

A atenção primária em contexto com a pluralidade no cuidado de pessoas com tuberculose

Edna Ferreira Santos^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-6145-2957>

Fátima Teresinha Scarparo Cunha³

 <https://orcid.org/0000-0002-4498-6452>

Pedro Fredemir Palha⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-5220-4529>

Afranio Lineu Kritski¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5900-6007>

Destaques: (1) O cuidado de pessoas com tuberculose deve ser considerado a partir da pluralidade. (2) Mudanças no tratamento universalizante favorecem o cuidado centrado no usuário. (3) O cuidado para doenças crônicas é complexo e requer organização em redes temáticas. (4) Sistemas universais organizados em redes favorecem práticas inovadoras no cuidado. (5) A participação e emancipação dos sujeitos adoecidos potencializa o cuidado em saúde.

Objetivo: analisar a pluralidade do cuidado de pessoas adoecidas por tuberculose na Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, realizado de 2017 a 2021, utilizou-se a Análise de Discurso como referencial teórico-metodológico. Foram coletados dados de gestores, profissionais de saúde e usuários por meio de entrevistas semiestruturadas, categorizadas com o *software* ATLAS.ti 8. Para ancorar as Formações Discursivas, no campo da saúde, dialogou-se com os aportes teóricos de espaço público, pluralidade e natalidade, discutidos por Hannah Arendt. **Resultados:** os discursos analisados revelam a complexidade e os desafios na organização e execução das práticas de cuidado à pessoa adoecida com tuberculose, destacando a importância do contexto histórico, social e individual de gestores, usuários e profissionais de saúde. Identificaram-se desafios na operacionalização das Redes de Atenção à Saúde e na busca pela singularidade dos usuários. **Conclusão:** nas interações entre a Atenção Primária à Saúde e o Programa Nacional de Controle de Tuberculose há uma constante disputa entre as políticas que valorizam a pluralidade, organizam as Redes de Atenção à Saúde e consideram o direito democrático, nos espaços públicos.

Descritores: Política Pública; Atenção Primária à Saúde; Semântica; Tuberculose; Serviços de Saúde; Atenção à Saúde.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Secretária Municipal de Saúde, Superintendência de Atenção Primária, Coordenação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Santos EF, Cunha FTS, Palha PF, Kritski AL. Primary Health Care in context with the plurality in the care of people with tuberculosis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4473 [cited ____]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6978.4473>

  
ano mês dia

Introdução

O modelo de atenção que capilariza a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Atenção Primária à Saúde (APS), por implicar mudanças nas políticas locais de gestão e organização das práticas de atenção⁽¹⁾. Nesse sentido, o cenário sanitário atual tem exigido mudanças importantes, tanto para o manejo das condições infecciosas e agudas quanto das crônicas, por meio de estratégias eficazes, constituindo-se em um desafio para a perspectiva econômica e a organização da atenção à saúde. Considerando a obtenção de melhores indicadores sanitários junto aos sistemas de saúde⁽²⁾, em especial, para o controle da Tuberculose (TB) na APS.

Evidências apontam que o fortalecimento de sistemas locais de saúde, integrados em Redes de Atenção à Saúde (RAS), oferece potencialidades para a integração dos serviços e foco na qualidade do cuidado⁽²⁻³⁾. Os estudos destacam, ainda, que a integralidade, a partir das dimensões vertical e horizontal, garante: o acesso dos usuários aos diversos pontos da rede; articula a gestão da clínica individual e coletiva; fortalece os mecanismos de referência e contrarreferência; melhora a eficiência e a racionalidade dos serviços; além de gerar economia de escala e de escopo, contribuindo para o acesso e a sustentabilidade do sistema de saúde.

Os autores consideram que a articulação, coordenação e regulação em rede remetem à noção da interdependência dos profissionais e serviços de atenção à saúde, constituindo-se em um instrumento de equilíbrio entre a oferta e a demanda, promovendo uma melhor efetividade dos indicadores de saúde. Ressaltam, ainda, a importância da intersetorialidade do sistema de proteção social para as populações que vivem em condições de vida e de saúde desfavoráveis, que necessitam de políticas de transferência de renda para sobreviverem e manterem-se em tratamento de saúde⁽²⁻³⁾, a exemplo de quem adoece por tuberculose.

Dessa forma, a implementação das diretrizes organizacionais da descentralização e da regionalização, a partir dos anos 90, proporcionou novos avanços e desafios na estruturação organizacional do SUS⁽⁴⁾. Nesse arranjo organizacional, toma-se a APS como centro de comunicação, que pode colaborar para a interação da prática do cuidado individual e coletivo na perspectiva da vigilância em saúde, em território único, a partir das articulações institucionais baseadas nas potencialidades locais⁽¹⁾.

Assim, a regionalização adquire visibilidade no espaço público, por tensionar as pautas políticas ao induzir os entes federados a assumirem o planejamento, gestão e financiamento das responsabilidades sanitárias. Com vistas à organização de um sistema descentralizado e regionalizado, focando nas respostas às condições de

saúde da população, baseado no território e no fluxo assistencial dos serviços para conformação das RAS⁽⁵⁾.

Esse processo político introduziu novos sentidos e formas de ocupação dos espaços de governança, ancorados em evidências científicas que apontam a necessidade de mudança dessas práticas. Nesse aspecto, a organização de programas verticais, centrados na fragmentação dos serviços e em ações universalizantes, dificulta o fortalecimento de espaços colaborativos e o deslocamento do eixo organizacional do SUS para o estabelecimento do planejamento integrado com ênfase na pluralidade⁽⁴⁻¹⁰⁾, fato percebido no programa de atenção à TB.

