

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002330015>

GERÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DISCURSIVIDADES SOBRE A BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS DA TUBERCULOSE¹

Cassiana Boeno Borges de Oliveira², Filomena Elaine Paiva Assolini³, Simone Teresinha Protti⁴, Káren Mendes Jorge de Souza⁵, Aline Aparecida Monroe⁶, Tereza Cristina Scatena Villa⁷, Pedro Fredemir Palha⁸

- ¹ Artigo extraído da dissertação - Análise discursiva de gerentes da Atenção Primária à Saúde: busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto/SP, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), 2013. Com auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo (FAPESP).
- ² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: cassiara.boeno@usp.br
- ³ Doutora em Psicologia. Professora da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: elainefdoc@ffclrp.usp.br
- ⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: simoneprotti@yahoo.com.br
- ⁵ Doutora em Ciências. Professora do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: karen.souza@unifesp.br
- ⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (DEMISP), EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: amonroe@erp.usp.br
- ⁷ Doutora em Enfermagem. Professora do DEMISP, EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: tite@erp.usp.br
- ⁸ Doutor em Enfermagem. Professor do DEMISP, EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: palha@erp.usp.br

RESUMO: Objetivou-se analisar discursos de gerentes da Atenção Primária à Saúde sobre a busca de sintomáticos respiratórios como ação de vigilância epidemiológica da tuberculose. Estudo qualitativo, norteado pelo referencial teórico-analítico da Análise de Discurso de matriz francesa. Os dados foram produzidos em maio de 2012, por meio de entrevistas semidirigidas com 14 sujeitos. Produziram-se dois blocos discursivos: vestígios de poder na efetivação da busca de sintomáticos respiratórios; estratégias de resistência na busca de sintomáticos respiratórios. Posições discursivas pautadas no modelo de gestão tradicional, dificultam a incorporação da busca de sintomáticos respiratórios como ação participativa que integre equipe de saúde, gestores e comunidade. Insuficiência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e rigorosidade no alcance de metas favorecem posturas de imobilismo dos profissionais. Conclui-se que o trabalho gerencial pautado no modelo de vigilância em saúde estimule práticas de mobilização que contribuam na qualificação da busca de sintomáticos respiratórios na Atenção Primária à Saúde.

DESCRITORES: Tuberculose. Poder. Administração de serviços de saúde. Pesquisa qualitativa.

MANAGEMENT IN PRIMARY HEALTH CARE: DISCOURSES ABOUT THE SEARCH FOR RESPIRATORY SYMPTOMATICS OF TUBERCULOSIS

ABSTRACT: The study aimed to analyze the discourse of Primary Health Care managers about the search for respiratory symptomatics as an epidemiological surveillance action of tuberculosis. A qualitative study was undertaken, guided by the theoretical and analytical framework of French Discourse Analysis. Data were produced in May 2012 through semi-structured interviews with 14 subjects. Two discursive blocks were produced: marks of power in the execution of the search for respiratory symptomatics; resistance strategies in the search for respiratory symptomatics. Discursive positions were grounded in the traditional management model, making it difficult to incorporate the search for respiratory symptomatics as a participatory action that integrates health staff, managers and the community. Insufficient human resources, workload and rigor in achieving goals favor postures of immobility among the professionals. It is concluded that the managerial work outlined in the health surveillance model encourages the mobilization of practices that contribute to qualify the search for respiratory symptomatics in Primary Health Care.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Power. Health service administration. Qualitative research.

GESTIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD: DISCURSIVIDADES SOBRE LA BÚSQUDA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DE LA TUBERCULOSIS

RESUMEN: El estudio objetivó analizar los discursos de gerentes de Atención Primaria de Salud en la búsqueda de sintomáticos respiratorios como acción epidemiológica de vigilancia de la tuberculosis. Estudio cualitativo, basado en el marco teórico y analítico del Análisis del Discurso de matriz francesa. Los datos fueron producidos en Mayo de 2012 por medio de entrevista semiestructurada con 14 sujetos. Se produjeron dos bloques de discurso: los rastros de poder en la ejecución; estrategias de resistencia en la búsqueda de síntomas respiratorios. Posiciones discursivas basadas en el modelo de gestión tradicional hacen que sea difícil de incorporar la búsqueda de sintomáticos respiratorios como la acción participativa que integre el personal de salud, los administradores y la comunidad. Recursos humanos insuficientes, carga de trabajo y el rigor en el logro de metas proporcionan posturas inmovilidad de los profesionales. Se considera que el trabajo gerencial basado en el modelo de vigilancia de la salud podría fomentar la movilización de prácticas que contribuyan a calificar la búsqueda de sintomáticos respiratorios en la Atención Primaria de Salud.

DESCRIPTORES: Tuberculosis. Poder. Administración de los servicios de salud. Investigación cualitativa.

