” do GEOTB, cadastrado e certificado no diretório de grupos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que por sua vez foi aprovado pelo CEP/EERP/USP, sob a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

Este projeto foi submetido individualmente junto ao CEP/EERP/USP e devidamente aprovado pelo órgão, sob o protocolo nº10350/2012 (ANEXO B).

Cabe destacar ainda que a geração de dados somente foi efetuada mediante leitura, aceite e assinatura do TCLE pelos sujeitos do estudo atendendo assim a Resolução nº 196/96 do CNS e das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

⁶ ORLANDI, E.P. **Análise de discurso:** princípios e procedimentos. 8ª ed. Campinas: Pontes, 2009.

6. AS ANÁLISES

“O Universo não é uma ideia minha.
A minha ideia do Universo é que é uma ideia minha.
A noite não anoitece pelos meus olhos, a minha ideia da noite é que
anoitece por meus olhos”.
(Fernando Pessoa. *Obra Poética*).

6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Tendo em vista que a TB se caracteriza como uma doença severa de proporções globais e que implica em inúmeros agravos à saúde das populações, faz-se necessário lançar mão de medidas de contenção para seu avanço, as quais estabelecem metas e normatizações específicas em consonância com esses objetivos.

A BSR caracteriza-se como importante pilar dentro desses objetivos, tendo em vista sua capacidade de antecipação do diagnóstico e, por conseguinte, a possibilidade de instituição do tratamento terapêutico o mais brevemente possível.

A partir deste entendimento, alicerçamos nossas análises nos postulados da AD e também consideramos importantes contribuições de Michel Foucault.

As análises foram então divididas em dois blocos, que chamaremos de blocos discursivos (BD), sendo que no primeiro procuramos refletir os postulados da AD, unido às contribuições de Michel Foucault sobre as relações de poder, reverberando nos discursos dos gerentes posições assumidas em relação às metas e normas instituídas, especificamente relacionadas à BSR.

Procuramos enfocar como essas relações, a partir do interdiscurso e da memória discursiva, têm influenciado na operacionalização dessa importante estratégia de controle da TB – BSR – em SJRP.

No segundo BD, a partir dos achados do primeiro, refletimos como as relações de poder suscitam nos sujeitos posições de resistência às metas e normas instituídas, especificamente relacionadas à BSR. Refletimos, portanto, no sentido de interpretar como tais resistências, que ocorrem na ordem do interdiscurso, têm influenciado a operacionalização da BSR em SJRP.

6.2 AS RELAÇÕES DE PODER E SUAS INFLUÊNCIAS NA BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

Nas últimas décadas, tendo em vista sua gravidade, importantes ações em âmbito internacional impulsionaram governos e sociedade civil no tocante à ampliação das ações de controle da TB (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Dentre estas, a citar, temos a iniciativa *Stop TB*, a qual estabeleceu como objetivo para 2015 reduzir à metade taxas de prevalência e de mortalidade da doença (RUFFINO-NETTO, 2002), além disso, é esperado que até 2050 sua incidência global ativa seja inferior a 1/1.000.000 por habitantes por ano (WHO, 2009). Inserida nesse contexto destaca-se ainda a viabilização da BSR, a qual se caracteriza como importante estratégia na detecção de casos de TB e, por conseguinte, na contenção de seu avanço desordenado (BRASIL, 2000).

Este cenário epidemiológico, em que metas e pactuações cada vez mais reclamam engajamento, comprometimento e responsabilização, sobretudo, dos profissionais que atuam na APS, levou-nos à reflexão dos efeitos de sentido do *poder*. Este entendido não como um objeto natural, uma coisa, mas como uma prática social, e, como tal, constituída historicamente (FOUCAULT, 1979).

Para Foucault (1979, p.12) os poderes não se exercem de forma unitária, homogênea, não havendo, portanto, uma natureza, uma essência. “O que há são poderes sendo exercidos em níveis variados e em pontos distintos de uma rede social, intervindo materialmente nos indivíduos no que lhes é mais concreto, seus *corpos*”. Diz-se, portanto, que há a ação de *micropoderes*.

Ao encontro disso, refletimos ainda acerca de como os “*Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE)*” direcionam a reprodução da força de trabalho dos indivíduos não somente no sentido de qualificá-los, mas também para assujeitá-los à ideologia dominante” ou à sua prática (ALTHUSSER, 1966, p.22).

Assim, relacionamos a gerência a uma *memória coletiva ou memória discursiva*, a qual oferece uma gama de formulações e especificações, veiculadas, muitas vezes, por “vozes” de autoridade e de verdade. Podemos pensar essas vozes sob a ótica de dois conceitos usualmente empregados para significar a gerência, sendo um deles o conceito de *gestão em saúde*:

A arte ou ciência de identificar recursos necessários para a concretização de determinadas finalidades, a mobilização em si para obtê-los, e de combinar, de forma adequada, sua utilização, por meio da ação humana e de determinados processos de trabalho, de acordo com dimensões que qualificam o alcance dessas finalidades ou objetivos (GRABOIS; FERREIRA, 2009).

E também o de *competência gerencial*, pensado por Brandão e Guimarães⁷ (2001 *apud* BRANDÃO et al., 2010) sob dois enfoques principais: *humana ou individual* (relacionada ao profissional, ou seja, mais focada no plano individual) e *organizacional* (referente aos atributos ou capacidades dos serviços ou das organizações em sua totalidade).

Associamos, ainda, o entendimento de que o cargo de gerente, dentro da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, é tido como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde (BRASIL, 2006a).

Destacamos que a memória tem certas características quando pensada no interior do discurso. Por isso cabe-nos refleti-la a partir do *interdiscurso*, definido por Orlandi (2009, p.31) como “aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente”, ou seja, a memória discursiva.

Assim, essa conjuntura de conceitos destinados a “qualificar” a gerência, faz insurgir uma memória discursiva acerca do papel gerencial que associamos ao exercício da *microfísica do poder*, em que “os corpos são afetados em seu cotidiano, refletindo em seus gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos” (FOUCAULT, 1979, p.12).

Em suma podemos dizer que se tratam de processos que buscam a *disciplinarização* desses sujeitos, de forma que possam ser capazes de responder eficazmente a normas e metas pré-estabelecidas.

A disciplina pode ser entendida, portanto, como:

O momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil (FOUCAULT, 1987, p.127).

⁷ Brandão, H. P., & Guimarães, T. A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo?. **Revista de Administração de Empresas**, v.41, p.08-15, 2001.

Certos de que os indivíduos concretos são interpelados em sujeitos a partir de *ideologias*, e que estas não existem senão por e para os sujeitos (ALTHUSSER, 1974⁸ *apud* BRANDÃO, 2012), entendemos que a disciplinarização, enquanto ideologia dominante depende *a priori* do quão assujeitados os corpos ou os sujeitos estão a ela.