Assim, o modelo estruturante para o controle da TB é concebido por meio de ações que se conectam do âmbito nacional ao local, incorporados ao controle como unidade padrão para identificar, atender e vincular os adoecidos à APS^(6,8-9). Essa modelização do sistema de saúde, constituído por diversos pontos de atenção, avança, desde 2010, com o intuito de responder às necessidades de cuidado longitudinal e garantir serviços mediados pelas RAS às doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis^(2,4,8-9).

Dessa maneira, é nesse contexto de reorganização das RAS que a TB, enquanto doença transmissível, encontra descompasso entre o que é preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e as ações desenvolvidas para o acompanhamento e cuidado na APS.

Dessarte, justifica-se a relevância da realização desse estudo ante a necessidade de avanços na implementação de um modelo organizacional que abrigue a pluralidade, nos espaços de governança, exercida por diferentes atores que compartilham suas diferenças e mostram suas singularidades, possibilitando o aparecimento do novo na atenção à TB no SUS. A introdução desse debate na agenda da saúde estabelece acolhida aos princípios e diretrizes da descentralização e regionalização, conferindo estabilidade positiva para sua incorporação pelos gestores, profissionais de saúde e usuários^(5,7).

Dessa forma, emerge o questionamento: como a APS interage com a estrutura verticalizada do PNCT, a partir da pluralidade dos arranjos locais, assegurando mudanças nos modos de cuidado?

O objetivo do estudo foi analisar a pluralidade do cuidado de pessoas adoecidas por TB na APS, no município do Rio de Janeiro.

Método

Tipo de estudo

Estudo qualitativo, apoiado na Análise de Discurso (AD) de filiação francesa⁽¹¹⁾.

Local

Pesquisa realizada na Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) 3.1, uma das dez CAPs da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro (RJ). A população é de 886.551 pessoas, distribuídas em 28 bairros, em que 50% desses apresentam alta densidade demográfica, acima de 12.517, e contêm 32 Unidades de Atenção Primária (UAPs).

Período

A coleta de dados ocorreu em dois períodos distintos: segundo semestre de 2017 e primeiro semestre de 2021. Esse tempo estendido advém de inúmeras intercorrências, dada a disponibilidade de agenda dos entrevistados e a pandemia de COVID-19.

Crítérios de seleção

Os participantes foram selecionados intencionalmente, obedecendo aos critérios: gestores envolvidos com a implementação da APS, na SMS e na CAP 3.1; gestores responsáveis pela linha de cuidado da tuberculose, na CAP 3.1; profissionais (médicos e enfermeiros) com experiência no acompanhamento de pessoas adoecidas e em tratamento de TB, com alta, por cura ou abandono, nos territórios das UAPs.

Participantes

Foram selecionados 15 participantes: oito homens e sete mulheres que se declararam cisgênero, sendo dois gestores, quatro médicos, quatro enfermeiros e cinco usuários, com idades entre 18 e 65 anos. Todos foram codificados a partir da posição sujeito ocupado, garantindo seu anonimato. Na seleção, contou-se com o apoio da CAP, auxiliando na identificação dos indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, os quais foram contatados por *e-mail* e *WhatsApp*. Não houve recusas para a participação.

Instrumento de coleta de dados

Utilizaram-se dois roteiros semiestruturados, com perguntas voltadas a gestores, profissionais de saúde e usuários com TB, elaborados pelos pesquisadores. Os roteiros abordavam a compreensão da política de atenção à TB e sua implementação; a comunicação e vínculo entre profissionais e usuários, além da experiência de autocuidado dos usuários. As entrevistas, gravadas com duração de 20 a 60 minutos, ocorreram em UAPs e SMS,

definidos pelos entrevistados. Não foi necessário retomar entrevistas.

Tratamento e análise dos dados

Na organização do material empírico utilizou-se o *software ATLAS.ti 8*, com a criação de um único projeto denominado de Unidade Hermenêutica (UH), constituído pelas entrevistas, que corresponderam aos documentos primários. Para a análise utilizou-se o dispositivo da AD, seguidos dos três níveis. Na primeira etapa aconteceu a passagem da superfície linguística para o objeto discursivo, ocorrendo a dessuperficialização do texto que considera a materialidade linguística: o como se diz e o quem diz e em que condições de produção. Na segunda etapa, houve a passagem do objeto discursivo para o processo discursivo: busca-se compreender os sentidos produzidos pela primeira etapa e o delineamento das formações discursivas, a partir de uma posição e conjuntura socio-histórica, que determina o que pode e deve ser dito. Por fim, na terceira etapa ocorreu o delineamento da formação discursiva e sua relação com a ideologia: acontece concomitante à segunda etapa, relaciona-se às formações discursivas distintas da formação ideológica, a qual é um conjunto complexo de atitudes e de representações relacionadas direta ou indiretamente às posições de classe em conflito, umas em relação às outras⁽¹¹⁾.

As análises foram realizadas de forma colaborativa por quatro pesquisadores, com expertise em estudos qualitativos e no campo da saúde coletiva. A experiência acadêmica e profissional desses pesquisadores possibilitou uma compreensão detalhada das ações do PNCT, tanto antes quanto após a sua descentralização para a APS carioca. A codificação dos dados e a formulação dos enunciados aconteceu de maneira interativa, permitindo que as múltiplas perspectivas e interpretações fossem discutidas e acordadas coletivamente. Já a integração das reflexões de cada pesquisador, bem como as anotações de campo, refletiu-se na complexidade dos discursos sobre o cuidado da pessoa com tuberculose.