INTRODUÇÃO

O empenho contínuo para a implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), somado à ampliação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com enfoque na descentralização das ações e serviços aos municípios, tem transformado o cenário da saúde brasileira desde a década de 1990.¹⁻²

Nesse contexto, os gerentes de unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) desempenham funções relacionadas ao manejo das ações clínico-assistenciais, aos conhecimentos e habilidades administrativas e à mediação do trabalho interdisciplinar, com vistas à resolução de necessidades de saúde individuais e coletivas.³⁻⁴ Gerenciar tornou-se, desse modo, um trabalho essencial à qualificação da APS, que é considerada a porta preferencial de acesso ao sistema público de saúde, contribuindo para o processo de descentralização das ações de saúde à gestão local.⁵

O SUS possui uma complexidade de governança, especialmente em relação a outros sistemas sociais, pelo fato de que os gestores são, permanentemente, confrontados com um processo decisório que produza equilíbrio entre os objetivos da gestão, tais como equidade, eficácia, eficiência, qualidade e satisfação dos usuários.⁶

Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento máximo das competências gerenciais, traduzidas em conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem a atuação multiprofissional na prevenção de doenças, na promoção e recuperação da saúde e na reabilitação de pessoas.⁷ A construção destas competências implica, ainda, a articulação entre atitudes pessoais e relacionais que, em conjunto, contribuirão para a transformação da realidade em saúde.⁸

O presente artigo examina, como objeto de estudo, os discursos de gerentes de unidades da APS acerca da busca ativa de sintomáticos respiratórios (BSR), a qual constitui uma importante ação de vigi-

lância em saúde, com vistas a localizar, brevemente, pessoas com tosse prolongada, consideradas suspeitas de tuberculose (TB) pulmonar.⁹ O planejamento, o desenvolvimento e a avaliação desta ação em saúde exigem articulações gerenciais que se estabelecem na trama dos efeitos de sentido do poder e da resistência, sendo estas práticas sociais exercidas em níveis variados e em pontos distintos de uma rede social.¹⁰

A questão norteadora deste estudo foi: de que maneira a posição discursiva de gerente afeta a busca ativa de sintomáticos respiratórios na atenção primária à saúde?. Objetiva-se, com isso, analisar os discursos de gerentes atuantes em unidades da atenção primária à saúde sobre a busca ativa de sintomáticos respiratórios como ação de vigilância epidemiológica da tuberculose.

MÉTODO

Esta investigação, de natureza qualitativa, norteia-se pelo referencial teórico-analítico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa ou *pechêuxtienne*, sendo esta uma disciplina interpretativa constituída como teoria de entremeio na relação entre a Linguística, considerando a não transparência da língua; o Marxismo, com o legado do materialismo histórico; e a Psicanálise, na relação da ideologia com o inconsciente.¹¹⁻¹²

Participaram deste estudo 14 gerentes atuantes nas 25 unidades de saúde que compunham a APS de um município de médio porte localizado no interior paulista. Desses sujeitos, seis atuavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sete em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e um em Centro de Saúde Escola (CSE). Como critério de inclusão amostral, foram considerados os gerentes que estivessem no referido cargo há pelo menos um ano. Como critério de exclusão, adotou-se a condição de licença do trabalho.

Os dados foram produzidos mediante a técnica

de entrevista semidirigida durante o período de 15 dias, no mês de maio de 2012. As questões norteadoras da entrevista abordaram os seguintes aspectos: articulação política na esfera de gestão municipal, organização da APS para o desenvolvimento da vigilância epidemiológica da TB e operacionalização da BSR em nível local. Os relatos foram gravados, transcritos e tratados com recursos do *software* Atlas.ti®, versão 6.0 (*codes, families, memos, reports*).

O material de linguagem foi analisado segundo os procedimentos da análise discursiva, quais sejam: passagem da superfície linguística para o discurso, passagem do objeto discursivo para a formação discursiva e passagem do processo discursivo para a formação ideológica.¹¹

Considerando o compromisso ético para as pesquisas científicas envolvendo seres humanos, ressalta-se que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o nº 078/2012. Todos os participantes assinaram, previamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os depoimentos dos participantes foram codificados por letras, conforme o lugar socialmente ocupado pelos sujeitos (g - gerente), e por números arábicos, segundo a sequência de realização das entrevistas (de 1 a 14).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos do estudo são do sexo feminino, com idade variando entre 27 e 52 anos, sendo a média de 37,8 anos. No tocante à formação profissional, identificou-se que 12 sujeitos tinham graduação em Enfermagem, um em Enfermagem e Obstetrícia e um em Medicina. Com relação às atividades exercidas nas unidades de saúde, 13 sujeitos relataram exercer, concomitantemente, os cargos de gerência e assistência de Enfermagem e um, exclusivamente, de gerente. O tempo de atuação na gestão e na mesma unidade de saúde variou entre um e quatro anos, sendo a média de 2,7 anos.