O conceito de ideologia é matizado por nuances significativas e que, por isso, ainda hoje guarda noções confusas e controversas a seu respeito. Neste estudo filiamo-nos ao entendimento de Pêcheux⁹ (1975 *apud* ORLANDI, 2012, p.45) que trata a ideologia como tendo uma *materialidade específica* e não sendo, portanto, uma *esfera de ideias*, como previu Althusser em suas reflexões (1974 *apud* BRANDÃO, 2012). Desta forma, tem-se que “a materialidade particular da ideologia é o discurso, e que a materialidade de base do discurso é a língua” (ORLANDI, 2012, p.45).

Assim, nos fragmentos discursivos relacionados, observamos que os gerentes locais – enquanto assujeitados ideologicamente ou disciplinarizados - subordinam-se ao poder dominador e ao seu discurso, de maneira a incorporá-lo e reproduzi-lo simultaneamente:

Fragmento nº 1: “Na questão da busca ativa aqui a gente sensibiliza profissionais tanto de enfermagem, quanto os médicos, para estarem colhendo o escarro, né, no tossidor crônico, no tossidor que está há mais de 15 dias [...]” (G1, há 04 anos no cargo, atua em UBS).

Fragmento nº 2: “[...] Dei os panfletos, explico [...] Fez visita, percebeu que o usuário está tossindo muito... ele já oferece, ele leva os potes [...] cada agente já levou o potinho já para oferecer para o paciente [...]” (G6, há 1,3 ano no cargo, atua em UBS).

Ambos os sujeitos inscrevem-se em *formações discursivas* (FD) – “sistema de relações entre objetos, tipos de enunciados, conceitos e estratégias que em conjunto

⁸ ALTHUSSER, L. *Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado*. Lisboa: Presença, Martins Fontes, 1974.

⁹ PÊCHEUX, M. Mises au point et perspectives à propos de l'analyse automatique du discours. *Langages*. Paris, v.37, 1975.

concebem o discurso” (BRANDÃO, 2012, p.32) – impregnadas de efeitos de sentido de *obediência* e de *autoridade*, concomitantemente.

Desse modo, incorporam dentro do discurso as posições de “dominados”, subordinados às regras impostas pelas instituições superiores, linguisticamente marcados pelas sequências discursivas “*aqui a gente sensibiliza*” e “*dei os panfletos, explico*”. E se posicionam também enquanto “dominadores”, reproduzindo o discurso hegemônico aos demais membros da equipe, assinalados linguisticamente em “*para estarem colhendo o escarro*” e “*ele leva os potes*”.

Esta constante inversão de posicionamento dos sujeitos (ora dominados, ora dominantes) deve-se ao fato de que o poder não se localiza em um determinado lugar ou em outro univocamente, assim, fundamentalmente deve ser refletido em rede, sobretudo porque em suas malhas os indivíduos circulam não só em posição de exercê-lo, como também de sofrer sua ação (FOUCAULT, 1979).

Além disso, configura-se como a reverberação das formas de *repetições discursivas*, em que os sentidos são impossibilitados de fluírem naturalmente, tendo vista que os sujeitos são tomados pelos dizeres já estabelecidos em um imaginário que sua memória não ecoa, ao contrário, estaciona, só repete (ORLANDI, 2009).

A esse respeito Orlandi (2009, p.54) relata que, “pela incompletude natural do sujeito, dos sentidos, da linguagem, ainda que todo sentido se filie a uma rede de constituições, ele pode ser deslocado nessa própria rede”. Havendo, portanto, imposição à estabilização que bloqueia o movimento significativo. Assim, a repetição pode acontecer no interior do discurso de três maneiras:

- a repetição empírica (mnemônica), efeito papagaio, ou seja, só repete;
- a repetição formal (técnica), que é o outro modo de dizer o mesmo; e
- a repetição histórica, que é a que desloca, a que permite o movimento porque historiciza o dizer e o sujeito, fazendo fluir o discurso, trabalhando o equívoco e a falha.

Portanto, entendemos que as relações de força em consonância com as repetições discursivas suscitam nos gerentes inversões contínuas de posições – ora como dominantes e ora como dominados – sendo, portanto, sujeitos e assujeitados ao poder dominador.

As *relações de forças*, tidas por Orlandi (2009, p.39), como “posicionamentos a partir dos quais o sujeito fala sendo constitutivo do que ele diz”, também convergem com esse entendimento, uma vez que consideram as *formações imaginárias* dos sujeitos. Não como indivíduos físicos ou lugares empíricos a que estes estão inscritos na sociedade, mas como imagens resultantes de *projeções*, que, por sua vez, suscitam tomadas de posições pelos sujeitos.

Desta forma, os fragmentos relacionados reforçam a discussão que vimos empregando, no sentido de que elucidam como os gerentes locais tomam suas posições:

Fragmento nº 3: “[...] Técnicos são mobilizados para isso, [...] e os agentes identificam na casa também. Fazem campanha, entregam panfleto, a gente faz sala de espera, no grupo de hipertensos e diabéticos, orienta os sintomas” (G5, há 1,5 ano no cargo, atua em UBSF).

Fragmento nº 4: “[...] A gente faz orientação com os agentes [...] a gente chamou os agentes para participar, a gente repassa as informações para eles estarem nas visitas, né, conforme identificando encaminhar para a unidade [...]” (G4, há 2 anos no cargo, atua em UBS).

A disciplina, como vimos, fabrica *corpos dóceis*, não simplesmente para que façam o *que* se quer, mas fundamentalmente para que operem *como* se quer. Atua de forma a dissociar o poder do corpo, ou seja, “ao mesmo tempo em que amplia a sua capacidade, por outro lado, inverte a potência que poderia resultar disso, fazendo com que haja uma relação de *sujeição estrita*” (FOUCAULT, 1987, p.127).

Nas sequências discursivas “*técnicos são mobilizados para isso*” e “*a gente repassa as informações para eles*” percebemos que os sujeitos incorporam (posição de dominados) o discurso hegemônico, ao mesmo tempo em que o reproduzem (posição de dominantes), fazendo ecoar as “vozes” das instâncias superiores.

Mesmo a partir desse contexto, em que os sujeitos são interpelados em corpos dóceis de forma que sejam capazes de atingir sua capacidade máxima, não

raro observar um movimento paradoxal sendo imbricado a partir do cotidiano de trabalho desses sujeitos, sobretudo, no que se relaciona à operacionalização da BSR.

A vasta oferta de ações pela APS, os diferentes modelos de atenção à saúde, a implantação da ESF, a descentralização das ações de saúde, sobretudo relacionadas à TB, além dos recursos estruturais e humanos escassos, caracterizam-se como alguns dos fatores que influenciam a descontinuidade no trabalho dos gerentes locais, dificultando, assim, a execução satisfatória das ações de saúde (LICO et al., 2005), tal qual observamos nos fragmentos discursivos:

Fragmento nº 5: *“[...] Eu acho que ainda nós não temos uma autonomia total, né?! Mas, eu acho que nós temos uma grande responsabilidade!”* (G12, há 3 anos no cargo, atua em UBSF).