A AD, enquanto referencial teórico-metodológico, tem em vista colocar nos entremeios textuais uma leitura que libera os sentidos do discurso, por meio da sua materialidade, no encontro do histórico com o linguístico⁽¹²⁻¹⁶⁾; compreende o discurso como um objeto simbólico que se move nas falas de sujeitos, produzindo sentidos que possibilitam a permanência, a continuidade, o deslocamento e a transformação tanto do homem quanto de sua realidade⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Na AD, o dispositivo teórico de análise segue a construção de um *corpus* que visa mostrar como um discurso funciona na produção de sentidos^(11,20).

Os recortes discursivos são fragmentos da situação discursiva, dada pelas condições de produção nos contextos imediato e amplo e pelas interlocuções contextuais que envolvem sujeito, situação e memória⁽²⁰⁻²³⁾.

Assim, é na cadeia de acontecimentos históricos e de processos de significação que os discursos são produzidos^(11,17,24), tanto ela cronologia dos fatos históricos como pelas condições de produção, que permitem reconhecer a historicidade no texto^(13,21-22). Nesse contexto, as condições de produção caracterizam o processo discursivo, visibilizando tanto a paráfrase quanto a polissemia como constitutiva das Formações Discursivas (FDs). É do caráter heterogêneo e aberto das posições-sujeito que emerge a possibilidade de reorganização e de movimentação de saberes⁽²⁵⁻²⁷⁾.

As contribuições dos saberes das FDs para esse estudo estão nos constantes deslocamentos de sentidos que apontam o pré-construído e exterior ao sujeito discursivo, definindo aquilo que vem de outro lugar, sem que ele tenha consciência desse processo. Esse já dito, que fala antes, em outro lugar, através da memória discursiva, é o interdiscurso. É por meio da imbricação do já dito e o discurso em enunciação (intradiscurso) que se constitui o dizível^(13,17,19,23).

Desse modo, foram utilizados os conceitos de interdiscurso, condições de produção, memória, ideologia, e os processos parafrásticos e polissêmicos que movimentam continuamente a significação entre repetição e diferença, tornando presente a historicidade da linguagem, a qual é o acontecimento do texto como discurso^(21,23,25-26). Os recortes discursivos permitiram a mobilização dos conceitos e a interlocução com o referencial teórico-metodológico, que resultou na produção de sentidos, construção do dispositivo de interpretação e a formação dos três blocos discursivos, por meio das Sequências Discursivas (SDs)^(11,20).

Para ancorar as FDs das condições de produção mais amplas⁽²⁸⁾, no campo da política pública da saúde, fez-se um diálogo com o referencial teórico de Hannah Arendt, para quem o espaço público é o lugar das discussões, tomadas de posição e opiniões, onde a relação entre os homens acontece⁽⁷⁾. Nesta ação os indivíduos se tornam atores, interagem mutuamente e comunicam aos outros quem são⁽²⁹⁾.

Em relação à centralidade da política arendtiana, esta está na própria ação que acontece quando os indivíduos agem em conjunto, aberta à espontaneidade na busca pela distinção da singularização, marcada pela pluralidade^(7,29-30). Assim, nasce o conceito de natalidade, que pode ser compreendido como o ato ou efeito de instaurar novos começos, sob o pressuposto de que todos os indivíduos são novos começos por si sós, por chegarem

pelo nascimento em um mundo que os precede e que será transformado por eles. Por isso, também lhes é facultado, pela ação, introduzir algo novo no mundo^(7,30-31).

Ressalta-se que a dimensão de pluralidade, espaço público e natalidade^(7,30-32) tem relevância, nesse contexto, porque permite enxergar que a ação compreende um começo que pode resultar na introdução de algo novo no mundo que, por ser incontrolável e imprevisível, não se pode determinar seu curso e nem prever seu desfecho. Por isso, essa linha de pensamento lança luz sobre questões silenciadas, controvérsias, opacidade e tensões que se articulam, movimentando os sentidos dos discursos circulantes nas FDs⁽³³⁻³⁵⁾.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da SMS/RJ e da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ (parecer nº 4.332.298). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e seus dados foram anonimizados por meio de codificação.

Resultados

O primeiro enunciado explora como as memórias discursivas dos gestores influenciam a repetição e a estrutura verticalizada dos serviços e ações no tratamento da TB, destacando como as condições de produção dos discursos dos gestores interferem na forma como são organizados os serviços e ações para o tratamento da tuberculose (TB).

Ao analisar os discursos que circulam entre os gestores, identificaram-se marcas linguísticas que revelam contradições e desafios. Essas marcas podem ser observadas a seguir: *Meio policialesco, digamos assim... Quase, né? E pelo menos, assim, era a minha opinião. Continua sendo... Não acho que seja uma questão o Programa da Tuberculose ser normativo, entendeu?* (G1). Este discurso reflete a naturalização das práticas históricas e normativas PNCT, ancoradas em documentos oficiais do Ministério da Saúde.

A APS, nesse contexto, assume um papel central como ordenadora do cuidado, promovendo uma abordagem mais próxima do usuário, com maior foco na continuidade e na integralidade do cuidado, como pode ser observada em outra posição, no caso, gestor: *Então. Eu acho que, assim: bastante coisa conseguiu avançar, né? principalmente se a gente for pensar em quanto era restrito o acesso desse usuário, de se deslocar de lugar distante, sem dinheiro de passagem, pra vir numa Unidade secundária, agendar uma consulta... E a Equipe de Saúde da Família, ela tá dentro, né? praticamente dentro da casa do Usuário, né? O usuário praticamente mora dentro da Unidade de Saúde da Família*

porque a ligação é muito próxima (G2). Este discurso mostra a resignificação da política pública, destacando avanços no acesso ao tratamento por meio da proximidade e acessibilidade proporcionadas pela APS.

O segundo enunciado faz refletir sobre como a memória discursiva, associada à posição do sujeito usuário, pode moldar diferentes trajetórias na produção da vida, no contexto da APS. No caso dos usuários do sistema de saúde, essa memória abrange suas experiências, narrativas e percepções acumuladas ao longo do tempo. Ela influencia como os indivíduos compreendem e interagem com o sistema de saúde, formando suas expectativas e ações.

Isso é particularmente evidente no discurso da posição sujeito usuário, que compartilha sua experiência com o tratamento da tuberculose: *Suspender a gente não vai, porque a gente não pode parar o tratamento... É mais uma bomba, mas, assim: hoje eu consigo superar a cada... tranco que a vida me dá, porque eu tenho profissionais que me orientam muito. Hoje entendo um pouco o que que é a Tuberculose. É difícil lidar com ela...Então imagina: um pagode... um baile... besteira... cerveja. Você parar isso tudo da sua vida. Você parar de beber, É difícil! ...quando eu comecei o meu tratamento era começo de novembro. Início de verão. Festa. Final de ano. Então foi... eu tive muito atrito familiar com isso (U4).* O discurso desvela a resistência a práticas burocráticas e despersonalizadas, sublinhando a necessidade de um cuidado adaptado às realidades dos usuários.

Na SD a seguir, percebe-se como essa memória discursiva se entrelaça com as experiências e desafios cotidianos, revelando a pluralidade e a capacidade dos indivíduos manifestarem-se nos espaços públicos a partir de suas vivências e existências, apontando a interseção entre as necessidades pessoais e as políticas públicas. Ressalta como as experiências individuais estão conectadas a contextos mais amplos de políticas de saúde: *Tudo envolve o governo, né? Tudo envolve a política, né? E o que acontece? ...Então eu acho que isso aí a pessoa precisa valorizar mais. Ela tem que segurar essa oportunidade porque a morte, ela não é brincadeira. Morreu, acabou. Entendeu? Enquanto ela tá viva, ela tá tendo oportunidade de se tratar, de se cuidar...Surge certas situações... como é o meu caso... Eu tenho quatro filho, né? Às vezes, como foi o meu caso, a minha casa pegou fogo... Hoje... Eu tô há 15 dias sem tomar esse remédio. Entendeu? Então de lá pra cá aconteceu um fato de eu passar a madrugada toda com febre ontem. Minha filha ontem também passou mal... Entendeu? (U2).*

O discurso de U1 revela a memória discursiva do usuário do SUS, em que a obediência às instruções médicas é uma constante: *Eu faço o que ela manda! Eu chego lá: "Ó, toma o remédio aí!" E tal... Eu vejo o dia que eu comecei, né? o dia 15 de junho... Mas ela fala: "Ó, semana que vem..." Acho que hoje eu vou trocar de remédio. Eu vou pegar mais... É. Eu*

vou pegar um outro remédio que tem duas medicações, se eu não me engano. Então... o que ela falar eu faço! (U1). Evidencia-se um padrão de comportamento regular no contexto do programa de controle da TB.

O discurso de U5 destaca os efeitos de sentidos na trajetória de tratamento da TB, revelando tanto as dificuldades enfrentadas pelo usuário, ao lidar com uma doença crônica, quanto o papel fundamental da APS em seu processo de recuperação: *Olhe, realmente tô sendo muito bem tratado aqui. Medicamento toda semana eu pego. Melhorei 100%, porque eu cheguei aqui com 43 quilo. Tô com 53 e... 400! Pesei hoje. Olha, isso aí foi uma... um descuido meu. Eu já tive a primeira vez e eu...num engano que teve o ano passado, eu achei que a enfermeira tinha me dado alta. Só que ela não tinha me dado alta ainda do medicamento. Aí eu abandonei o tratamento! (U5).*

O discurso de U3 destaca a complexidade do tratamento de doenças crônicas, enfatizando que a recuperação não se resume à prescrição e administração de medicamentos: *É, porque às vezes... Olha só: às vezes, tem muita gente que não se cura porque não tem ninguém que ajude aquela pessoa... Pensa que é só chegar aqui, o médico passar o remédio, tomou... Não. Então se a pessoa der força, a pessoa continua...(U3).*

O terceiro enunciado destaca como as memórias dos profissionais de saúde são acionadas para criar eventos discursivos significativos. Essas memórias discursivas envolvem a repetição e o deslocamento de experiências, caracterizadas por desvios, falhas, equívocos e contradições. Esses elementos conferem sentido às experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde ao atuarem em um espaço público, cujo objetivo é organizar serviços e inovar práticas sanitárias para enfrentar condições crônicas.

A partir dessas condições de produção, é possível refletir como as memórias discursivas influenciam a forma como os médicos percebem e enfrentam os desafios em suas práticas cotidianas no contexto da APS: *Então eu acho que nesse sentido, né?, considerando que a gente não tá nas condições adequadas pra Atenção Primária, acho que o PNCT vai ficando fora da realidade. [Ri.] Vai ficando inadequado pra realidade atual da Atenção Primária. E isso pensando no Rio de Janeiro, que tem investimento, né? (M4).* Esse discurso destaca a desconexão entre o PNCT e a realidade da APS, no Rio de Janeiro, onde há investimentos, mas ainda assim as condições não são ideais.