Fragmento nº 6: *“[...] eu acho que a gente tem que ter pessoas para trabalhar, né?!... (risos). Porque, assim, a equipe que tem a gente tenta socorrer o que dá para socorrer! E... assim, priorizar as coisas, né [...]”* (G1, há 4 anos no cargo, atua em UBS).

Fragmento nº 7: *“Ah, isso aí não consegue mesmo... isso aí é uma dificuldade! [...]”* (G7, há 1,1 ano no cargo, atua em UBS).

Observamos que os sujeitos se inscrevem em FD relacionadas aos entraves na operacionalização de metas e normas instituídas. Entretanto, baseado na afirmativa de que “os sentidos são sempre administrados e não estão soltos” (ORLANDI, 2009, p.10), cabe-nos destacar que por intermédio das *condições de produção em sentido estrito* (da ordem da enunciação) nosso olhar, por vezes, foi direcionado ao entendimento de que os gerentes se posicionam, dentro do discurso, enquanto limitados em sua autonomia profissional, haja vista que aparentam estar às margens das negociações político-administrativas em saúde.

Baseado no conceito de disciplinarização, as sequências discursivas “*nós não temos uma autonomia total, né. Mas eu acho que nós temos uma grande responsabilidade*”, “*a equipe que tem a gente tenta socorrer o que dá para socorrer!*”

E... assim, priorizar as coisas, né” e “ah, isso aí não consegue mesmo... isso aí é uma dificuldade!” estão em consonância com nosso entendimento, tendo em vista que a imposição de normatizações restritivas tem o sentido de “frear” a potência e a força dos corpos, fazendo valer novamente a sujeição restritiva.

Apresentamos ainda outros fragmentos discursivos que podem nos auxiliar nessa compreensão:

Fragmento nº 8: “[...] *Óh, assim, teve uma época que a gente estava brincando, falei, “óh, daqui uns dias vamos fazer exame de escarro em nós, todo mundo aqui dentro” [...] para ver se atinge as metas [...]* (G14, há 2,2 anos no cargo, atua em UBSF).

Fragmento nº 9: “[...] *Ponto negativo é o problema da unidade em si... da estrutura! Porque, assim, tem pouco funcionário que não dá pra fazer um trabalho assim, né, muito regular por causa da quantidade*” (G13, há 3 anos no cargo, atua em UBS).

Fragmento nº 10: “[...] *Isso aqui lotou ontem, antes de ontem! [...]*” (G10, há 3 anos no cargo, atua em UBS).

As sequências discursivas *“falei, “óh, daqui uns dias vamos fazer exame de escarro em nós, todo mundo aqui dentro” para ver se atinge as metas”, “tem pouco funcionário que não dá pra fazer um trabalho assim, né, muito regular por causa da quantidade” e “isso aqui lotou ontem, antes de ontem!”*, também se relacionam à FD da ordem de entraves operacionais no trabalho cotidiano dos gerentes.

Tais entraves, fundamentalmente, interferem nas condições de produção em sentido estrito – “circunstâncias da enunciação, contexto imediato em que os discursos são formulados” (ORLANDI, 2009, p.30) – haja vista que direcionaram a maneira como os sujeitos interpretaram suas condições de trabalho. As sequências discursivas *“tem pouco funcionário que não dá pra fazer um trabalho assim, né, muito regular por causa da quantidade” e “isso aqui lotou ontem, antes de ontem!”*, elucidam essa afirmativa a partir de efeitos de sentido de sobrecarga de trabalho.

Toda essa conjuntura favorece, portanto, um ambiente de desmotivação e diminuição do interesse dos gerentes locais em solucionar os problemas apresentados pelos SS, resultando em ações executadas muito mais por imposições administrativas do que pelo conhecimento e assunção de responsabilidades.

Estudos como de Protti et al. (2010) coadunam com essa afirmativa, considerando que as metas instituídas pelas instâncias superiores aos gerentes locais, limitam a incorporação efetiva da BSR na rotina dos SS, na medida em que contrastam com a realidade local e, portanto, com as reais necessidades dos usuários/população.

Desta forma, concluímos que as condições de produção em sentido estrito, unidas ao contexto sócio-histórico e ideológico, suscitam novas discussões em relação à maneira como as metas e pactuações estão sendo instituídas na APS, especialmente nos SS locais.

Na prática, isso seria possível tomando como base a afirmativa de Foucault (1987) que considera o poder não apenas como repressivo, recalcado, mas, fundamentalmente, com uma concepção positiva. Afirmar ainda que o poder pode ser produtivo na medida em que o indivíduo e o conhecimento se originam dessa produção.

Portanto, entendemos que a (re)construção de uma gestão em saúde mais participativa, envolvendo as diversas hierarquias relacionadas, levando em consideração as particularidades e as reais necessidades dos usuários/população configuram-se como um dos nortes possíveis, vislumbrando a transformação no quadro atual da BSR em SJRP.

Certos de que a AD não procura atingir a exaustão, nem tampouco a completude do objeto empírico, entendemos que não há uma “chave” de interpretação, mas, ao contrário, há método e construção de um dispositivo teórico. Desta forma, entendemos que a partir de outros dispositivos teóricos também outros gestos de interpretação são possíveis, sobretudo porque “os sentidos estão (sempre) em curso” (ORLANDI, 2007a, p.11).

6.3 AS INFLUÊNCIAS DO SILENCIAMENTO E DA RESISTÊNCIA NA BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

Foucault (1980), quando se ateuve à temática do poder, não pretendia fazê-lo no sentido de instaurar uma teoria, na realidade seu propósito era estabelecer uma *analítica* do poder, a qual se opõe à teoria afirmando que:

Se tentarmos construir uma teoria do poder, será necessário sempre descrevê-lo como algo que emerge num lugar e num tempo dados, e daí deduzir e reconstruir a gênese. Mas, se o poder é, na realidade, um conjunto de relações abertas, mais ou menos coordenadas, então o único problema consiste em se munir de uma rede de análise que torne possível uma analítica das relações de poder (FOUCAULT¹⁰, 1980 *apud* DREYFUS; RABINOW, 1995, p.202).

Portanto, o poder não é substancialmente identificado em um indivíduo univocamente, mas caracteriza-se como uma maquinaria em que ninguém é titular. Seu exercício requer uma sistematização ou, em outros termos, “uma mecânica, cujas engrenagens relacionam-se aos métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de inquérito e de pesquisa, aparelhos de verificação, todos utilizados com a finalidade de exercer o poder”, caracterizando-se, desta forma como *técnicas/táticas de dominação* (FOUCAULT, 1979, p.186).

A esse respeito, os fragmentos relacionados discursivizam o funcionamento dessa maquinaria em relação aos sujeitos:

Fragmento nº 11: “[...] Tem que prestar conta de tudo pra eles, né?! Tudo, tudo, tudo! (G11, há 4 anos nos cargo, atua em UBS).

Fragmento nº 12: “[...] Eles cobram bastante assim! A parte deles eles fazem direitinho. Eles cobram! [...] (G3, há 4 anos no cargo, atua em UBSF).