Esta SD apresenta a importância de ajustar o tratamento da tuberculose, considerando a temporalidade e o ritmo de transmissão do bacilo, bem como a rede de suporte social do usuário: *É, por conta da transmissão, né? Então a gente tem que garantir que ele tome esses primeiros 15 dias, pra ele não transmitir mais, né? E, dependendo, do caso,*

a gente avalia, né? Às vezes a gente faz liberação no segundo mês, no terceiro mês... semanal... Se for uma pessoa que tem uma rede de apoio boa, uma família, né? (E3). Esse discurso reflete como as memórias e experiências dos enfermeiros orientam suas práticas e decisões, moldando a forma como enfrentam desafios no tratamento de condições crônicas como a tuberculose.

Nesta próxima análise, o discurso do médico aborda a fragmentação do cuidado e a tomada de decisões baseadas no histórico do usuário, que vai além de sua presença nos serviços de saúde: *Ele começou a tratar no presídio, veio pra uma equipe, tratou mais ou menos, aí terminou o tratamento comigo de uma forma também que ele não 'tava tomando a medicação correta, mas acabamos dando alta porque o esgarro dele era negativo, ele tinha mais ou menos completado o período de tratamento... A gente deu alta. Menos de quatro meses depois ele recidivou, voltou, e aí, né? o início do tratamento muito bem, e a partir de dois meses, mais ou menos, começou a ter os mesmos problemas...* (M3). Destaca-se como o conhecimento do percurso pregresso do usuário influencia as decisões médicas, mostrando as dificuldades em se manter a continuidade e a eficácia do tratamento em contextos fragmentados.

Outro êxito foi compreender como o processo de descentralização das ações da tuberculose para as UAPs provoca novas interpretações e abordagens no cuidado, influenciadas tanto pelos discursos dos profissionais quanto pelo contexto específico em que atuam: *sou responsável pela linha de cuidado tem um ano e dois meses... Trabalhar a política é uma coisa complicada, e, com o usuário, pela fala do que é ser política pra eles... Então, quando eu cheguei na estratégia para começar essa linha de plano de cuidado de TB, tentei primeiro ver o território* (E2).

Nessa última SD, tem-se o reconhecimento das singularidades no contexto da APS. O discurso do médico ao acolher essas singularidades e operar com afeto, pode liderar o processo de cuidado, provocando rupturas nas práticas tradicionais e possibilitando abordagens efetivas, mediadas pela pluralidade: *Eu acho que a gente rastreia pouco. Mas os pacientes que são rastreados e têm diagnóstico positivo, acho que a partir daqui, da Atenção Primária, ela faz toda a diferença no cuidado, porque é um tratamento longo, que precisa de vínculo... Precisa de afeto pra entender quais são as limitações do cuidado... Entender as peculiaridades de cada paciente, de cada família... É... Acho que nesse sentido a Atenção Primária pode dar as cartas, entendeu?* (M2).

Discussão

O estudo analisou as incongruências entre as normas do PNCT e a necessidade de uma abordagem mais plural no cuidado de pessoas com tuberculose na APS, oferecendo subsídios para profissionais e gestores

de saúde identificarem os diversos significados desse adoecimento na população, promovendo maior equidade na atenção à saúde.

No primeiro enunciado, observa-se que a gestão municipal prioriza a política centralizada do PNCT, articulando as UAPs como unidades executantes das ações fragmentadas por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽⁸⁻⁹⁾.

Nas condições de produção dos discursos, as memórias discursivas dos gestores influenciam a organização dos serviços de saúde, trazendo a reflexão de que o Rio de Janeiro ainda possui uma APS seletiva que pode estar baseada em resquícios históricos⁽⁴⁾.

Destaca-se que as FDs dos gestores no SUS do Rio de Janeiro geraram diferentes interpretações, invisibilizando as tensões e diferenças vividas por profissionais e usuários em face do discurso homogêneo das práticas universalizantes. Segundo Arendt, o espaço público é essencial para a pluralidade, singularidade e distinção, e nesse sentido, o espaço público, na acepção da autora, é o espaço por excelência do viver plural, da singularidade e da distinção⁽⁷⁾.

O reconhecimento da APS como centro de comunicação das RAS e coordenadora do cuidado pode trazer pluralidade aos arranjos institucionais, melhorar o acesso, a equidade e a humanização da assistência. Isso contribui para o avanço das políticas públicas de saúde, especialmente no enfrentamento de doenças crônicas como a TB^(2,4).

Assim, os arranjos plurais e a discursividade dos gestores permitem questionar e problematizar a hegemonia do tratamento da TB, conectando-se com outros discursos no território onde a vida acontece⁽²³⁾.

No segundo enunciado, os discursos analisados revelam uma variedade de significados em torno da experiência dos usuários no tratamento da tuberculose, destacando a heterogeneidade⁽³⁵⁾ das suas vivências. A posição dos usuários é constantemente ressignificada pelos discursos circulantes, o que permite que cada pessoa vivencie o tratamento de forma única, muitas vezes em desacordo com o padrão normatizado pelas políticas de saúde. Esses discursos também refletem as diversas formas de resistência que surgem na adesão ao tratamento, mostrando que suas ações e pensamentos são moldados por interações.

Nesse sentido, estudos mostram que considerar as experiências vividas dos usuários com TB é essencial para o sucesso do tratamento, fortalecendo a relação entre usuário e equipe de saúde. Outro aspecto destacado em diferentes estudos é a importância de políticas de transferência de renda⁽³⁶⁻³⁸⁾ para garantir o desfecho satisfatório do tratamento.

Ante a representação da doença para o adoecido por TB, o suporte familiar, social e da equipe de saúde é fundamental⁽³⁹⁾ para o tratamento adequado, embora os usuários possam sentir que seu espaço está sendo invadido⁽³⁷⁾. Assim, estudos destacam a necessidade de os profissionais de saúde reavaliarem continuamente suas atividades e competências, para proporcionar um cuidado holístico e integral⁽³⁶⁻³⁷⁾, na perspectiva da atenção centrada no usuário.

Nessa perspectiva, a pluralidade permite romper os limites do controle e criar novas relações na APS, estabelecendo um espaço público com o potencial de instaurar o novo^(7,30). Assim, a comunicação oportuna nas redes de cuidado em saúde⁽⁴⁾ destaca o autocuidado apoiado, como sendo um processo crucial para a participação e corresponsabilidade do indivíduo pela sua saúde.

Entretanto, devido aos efeitos colaterais e ao impacto social da TB, usuários frequentemente experienciam sofrimento mental, como depressão, que afetam o tratamento⁽⁴⁰⁾. Com tal acometimento, a falta de suporte social e familiar pode levar à interrupção do tratamento, podendo gerar inúmeros transtornos para o adoecido, sendo, portanto, imprescindível a educação permanente dos profissionais para cuidar desses usuários⁽³⁷⁾.

No terceiro enunciado, observou-se que as redes de memórias dos profissionais geram acontecimentos⁽²³⁾ que influenciam seus discursos sobre o cuidado em saúde, sugerindo a inclusão da pluralidade nas práticas. Esses discursos conectam-se aos conceitos de espaço público⁽⁷⁾ e natalidade⁽³⁰⁾, revelando a capacidade de iniciar algo novo em meio à complexidade das interações humanas.

Nessa teia discursiva, os discursos dos profissionais revelam contradições e aberturas que permitem o reconhecimento do sujeito singular adoecido por TB no espaço público, fazendo circular novas memórias. Essa abertura pode ser vista pela APS como uma chave de diálogo vinculada aos acontecimentos cotidianos⁽⁴¹⁾. As condições de existência das pessoas adoecidas, que dão sentido à luta pela vida e à revisão da padronização do controle, podem gerar reflexão na capacidade dos profissionais acolherem as repercussões de uma doença crônica^(6,9), como a TB, cujo tratamento e cuidado exigem um longo período⁽³⁹⁾.

Logo, a TB, sendo uma preocupação de saúde pública que exige um tratamento prolongado, não pode ser enfrentada apenas com políticas focalizadas no término deste. Afinal, ignorar os determinantes sociais pode levar ao fracasso do tratamento^(37-38,42).

Nesse sentido, nos cenários pesquisados, a APS carioca desafia as ações autoritárias do PNCT, que se baseiam no controle hierarquizado. Essas ações utilizam práticas universais, reconhecidas por gestores,

profissionais e usuários como uma linguagem específica do programa que autoriza seu modo de operar. Esse enfoque atribui um valor social ao discurso sobre a TB, reforçando práticas centradas no controle do tratamento e limitando as relações⁽¹³⁾.

Ao longo deste estudo, foi possível compreender que existem diferentes matrizes discursivas nos discursos circulantes. As matrizes parafrásticas fecham o discurso em um controle unilateral, enquanto as matrizes polissêmicas abrem o discurso da APS para a autonomia por meio da pluralidade. A presença de pensamentos diferentes e plurais nos espaços públicos pode gerar novos discursos que expressam formas inclusivas e participativas de cuidado.

Neste estudo, o caminho para romper com o controle estruturante na APS foi encontrado no diálogo com as ideias de Arendt sobre espaço público, pluralidade e natalidade. Essas ideias emergem das formações discursivas dos usuários e profissionais⁽³⁰⁻³¹⁾, promovendo um ambiente mais poroso e centrado nas singularidades dos sujeitos.

As implicações para o campo da saúde e das equipes de profissionais incluem a possibilidade de promover novos começos e um agir político que reconheça a TB como uma doença crônica. Esse reconhecimento facilita a criação de novas conexões e práticas baseadas nos atributos da APS, resgatando a possibilidade de se tornar saudável através da pluralidade.

Nessa direção, o estudo sobre o cuidado de usuários com tuberculose multidroga resistente (TB-MDR) destaca a importância de uma abordagem centrada no usuário, valorizando a pluralidade de experiências. A centralidade do sujeito no cuidado permite aos profissionais criar e manter vínculos significativos com os usuários, superando as limitações impostas por protocolos rígidos e normas padronizadas⁽⁴³⁾.

Por fim, as limitações do estudo estão relacionadas à amostra, que foi selecionada por conveniência. Embora os dados coletados tenham permitido compreender a perspectiva dos adoecidos por TB, não foram coletadas informações de familiares e pessoas próximas, que constituem a rede de suporte social dos adoecidos por TB. Recomenda-se que futuros estudos incluam informações da rede de suporte social dos adoecidos por TB. Essa abordagem reflexiva visa melhorar a qualidade da pesquisa e a relevância dos achados para intervenções mais eficazes e inclusivas no cuidado da TB.

Conclusão

Este estudo analisou como o controle da tuberculose (TB), caracterizado por um modelo hierarquizado e normativo, pode apagar a individualidade dos usuários,

tornando invisíveis sentimentos como desamparo, angústia, isolamento e medo da morte. A abordagem do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com sua ênfase em manuais, técnicas e uma linguagem universal, contrasta com os cuidados produzidos na Atenção Primária à Saúde (APS), que valoriza as singularidades das realidades locais e os territórios vivos onde a vida acontece.