Fragmento nº 13: “Todo ano geralmente elas vêm. Porque, assim, se tem alguma mudança eles vêm, reforçam, né?! [...] Elas vêm para reforçar a questão da campanha” (G5, há 1,5 ano no cargo, atua em UBSF).

¹⁰ FOUCAULT, M. *Confession of de Flesh*. Brighton: The Harvester Press, 1980.

Para entender melhor este complexo funcionamento do poder, façamos neste momento uma imersão na teoria do dispositivo *Panopticon*, idealizado por Jeremy Bentham no final do século XXVIII, o qual tinha na visibilidade sua principal armadilha.

Consistia arquitetonicamente na construção de uma torre central em meio a um amplo terreno, em cujas periferias edificavam-se celas. Em cada cela havia duas amplas janelas gradeadas, sendo uma voltada à entrada de raios solares e a outra à torre, assim, pelo efeito da contraluz podia-se da torre ver ininterruptamente e reconhecer de forma imediata (FOUCAULT, 1980 *apud* DREYFUS; RABINOW, 1995; FOUCAULT, 1987).

Esse dispositivo foi marcado pela ideia de induzir os indivíduos aprisionados a um estado consciente de permanente visibilidade, uma forma de dissociação do par “ver/ser visto”, haja vista que do anel periférico se é totalmente visto, sem nunca ver, e que da torre central vê-se tudo, sem nunca ser visto, em outras palavras:

O Panóptico é uma máquina maravilhosa que, a partir dos desejos mais diversos, fabrica efeitos homogêneos de poder. Uma sujeição real nasce mecanicamente de uma relação fictícia. De modo que não é necessário recorrer à força para obrigar o condenado ao bom comportamento, o louco à calma, o operário ao trabalho, o escolar à aplicação, o doente à observância das receitas (FOUCAULT, 1987, p.178).

Salientamos que esse dispositivo não pode ser entendido somente como um puro sistema arquitetural e óptico, na realidade trata-se de uma “figura de tecnologia política que se pode destacar em qualquer uso específico, cuja finalidade principal é o exercício do controle e da disciplina” (FOUCAULT, 1987, p.181).

Para que haja o efetivo funcionamento dessa maquinaria, torna-se necessário, como já mencionamos, a utilização de técnicas/táticas que podem ser muito distintos uns dos outros a depender da época e também do nível de dominação do poder (FOUCAULT, 2006).

Assim, mecanismos disciplinares e de controle foram discursivizados pelos sujeitos em FD relacionadas à sistematização da BSR, sendo esta garantida pelas instâncias superiores por meio de ações inspecionais e de manejo.

Embora saibamos que uma FD determina aos sujeitos “o que deve e pode ser dito buscando uma homogeneidade discursiva, os efeitos de contradições

ideológicas de classes são sempre passíveis de recuperação no interior mesmo da “unidade” dos conjuntos de discurso” (BRANDÃO, 2012, p.50).

Portanto, os efeitos de sentido reverberados nas sequências discursivas “*tem que prestar conta de tudo pra eles, né. Tudo, tudo, tudo!*”, “*eles cobram bastante assim! A parte deles, eles fazem direitinho. Eles cobram!*” e “*elas vêm para reforçar a questão da campanha*”, significam como os sujeitos se posicionam enquanto “controlados e vigiados”, ainda que não haja uma figura presencial de um coordenador e/ou inspetor cotidianamente em seu ambiente de trabalho.

Dentro desse contexto, chamamos a atenção ainda para o fato de que os três sujeitos fazem uso de pronomes pessoais (e não quaisquer um) “*ele*”, “*deles*” e “*elas*” ao se referenciar ao poder dominador a que estão assujeitados, especificamente o PCT.

Essa substituição não acontece ao acaso dentro do discurso, mas a partir do *silêncio*, que não é o nada, ou seja, não é o vazio sem história, é, sim, o silêncio que significa (ORLANDI, 2007b). Portanto, a partir do processo de relações de poder, observamos os sujeitos se referirem, ainda que de forma silenciosa, há mecanismos ocultos – às margens (externo) do SS – que mesmo não presencialmente os mantêm em constante alerta.

Este estado de vigília oculta (constante, mas sem ser vista) se faz presente por meio dos aparatos burocráticos de registro, ou em outros termos, dos instrumentos de vigilância, os quais são preconizados pelo Programa Nacional de Controle da TB (PNCT), com o intuito de monitorar o avanço da TB e, por conseguinte, o trabalho dos profissionais envolvidos com as ações de controle da doença. Assim, os fragmentos relacionados elucidam discursivamente como os sujeitos interpretam estas técnicas/táticas de dominação:

Fragmento nº 14: “[...] A gente tem uma planilha sistemática que tem que preencher... quando vem, quando fez exame, quando isso, quando aquilo. Então, a gente acaba... a gente só executa o trabalho e manda tudo, e eles supervisionam... e cobram, “olha, não preencheu isso, não fez isso, não fez aquilo!” (G11, há 4 anos nos cargo, atua em UBS).

Fragmento nº 15: “[...] Tem todas aquelas planilhas, que são planilhas complicadas para preencher, né. Então, às vezes a gente tem um rodízio de

profissional, aí tem dúvida na planilha, e liga, atrasa a planilha. Entendeu? [...]” (G1, há 4 anos no cargo, atua em UBS).

A ficha de notificação de casos, os livros de registro de sintomáticos respiratórios, de tratamento e acompanhamento dos casos e de exames laboratoriais para o diagnóstico da TB, configuram-se como alguns desses instrumentos cuja finalidade principal é a coleta de dados rotineira (BRASIL, 2010), que, por sua vez, são utilizados como avaliadores das ações de controle da doença em âmbito local.

Além destes ainda outros formulários padronizados são utilizados para coletar dados acerca da doença, tais como o guia de internações hospitalares por TB e a declaração de óbito. Contudo, o principal formulário de dados de notificação de casos é, sem dúvida, a ficha de notificação e investigação de TB do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. As informações sobre a doença registradas nesse sistema viabilizam quantificar e qualificar o avanço da doença e, portanto, traçar metas e estratégias para sua contenção (BRASIL, 2010).

As sequências discursivas *“a gente tem uma planilha sistemática que tem que preencher... quando vem, quando fez exame, quando isso quando aquilo”* e *“tem todas aquelas planilhas, que são planilhas complicadas para preencher, né”*, expressam como esses aparatos burocráticos pretendem formatar as ações dos sujeitos, fazendo emergir sentidos de assujeitamento ideológico ao poder dominante, cuja intenção é disciplinarizar atos, trabalhos e, sobretudo, discursos.

A repetição do vocábulo *“quando”* apresentada por um dos sujeitos, nos remete ao entendimento de que tais aparatos burocráticos têm uma sistemática complexa e ordenada, que deve ser cumprida de maneira eficaz. Portanto, a partir disso, o poder dominador legitima seu constante monitoramento, o qual é conduzido por *“eles”* (os agentes que se situam às margens (externo) dos SS – mecanismos ocultos), reiterando, desta forma, o assujeitamento dos sujeitos.

Uma vez que o poder circula pelos sujeitos possibilitando que transitem pelas posições de dominante e dominado constantemente, cabe-nos refletir que o exercício do poder, suscita também o exercício da *resistência*. E esta, tal qual ele, também *“não se apropria de um lugar específico, mas circula de forma fluida e transitória por toda a estrutura social”* (FOUCAULT, 1979, p.14).

Assim, apresentamos três fragmentos discursivos em que se observam o estabelecimento da resistência dos sujeitos ao discurso hegemônico e, conseqüentemente, à sua posição de assujeitados ideologicamente:

Fragmento nº 16: “[...] A gente não tem só tuberculose! (G1, no cargo há 4 anos, atua em UBS).

Fragmento nº 17: “[...] Ficou mais difícil porque ficou o mesmo número de pessoas para atender um trabalho a mais, né?!] (G6, há 1,3 ano no cargo, atua em UBS).

Fragmento nº 18: “Porque eu acho que essa parte da responsabilidade, assim, ficou bem evidente pra nós depois dessa mudança que teve” (G12, há 3 anos no cargo, atua em UBSF).

A resistência não deve/pode ser entendida como a “imagem invertida do poder, mas, ao contrário, devemos ter em mente que há uma relação de coexistência entre ambas”, uma vez que, como vimos, estas transitam/perpassam pelos sujeitos de forma móvel e contínua. Por isso diz-se que, no momento em que se dá uma relação de poder, há sempre a possibilidade de resistir (FOUCAULT¹¹, 1994 *apud* DÍAS, 2006, p.117).

Esse fato, unido à reflexão de que em AD “toda sequência de enunciados é, pois linguisticamente descritível com uma série de pontos de deriva possíveis, oferecendo, desta forma, lugar à interpretação” (PÊCHEUX, 2008, p.53), possibilitou-nos o entendimento de que os discursos de luta/disputa dão-se no campo das práticas de trabalho destes sujeitos, sobretudo em relação à viabilização da BSR. Uma vez que são reverberados discursos cujas FD perpassam pelo sentido de secundarização da TB.

Nas sequências discursivas “a gente não tem só tuberculose”, “ficou o mesmo número de pessoas para atender um serviço a mais” e “essa parte da responsabilidade, assim, ficou bem evidente pra nós”, observamos relações de tensão sendo imbricadas entre os *processos parafrásticos* (o mesmo) e *polissêmicos*

¹¹ FOUCAULT, M. **Verdade e Poder**. Um diálogo con M. Fontana sobre el poder y otras conversaciones. Barcelona: Altaya, 1994.

(o diferente), haja vista que, por meio destes, os sujeitos tentam dizer o mesmo para significar, na realidade, outra coisa.

Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, uma memória que se estabiliza. Ao passo que nos processos polissêmicos tem-se o deslocamento, a ruptura de processos de significação, isto é, o jogo com o equívoco. Em suma, estes se caracterizam, respectivamente, como o “mesmo” e o “diferente” e é a partir disso, que os sentidos se movimentam e (se)significam” (ORLANDI, 2009, p.36).

Essa secundarização da TB, discursivizada pelos gerentes, deve-se, em nosso entendimento, ao intermédio de uma *memória coletiva* de que esta doença estaria controlada e que, portanto, deveria dar-se ênfase às doenças mais atuais e de maior visibilidade.

Estudos como de Hino et al. (2011) coadunam com esse entendimento, afirmando que, apesar de a TB configurar-se como uma doença de grande magnitude, não raro observamo-la sendo negligenciada nas agendas das políticas públicas na ilusão de que se trata de uma doença do passado e que, portanto estaria controlada ou mesmo resolvida.

Em nossos achados percebemos que há uma linha tênue entre poder e resistência que garante movimentação constante das posições assumidas pelos sujeitos, entretanto, Foucault (2006, p.232) a esse respeito nos lembra que:

As relações de poder suscitam necessariamente, apelam a cada instante, abrem a possibilidade a uma resistência, e é porque há possibilidade de resistência, e resistência real, que o poder daquele que domina tenta se manter com tanto mais força, tanto mais astúcia quanto maior for a resistência.

Assim, ao poder dominador caberá a utilização de outros métodos/técnicas de controle e disciplinarização, a fim de que sua dominação seja mantida. As formas de segregação da resistência podem ser diversas, desde o encarceramento de pensamentos (silenciamento) até o apelo violento aos corpos, aos atos. Desse modo, analisamos dois fragmentos que discursivizam como isso é possível:

Fragmento nº 19: *“Ah... pode falar?”* (G2, há 3 anos no cargo, atua em UBSF).

Fragmento nº 20: *“Posso te falar sinceramente?”* (G8, há 2,6 anos no cargo, atua em UBSF).

Tendo em vista que “o discurso materializa o contato entre ideológico e linguístico, haja vista que representa no interior da linguagem os efeitos das contradições ideológicas e manifesta a existência da materialidade linguística no interior da ideologia”. Entendemos, desta forma, que a linguagem estabiliza o movimento dos sentidos e dos sujeitos e que no silêncio, ao contrário, há garantia de movimentação destes (ORLANDI, 2007b, p.23).

Orlandi (2007b, p.24) a esse respeito distingue duas formas de silêncio, a saber:

- O silêncio fundador: aquele que existe nas palavras, que significa o não-dito produzindo contradições para significar; e
- A política do silêncio (silenciamento): que se subdivide em duas, quais sejam: i) silêncio constitutivo – uma palavra apaga necessariamente outras; ii) o silêncio local – aquilo que é proibido de ser dito em uma dada conjuntura, em outros termos, o que é censurado.

Nas sequências discursivas *“ah... pode falar?”* e *“posso te falar sinceramente?”*, observamos que o *silenciamento (política do silêncio)* toma posse dos dizeres dos sujeitos, uma vez que em face dessa dimensão o silêncio pode ser considerado tanto parte da retórica da dominação (sujeitos interditados, haja vista sua posição de dominados). Como em contrapartida, a partir da retórica do oprimido (sujeitos resistentes, suprimindo (calando) seus dizeres) (ORLANDI, 2007b).

Cabe destacar que para Orlandi (2007b, p.31) o *silenciamento* não se sustenta em si se não guiado pelo *silêncio fundador*, haja vista que o real da significação é o próprio silêncio e, que este se configura como o real do discurso. Portanto, temos que o silêncio não fala, o silêncio significa e, nele, o sentido é.

Assim, nas sequências discursivas relacionadas, observamos novamente as formas do silêncio reverberando:

Fragmento nº 21: *“[...] É isso que eu te falei, eles irem mais na unidade. Fazer educação continuada com os funcionários, agente de saúde e passar mais, assim, os dados de como que está, né?! Entendeu? Por exemplo,*

porque eles têm isso diariamente, né?! Então, eles poderiam passar pra gente semanalmente, né, como que está em Rio Preto a TB [...] (G9, há 3,3 anos no cargo, atua em UBSF).