Nas interações da APS ao PNCT, observa-se uma disputa constante entre uma política plural, que valoriza as diferenças e organiza as RAS, de maneira a garantir o direito democrático à saúde e o modelo normativo do PNCT. A APS, com seus atributos, visa reconhecer e atender as singularidades dos usuários, propondo um cuidado centrado nas necessidades individuais e nas especificidades de cada território.

Para fortalecer essa abordagem plural e democrática, é fundamental apoiar os espaços embrionários de governança, resultantes da descentralização e regionalização da saúde. Esses espaços devem promover o protagonismo dos atores locais, vinculando-se à pluralidade no cuidado centrado no usuário. Essa estratégia contribuirá para assegurar o direito democrático à saúde de maneira mais assertiva, atendendo às necessidades específicas dos usuários e promovendo um cuidado mais humano e eficaz.

Referências

1. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. National Primary Health Care Policy: where are we headed to? *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1475-81. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
2. Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190154. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
3. Moreira ASR, Kritski AL, Carvalho ACC. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. *J Bras Pneumol*. 2020;46(5):e20200015. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015>
4. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Chaos, organization and creativity: integrative review on Health Care Networks. *Cien Saude Colet*. 2021;26(10):4769-82. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>
5. Shimizu HE, Carvalho ALB, Brêtas N Júnior, Capucci RR. Regional Health Planning in Brazil from the perspective of health managers: advances and challenges. *Cien Saude Colet*. 2021;26(suppl 2):3385-96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019>
6. Silva SYB, Medeiros ER, Silva SB, Andrade RPS, Beraldo AA, Pinto ESG. Facilities and difficulties in implementation of the tuberculosis control program in Primary Health Care. *ABCS Health Sci*. 2021;46:e021204. <https://doi.org/10.7322/abcshs.2019132.1396>
7. Nagamine R, Vitale D. Rethinking the public space in pandemic times: Hannah Arendt, 60 years after the publication of "The Human Condition". *Cad CRH*. 2020;33:e020019. [https://doi.org/10.9771/ccrh.v33Wilhelm D, Stein AT, Schwambach KH, Blatt CR. Elaboration of instrument for assessing assistance to patients with tuberculosis in primary health care. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online \[Internet\]*. 2022 \[cited 2023 Aug 18\];14:e10824. Available from: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10824>](https://doi.org/10.9771/ccrh.v33Wilhelm D, Stein AT, Schwambach KH, Blatt CR. Elaboration of instrument for assessing assistance to patients with tuberculosis in primary health care. Rev Pesqui Cuid Fundam Online [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 18];14:e10824. Available from: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10824)
8. Rabelo JVC, Navarro PD, Carvalho WS, Almeida IN, Oliveira CSF, Haddad JPA, et al. Performance assessment of primary healthcare services in tuberculosis control in a city in Southeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3):e00112020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112020>
9. Silva JNB Júnior, Guedes HCS, Nogueira JA, Palha PF, Nogueira MF, Barrêto AJR. Completeness of nurses' records in the care of people with tuberculosis: a trend study. *Texto Contexto Enferm*. 2022;31:e20210305. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0305>
10. Guimarães GTD, Paula MC, Hirai WG. Discourse analysis applied to qualitative research: methodological perspective in debate. *NTQR*. 2020;4:40-54. <https://doi.org/10.36367/ntqr.4.2020.40-54>
11. Ruiz MAA. For an analysis of Brazilian discourse: reading gestures in the construction of a research field. *Forum Linguistico*. 2021;18(3):6455-65. <https://doi.org/10.5007/1984-8412.2021.e77815>
12. Tejada BV, Vinhas LI. That which cannot be left unsaid: the preconstructed effect of the male discourse. *Letrônica*. 2020;13(2):e36120. <https://doi.org/10.15448/1984-4301.2020.2.36120>
13. Prata HL, Silva EG, Alves ED Júnior. "As a result of my history as an athlete [...]": discourse analysis and sport-health linearity. *Movimento*. 2020;26:e26095. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.105511>
14. Fonseca EJF, Silva JM, Oliveira AA. Analysis of speech: the analysis of speech featured in the *Veja São Paulo* magazine's front page on January, 27th of 2021. *Diversitas J*. 2023;8(1):560-73. <https://doi.org/10.48017/dj.v8i1.2085>
15. Santos KCM. How the speeches of militant black women are reverberated today: a discursive analysis. *REA [Internet]*. 2021 [cited 2023 May 1];20(226):213-25. Available from: <https://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/52867>