Fragmento nº 22: “Não tive assim... não... não tenho problema, não tive problema... não tive!” (G8, há 2,6 anos no cargo, atua em UBSF).

No primeiro fragmento (nº 21) o sujeito, a exemplo de fragmentos apresentados anteriormente, também faz uso de um pronome pessoal “ele”, para referenciar-se ao poder dominador a que está assujeitado (PCT). Considerando que no dizer há (sempre) um não dito necessário, entendemos que esse movimento de falar “x” ao invés de “y” se vale dos efeitos de sentido do *silenciamento*, posicionando-se a partir da retórica da dominação (sujeitos dominados).

Em consonância a estas interpretações, no fragmento nº 22, observamos uma sequência repetitiva do significante “não” - “*não tive assim... não... não tenho problema, não tive problema... não tive!*” – fato que nos levou ao entendimento de que há uma tentativa do sujeito em conter seus dizeres por ocasião dos efeitos de sentido de silenciamento, contudo a partir da retórica do oprimido (resistente).

Toda esta conjuntura, como já mencionamos, configura-se, na verdade, como novas tentativas de se manter a hegemonia do poder dominador, apesar disso, observamos que suas técnicas/táticas reverberam nos sujeitos (gerentes) enquanto “*língua-de-espuma*, ou seja, uma língua “vazia”, prática, de uso imediato, em que os sentidos não ecoam” (ORLANDI, 2007b, p.99). Esse fenômeno pode ser interpretado, tendo em vista que os sujeitos mesmo assujeitados ao poder dominador, ainda resistem discursivamente à operacionalização da BSR.

O município de SJRP é considerado como prioritário para o controle da TB no Estado de São Paulo, cuja meta é buscar 1% da população. Contudo, indicadores de 2011 revelam que 23,7% dessa meta inicial foi atingida no município (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2012a), sendo que o PNCT preconiza a resolução de ao menos 80% (BRASIL, 2010).

Concluimos, a partir dos dados supracitados, que os efeitos de sentidos de resistência ecoados nos discursos dos gerentes, de certa forma, têm influenciado negativamente na operacionalização da BSR no município, visto que se constitui como uma maneira de resistir ao poder dominador (PCT). Fato que gera um impacto

significativo nas ações de controle da TB e, conseqüentemente, na saúde da população.

Embora haja o silenciamento, os sentidos serão sempre circulantes e os discursos sempre poderão ser significados de outra forma. Esse efeito se dá por meio das formações ideológicas e do contexto sócio-histórico a que os sujeitos estão inscritos, em outros termos, dependem das *condições de produção em sentido amplo*. As quais trazem para as considerações dos efeitos de sentido elementos que derivam dos acontecimentos de nossa sociedade (ORLANDI, 2009).

Portanto, investir em uma gestão autônoma, traduzida em (nova) forma de gestão das unidades de saúde – a partir da análise das atuais práticas gerenciais – com ênfase na negociação, na condução do processo de trabalho assegurando recursos físicos, humanos e de insumos, bem como a garantia de participação ativa nas decisões que influenciam as ações de saúde municipais, caracterizam-se como pontos de partida para a melhoria do quadro atual.

Certos de que “o sentido está (sempre) em curso e que os *gestos de interpretação* ocorrem no espaço simbólico marcado pela incompletude, a interpretação é, pois, o vestígio do possível” (ORLANDI, 2007a, p.18), assim, admitimos que sempre haverá possibilidades (outras) de se produzir outros gestos interpretativos e, portanto, outros efeitos de sentido.

7. CONCLUSÕES

“Se as coisas são inatingíveis... ora! Não é motivo para não querê-las.
Que triste os caminhos, se não fora a presença distante das estrelas!”.

(Mario Quintana, *Antologia Poética*).

A saúde pública é, talvez, a mais complexa área dentre as diversas que constituem o campo da saúde, sobretudo pelas nuances que envolvem sua organização. Ao longo de sua história muitos foram os ganhos, mas ainda há muito que se conquistar, especialmente quando voltamos nosso olhar para a problemática da TB.

Doença tão complexa quanto simples, tão antiga quanto atual, requerendo, portanto, e, sobretudo, reflexões acerca de seu contexto. Assim, como constituintes e constituidores desse processo, encontram-se os gerentes locais dos serviços de saúde, dos quais, historicamente, é esperado a assunção de responsabilidade junto à saúde pública de forma que esta seja executada em sua plenitude.

Os postulados da AD nortearam nosso olhar teórico-metodológico, tendo em vista que considera a existência de uma conformação linguístico-histórica do sujeito enquanto sujeito discursivo. Partimos, então, do pressuposto da existência de uma memória discursiva a respeito do papel gerencial, na qual “falam” vozes de autoridade que se valem de conceitos pré-concebidos por elas próprias, para estabelecer uma qualificação, ou em outros termos, um enquadramento aos gerentes locais.

A partir disso, contamos ainda com as valorosas contribuições de Michel Foucault, sobretudo no que concernem as relações de poder que são imbricadas a partir desta conjuntura e como as formas de disciplinarização influenciam o cotidiano de trabalho desses sujeitos.

Toda esta conjuntura parece culminar em um ambiente que ainda parece não atender aos interesses dos gerentes locais, resultando, por vezes, em ações executadas mais de modo a responder as demandas administrativas do que pelas responsabilidades que assumem junto aos serviços de saúde locais e, sobretudo, com os usuários/população.

Desta forma, há que considerarmos que uma gestão participativa, em que as diversas instâncias administrativas e organizacionais possam conciliar forças no sentido de responder positivamente às necessidades apresentadas pelos usuários/população, especialmente no que concerne a TB, seria o ponto de partida para a resolução destes e de tantos outros conflitos que envolvem a gestão da saúde pública.

Esperamos com isso, que o mesmo poder que envolve os sujeitos em efeitos de sentido de dominação e resistência, possa, ao contrário, reverberar um ambiente de negociações e compartilhamento de responsabilidades.

Por fim, deixamos nosso entendimento de que as ciências da saúde são pensadas, refletidas, geridas, executadas por sujeitos cuja constituição sócio-histórica e ideológica está envolta em discursos institucionalizados e cristalizados a seu respeito. Neste sentido, consideramos que a AD, entre outras, por trabalhar com o equívoco, com o discurso em movimento configura-se como uma importante área do conhecimento, a qual possibilita discussões outras sobre a maneira como a saúde tem sido refletida historicamente.

REFERÊNCIAS

ACHARD, P.; DAVALLON, J.; DURAND, J. L.; PÊCHEUX, M.; ORLANDI, E. P. **Papel da Memória**. 3ª ed. Campinas: Pontes Editores, 2010.

ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado**. Lisboa: Presença, Martins Fontes, 1974.

ALTHUSSER, L. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado: notas para uma investigação. In: ZIZEK, S. (Org.). **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1966.

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil de gerentes de Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.4, p.441-6, 2004.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v.41, p.835-40, 2007.

ASSOLINI, F.E.P. Leitura e formação inicial: repercussões para os fazeres pedagógicos de professoras alfabetizadoras. In: **XVI Congreso Internacional de la Asociación de Lingüística y Filología de la America Latina**, Espanha, 2011.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.4, n.1, p.4-8, 2007.

BODSTEIN, R. Atenção primária na agenda da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.401-412, 2002.

BOSSERT, T.; LARRAÑAGA, O.; MEIR, F. R. Decentralization of health systems in Latin America. **Revista Panamericana de la Salud Publica**, Washington, v.8, n.2, 2000.

BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.15, n.1, p.107-114, 2006.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à Análise de Discurso**. 3ª ed. Campinas: Unicamp, 2012.

BRANDÃO, H. N. N. **Introdução à Análise de Discurso**. 2ª ed. Campinas: Unicamp, 2004.

BRANDÃO, H. P.; BORGES-ANDRADE, J. E; FREITAS, I. A.; VIEIRA, F. T. Desenvolvimento e Estrutura Interna de uma Escala de Competências Gerenciais. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.26, n.1, p.171-182, 2010.

BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. A. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? **Revista de Administração de Empresas**, v.41, p.08-15, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31081. Acesso em 18 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose: Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2011)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/2/principal.html>. Acesso em 20 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, Brasil de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Índice Paulista de Responsabilidade Social**. São Paulo, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose: Brasil 2007-2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 01, de 06/11/1996. **Norma Operacional Básica do SUS, NOB-SUS 01/96**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso *versus* Análise de Conteúdo. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.679-84, 2006.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Secretaria do Estado de São Paulo. **Sistema de Informação da Tuberculose - TB-WEB** de São José do Rio Preto, 2012. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html. Acesso em 04 fev. 2012.

COURTINE, J.J. Définition d'orientations théoriques et méthodologiques en Analyse de Discours. **Philosophiques**, Paris, v.9, n.2, 1984.

CUNHA, I. C. K. O; XIMENES NETO, F. R. G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.3, p.479-82, 2006.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos 2010: IDB-2010**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2010/matriz.htm>. Acesso em 25 mar. 2012.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

DÍAS, R. G. Poder y Resistencia em Michel Foucault. **Tabula Rasa – Revista de Humanidades**. n.4, p.103-122, 2006.

DREYFUS, H. L.; ROBINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica** (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FAÇANHA, M. C.; MELLO, M. A.; VASCONCELOS, F. F.; SOUSA, J. R. P.; PINHEIRO, A. S.; PORTO, I. A.; PARENTE, J. M. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.35, n.5, p.449-454, 2009.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, Z. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na Atenção Básica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.1541-1552, 2009.

FOUCAULT, M. In: MOTTA, M. B. **Estratégia, poder-saber**. Ditos & Escritos Volume IV. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. **Verdade e Poder**. Un diálogo con M. Fontana sobre el poder y otras conversaciones. Barcelona: Altaya, 1994.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **Confession of the Flesh**. Brighton: The Harvester Press, 1980.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GIRALDO, G. L. A.; GRISALES, F. L. M. Identificación y normalización de las competencias en los gerentes de las instituciones prestadoras de servicios de salud. **Revista de la Facultad Nacional Salud Pública**, Colombia; v.23, n.2, 2006.

GRABOIS, V., FERREIRA, S. C. C. Gestão em Saúde: perspectiva e desafios para a construção da integralidade. In: Ferreira SCC, Moken MM, organizadores. **Gestão em Saúde: contribuições para a análise da integralidade**, Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

HINO, P.; CUNHA, T. N.; VILLA, T. C. S.; SANTOS, C. B. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.1295-1301, 2011.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas das populações residentes segundo municípios**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 24 nov. 2011.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.6, n.2, p.31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.247-359, 1990.

LICO, F. M. C.; FERREIRA, M. C. M.; MARTINS, C. L.; MENDES, R. Percepção de gerentes sobre o papel gerencial em unidades básicas de saúde após capacitação na região sul da cidade de São Paulo. **Revista Saúde e Sociedade**, v.14, n.1, p.78-90, 2005.

LOURENÇÃO, D. C. A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília; v.63, n.1, p.91-7, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MUNIZ, J. N.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A.; GONZALES, R. C.; RUFFINONETTO, A.; VILLA, T. C. S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.315-321, 2005.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Políticas de Recursos Humanos em Saúde**. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/noticia_det.cfm?id_noticia=33. Acesso em 15 fev. 2012.

ORLANDI, E. P. **Discurso em análise: sujeitos, sentidos e ideologia**. 2ª ed. Campinas: Pontes Editores, 2012.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios & procedimentos**. 8ª ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2009.

ORLANDI, E. P. **Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. 5ª ed. Campinas: Pontes Editores, 2007a.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 6ª ed. Campinas: Unicamp, 2007b.

PÊCHEUX, M. **O discurso: estrutura e acontecimento**. 5ª ed. Campinas: Pontes Editora, 2008.

PÊCHEUX, M. **Semântica e Discurso**. Uma crítica à afirmação do óbvio. 3ª ed. Campinas: Editora Unicamp, 1997.

PÊCHEUX, M. Mises au point et perspectives à propos de l'analyse automatique du discours. **Langages**, Larousse, Paris, v. 37, 1975.

PÊCHEUX, M. **Analyse Automatique du Discours**. Paris, 1969.

PLATAFORMA BRASIL. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataforma-brasil/login.jsf>. Acesso em 02 abr. 2012.

PROTTI, S. T.; SILVA, L. M. C., PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D. A gerências das Unidades Básicas de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Ribeirão Preto, v.44, n.3, p.665-70, 2010.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.35, n.1, p.51-8, 2002.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v.10, n.3, p.129-138, 2001.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Painel de Monitoramento**: Indicadores de 2011. São José do Rio Preto, 2012a.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico, Ciência, Tecnologia e Inovação. **Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto/coordenada por Emilia Maria Martins de Toledo** - 27ª ed. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 2012b.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Plano Municipal de Saúde para São José do Rio Preto 2010-2013**. São José do Rio Preto, 2011.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Controle de Tuberculose ARE/VE. **Situação da Tuberculose em São José do Rio Preto**. São José do Rio Preto, 2009.

SILVA JR, J. B. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para a Tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v.30, n.1, 2004.

SOUZA, K. M. J. **Discursos sobre a tuberculose**: significância por e para sujeitos. 2012. 71p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

STARFIELD, B. **Reinventing primary care: lessons from Canadá for the United States**. Health Aff (Millwood); v.29, n.5, p.1030-6, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control 2004**: epidemiology, strategy, financing. Geneva: World Health Organization; 2009.

VARGAS, A. L. C. Repetições, retomadas e deslocamentos no discurso de/sobre solidariedade. **Coleção HiperSaberes**: tecnologias de linguagem e produção do conhecimento. v.2, 2009. Disponível em: http://w3.ufsm.br/hipersaberes/volumell/index.php?option=com_content&view=article&id=1123&Itemid=492. Acesso em: 02 jan. 2013.