16. Silva HF. Discourse analysis and deaf literature: understandings about deaf literary production. *Cad Linguistico*. 2020;1(2):1-15. <https://doi.org/10.25189/2675-4916.2020.v1.n2.id115>
17. Bezerra DMN. The historical discursive production of the name of the Apurinã Language. *Bakhtiniana Rev Estud Discurso*. 2020;15(2):8-32. <https://doi.org/10.1590/2176-457341607>
18. Alexandre GG. The hole of discursive memory in headlines that deny news about COVID-19. *Rev SCRIPTA*. 2021;25(54):68-95. <https://doi.org/10.5752/P.2358-3428.2021v25n54p68-95>
19. Rosa AF. The French school of discourse analysis: Michel Pechêux and the presidential elections. *Rev Processus Estud Gest Jurid Financ*. 2022;13(44):58-68. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7313931>
20. Ormaneze F. Production conditions and biography: The notion of humanization in the historical constitution of genre. *Observatory J*. 2020;6(5):a1en. <https://doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2020v6n5a1pt>
21. Ruiz MAA. Discourse and resistance in/through the digital: memories of an event and network art. *Estud Linguist*. 2022;51(1):360-78. <https://doi.org/10.21165/el.v51i1.3318>
22. Mendes CM, Souza J, Silva SMR. The notion of event in the light of discourse analysis, semantics of the event and tensive semiotics. *Ling (Dis)curso*. 2020;20(1):179-95. <https://doi.org/10.1590/1982-4017-200111-5718>
23. Santos AP. The discourse of love in songs: discursive formations of pain and nostalgia. *Forum Linguist*. 2020;17(1):4389-97. <https://doi.org/10.5007/1984-8412.2020v17n1p4389>
24. Peixoto KMM, Serafim MS. Contributions of discourse analysis to the teaching of reading: the concept of interdiscourse. *Rev X*. 2020;15(7):377-401. <https://doi.org/10.5380/rvx.v15i7.73851>
25. Oliveira LA, Manzone ASS. Discourses and meanings: simulacros and silences present in the advertising discourses. *Diversitas J*. 2023;8(1):574-88. <https://doi.org/10.48017/dj.v8i1.2481>
26. Silva SR, Langhi R. Teachers Training for Astronomy Education: Effects of Meaning over their Practice. *Alexandria*. 2021;14(2):209-24. <https://doi.org/10.5007/1982-5153.2021.e75620>
27. Marinho PS. The discursive construction of journalistic texts approaching the Brazilian "Panelaço" and the Argentine "Cacerolazo". *Caracol (São Paulo)*. 2021;(21):1172-203. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-9651.i21p1164-1194>
28. Pequeno JES Junior. The meaning of political action in Hannah Arendt. *Perspectivas*. 2021;6(2):176-89. <https://doi.org/10.20873/rpv6n2-10>
29. Brito CFS. Forgiveness and promise as ways of preservation of the world in Hannah Arendt. *Ekstasis (Rio J)*. 2020;9(1):34-49. <https://doi.org/10.12957/ek.2020.38142>
30. Fernandes AB. Natality and revolution in Hannah Arendt. *Perspectivas*. 2021;6(2):65-75. <https://doi.org/10.20873/rpv6n2-04>
31. Simão TM. The distance between philosophy and politics, and the meaning of politics in Hannah Arendt's thought. *Perspectivas*. 2021;6(2):319-34. <https://doi.org/10.20873/rpv6n2-17>
32. Santos MDV, Soares TB. Pandemics on the agenda: Covid-19 and the Spanish flu portrayed in the Brazilian press. *Rev NUPEM*. 2021;13(30):12-25. <https://doi.org/10.33871/nupem.2021.13.30.12-25>
33. Lemos MA, Ragievicz MF. Patuá, hespanhol and guarany: from the language border to the threshold of discourse. *Confluência (Rio J)*. 2020;59:313-26. <https://doi.org/10.18364/rc.v0i0.354>
34. Soares TB, Boucher DF. The aesthetics of vocal success: discourses engaged in the construction of voices of success media. *Anu Lit*. 2020;25(2):101-18. <https://doi.org/10.5007/2175-7917.2020v25n2p101>
35. Gartner JB, Abasse KS, Bergeron F, Landa P, Lemaire C, Côté A. Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a concept analysis and systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):558. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07960-0>
36. Murdoch J, Curran R, van Rensburg AJ, Awotiwon A, Dube A, Bachmann M, et al. Identifying contextual determinants of problems in tuberculosis care provision in South Africa: a theory-generating case study. *Infect Dis Poverty*. 2021;10:67. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00840-5>
37. Wagstaff A, Neelsen S. A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(1):e39-e49. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30463-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30463-2)
38. Carreño SM, Pacheco ML, Arias MR. Role adoption, anxiety, depression and loneliness in family caregivers of patients with chronic diseases. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2024;32:e4140. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6926.4140>
39. Fang XH, Wu Q, Tao SS, Xu ZW, Zou YF, Ma DC, et al. Social support and depression among pulmonary tuberculosis patients in Anhui, China. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:595-603. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S356160>
40. Guirardello EB, Jesus MVN, Vieira LC, Oliveira HC, Vergilio MSTG. Nurses' perceptions about the patient

safety climate in Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4093. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6374.4093>

41. Chen X, Du L, Wu R, Xu J, Ji H, Zhang Y, et al. The effects of family, society and national policy support on treatment adherence among newly diagnosed tuberculosis patients: a cross-sectional study. BMC Infect Dis. 2020;20:623. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05354-3>

42. Leung JAM, Cunha FTS, Merhy EE, Kritski AL. Live networks in care production with the user at the center of the treatment for multidrug-resistant tuberculosis. Interface (Botucatu) [Internet]. 2024;28:e230182. <https://doi.org/10.1590/interface.230182>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Edna Ferreira Santos, Pedro Fredemir Palha, Afranio Lineu Kritski.

Obtenção de dados: Edna Ferreira Santos, Fátima Teresinha Scarparo Cunha. **Análise e interpretação**

dos dados: Edna Ferreira Santos, Fátima Teresinha Scarparo Cunha, Pedro Fredemir Palha, Afranio Lineu Kritski. **Redação do manuscrito:** Edna Ferreira Santos, Fátima Teresinha Scarparo Cunha, Pedro Fredemir Palha, Afranio Lineu Kritski. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Fátima Teresinha Scarparo Cunha, Pedro Fredemir Palha, Afranio Lineu Kritski.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 18.08.2023
Aceito: 03.10.2024

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Edna Ferreira Santos

E-mail: assuntap11@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6145-2957>