VENDRAMINI, S. H. F. **O Programa de controle da tuberculose em São José do Rio Preto-SP**: do contexto epidemiológico à dimensão social- 2005. 2005. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

VILLA, T. C. S., RUFFINO-NETTO, A., ARCÊNCIO, R. A., CARDOZO-GONZALEZ, R. I. **As políticas de controle da tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005)**. In: Villa TCS, Ruffino Netto A, organizadores. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006.

ANEXO A**Ofício de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto/SP, Brasil.** **PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, neste ato, representada pelo senhor **Dr. Valter Negrelli Junior**, Secretário de Saúde, em atendimento à solicitação da aluna de mestrado Cassiara Boeno Borges de Oliveira e do orientador Prof. Pedro Fredemir Palha, vinculadas à USP de Ribeirão Preto, nos termos da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, DECLARA que:

- a) O projeto de pesquisa **"A Atuação gerencial no planejamento das ações de controle da tuberculose – busca de sintomáticos respiratórios e de diagnóstico – na Atenção Básica"**, envolvendo as 25 gerentes de Unidades de Saúde atuantes nas UBS senas UBSFs, da Rede Pública Municipal de Saúde, no município de São José do Rio Preto, SP, contém os elementos essenciais à sua autorização.
- b) A proposta inclui termo de compromisso dos pesquisadores aquiescendo às diretrizes da Resolução 196 e do Convênio de Cooperação firmado entre a Secretaria e a Universidade; respeitando as normas e planos de trabalho das Unidades de Saúde; garantindo a cessão do relatório de pesquisa e sua apresentação em seminário à equipe técnica da Secretaria, assumindo a publicação dos resultados.
- c) A disponibilização de infra-estrutura necessária ao seu desenvolvimento poderá receber contribuição da Secretaria, a critério desta, sempre que não alterar o seu planejamento financeiro e a rotina de trabalho.
- d) "Fica autorizada a realização da pesquisa **"A Atuação gerencial no planejamento das ações de controle da tuberculose – busca de sintomáticos respiratórios e de diagnóstico – na Atenção Básica"**, no município de São José do Rio Preto, SP", no período de **Março a Dezembro de 2012**, sendo este o parecer.

São José do Rio Preto, 29 de Fevereiro de 2012.

Dr. VALTER NEGRELLI JUNIOR
Secretário de Saúde

ANEXO B**Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem		Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518 www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP		
Of.CEP-EERP/USP – 078/2012		
Ribeirão Preto, 17 de abril de 2012.		
Prezado Senhor,		
<p>Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 148ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de abril de 2012.</p>		
Protocolo CAAE:	01149212.8.0000.5393	
Projeto:	A atuação gerencial no planejamento das ações de controle da tuberculose – busca de sintomáticos respiratórios e diagnóstico - na Atenção Básica.	
Pesquisadores:	Pedro Fredemir Palha Cassara Boeno Borges de Oliveira	
<p>Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.</p>		
Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Lucila Castanheira Nascimento Coordenadora do CEP-EERP/USP		
 Ilmo. Sr. Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP		

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “*Análise discursiva de gerentes da Atenção Primária à Saúde: busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto/SP*”, que está sendo realizada por pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP). Objetiva-se com esta, analisar os discursos dos gerentes das Unidades de Saúde acerca do planejamento das ações na busca de sintomáticos respiratórios nos serviços de Atenção Primária à Saúde em São José do Rio Preto/SP.

Desta forma, sua participação consistirá em responder uma entrevista individual, a qual será audiogravada, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local e horário de sua preferência. As informações fornecidas poderão contribuir para a melhoria no planejamento das ações de controle da tuberculose e consequentemente em relação aos serviços prestados à população.

Eu, _____, tendo recebido as informações supracitadas, e estando ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar desta pesquisa, tendo:

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre a entrevista, antes e durante a realização da mesma, podendo afastar-me a qualquer momento se assim desejar e necessitar, bem como está me assegurado o total sigilo das informações por mim reveladas;

A segurança de que esta pesquisa é sigilosa e que não serei identificado, assim como está assegurado que a mesma não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a qualquer momento;

A garantia de que meu vínculo empregatício não será prejudicado se eu desistir de participar da pesquisa.

Cabe ressaltar que uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

São José do Rio Preto, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em tuberculose para a melhoria da saúde da população, esperamos contar com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Mestranda Cassiara Boeno Borges de Oliveira
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo
Av. Bandeirantes, 3900; Lab. 153
Telefone: (17) 8141-4049
E-mail: cassiara.boeno@gmail.com

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo
Av. Bandeirantes, 3900; Lab. 153
Telefone: (16) 3602-3949
E-mail: palha@eerp.usp.br

APÊNDICE B

Instrumento de Geração de Dados

Grupo de Estudo Epidemiológico-Operacionais em tuberculose
Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde

Gerentes atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de São José do Rio Preto/SP

Número do roteiro: _____	Data: ____/____/____
Local da entrevista: _____	
Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____
Recusa-se participar da entrevista? () Sim () Não	
Se sim, justificativa: _____	
Iniciais do entrevistado: _____	
Sexo: () Feminino () Masculino	
Data de nascimento: ____/____/____	
Formação: _____	Especialidades: _____
Cargo: _____	
Tempo de exercício: _____ anos	
Exerce outra função? () Sim () Não	
Se sim, qual: _____	
Tipo de Unidade de Saúde que atua: _____	

- 1- Fale-me sobre sua trajetória enquanto gerente de serviços de saúde.
- 2- Comente sobre os aspectos epidemiológicos de sua população na área de abrangência.
- 3- O que o Sr(a) pensa sobre a tuberculose.
- 4- Comente como está a tuberculose na população atendida nesta Unidade de Saúde.
- 5- Como você e sua equipe têm se organizado para a busca de sintomáticos respiratórios na Unidade de Saúde.
- 6- Fale-me sobre sua relação com a equipe de saúde e com o PCT.
- 7- O que o Sr(a) pensa sobre a organização da APS no município com a finalidade de controlar a tuberculose.
- 8- Em sua opinião quais as potencialidades do município e da sua Unidade de Saúde para operacionalizar a BSR.
- 9- Em sua opinião quais as fragilidades do município e da sua Unidade de Saúde para operacionalizar a BSR.
- 10- Se desejar comente mais alguns aspectos sobre a busca de sintomáticos respiratórios na Unidade de Saúde.

APÊNDICE C

Questões norteadoras da análise

(Questões retiradas do instrumento de geração de dados)

5. Como você e sua equipe têm se organizado para a busca de sintomáticos respiratórios na Unidade de Saúde.
6. Fale-me sobre sua relação com a equipe de saúde e com o PCT.
7. O que o Sr(a) pensa sobre a organização da APS no município com a finalidade de controlar a tuberculose.
8. Em sua opinião quais as potencialidades do município e da sua Unidade de Saúde para operacionalizar a BSR.
9. Em sua opinião quais as fragilidades do município e da sua Unidade de Saúde para operacionalizar a BSR.