Todos os sujeitos relataram ter realizado, ao menos, um curso de formação complementar ao longo de sua trajetória profissional, contudo apenas seis referiram ter concluído cursos específicos na área de gestão em saúde. Acerca disso, é sabido que muitos profissionais de saúde assumem a gerência de uma unidade sem possuir formação específica para tal cargo,¹ o que compromete o desenvolvimento e aperfeiçoamento de suas competências.

Entende-se que estas informações são relevantes para compreender as condições de produção em

sentido estrito (contexto imediato) e em sentido amplo (contexto histórico-social e ideológico),¹¹ sobre as quais os discursos analisados foram contextualizados. Em consonância ao objetivo proposto e aos procedimentos metodológicos da AD, foram produzidos dois blocos discursivos: Vestígios de poder na efetivação da busca de sintomáticos respiratórios e Estratégias de resistência na busca de sintomáticos respiratórios.

Vestígios de poder na efetivação da busca de sintomáticos respiratórios

A AD propõe o deslocamento da noção de sentido único para o conceito de polissemia. Desse modo, os sujeitos produzem sentidos múltiplos e são por eles afetados, embora, segundo o conceito de esquecimento nº 2, tenham a ilusão de haver correspondência inequívoca entre as palavras e as coisas.¹¹ Este acontecimento torna-se possível, tendo em vista que a AD toma a noção de sujeito como sendo cindido, descentrado pelo inconsciente, heterogêneo. Portanto, não considera o indivíduo, mas o sujeito do discurso que carrega consigo marcas do social, do ideológico, do histórico, em outros termos, a forma-sujeito.¹³⁻¹⁴

A tomada da palavra ganha notoriedade ao inscrever-se em determinada formação discursiva (FD), que corresponde ao lugar (não empírico, mas discursivo) de constituição dos sentidos. Neste há, pois, a busca pela regularidade que existe na dispersão dos elementos discursivos, de modo que os sujeitos são interpelados em sujeitos-falantes ao filiarem-se às FDs.¹³

No tocante à gerência, esta pode ser percebida como condicionante e condicionada ao *modus operandis* da produção dos serviços em saúde, sendo, ao mesmo tempo, produtora e produto de um determinado contexto. Desse modo, as ações gerenciais tornam-se suscetíveis às influências dos diferentes atores sociais (gestores das esferas federal, estadual e municipal, equipe de saúde e usuários dos serviços de saúde) interessados nas diversas políticas de saúde.⁴

Os recortes que se seguem apresentam discursos incoerentes entre si, haja vista que os efeitos de sentidos de mobilização da equipe de saúde divergem da abordagem de educação em saúde restrita à transmissão de informações, que parece estar na base do trabalho realizado pelos gerentes.

A gente faz orientação com os agentes [Agentes Comunitários de Saúde (ACS)]! A gente chamou os agentes para participar, a gente repassa as informações para eles estarem nas visitas, conforme identificando [os sintomáticos respiratórios], encaminhar para a unidade [...] (g4).

Técnicos [de enfermagem] são mobilizados para isso [BSR] e os agentes identificam na casa também. Fazem campanha, entregam panfleto, a gente faz sala de espera, no grupo de hipertenso e diabéticos, orienta os sintomas [...] (g5).

Dei os panfletos [informativo sobre a TB] e 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).

A posição-sujeito, na perspectiva da AD, configura-se como relação de identificação entre o sujeito enunciativo e o sujeito do saber (forma-sujeito). Desse modo, diferentes indivíduos, ao relacionarem-se com o sujeito do saber de uma mesma FD, serão constituídos em sujeitos ideológicos, que podem ocupar uma mesma ou diferentes posições.¹⁴ Observa-se que há uma alternância na posição-sujeito assumida pelos gerentes, a qual acontece a partir da tentativa de tomada do poder. Este, por sua vez, não age em determinado lugar ou em outro unicamente; ao contrário, é refletido em rede, sobretudo porque, a partir desta perspectiva, os indivíduos poderão sofrer sua ação, como também exercê-lo.¹⁰

Ao determinar que o ACS ou o técnico de enfermagem desenvolva a BSR para a vigilância da TB, o gerente coloca-se em uma posição de governança, de controle. Por outro lado, os significantes “mobilizados” e “participar” relacionam-se a um discurso de empoderamento e autonomia, tanto dos profissionais envolvidos na ação quanto dos usuários que serão alvo da intervenção. É nesse contexto que se observa a contradição e a movimentação do poder relacionadas à posição-sujeito de gerente.

Cabe destacar que, cada vez mais, as ações de vigilância em saúde são significadas como um cuidado produzido na dimensão coletiva, para além das atitudes de fiscalização e de controle. A partir disso, e embasado na atual concepção de vigilância em saúde,¹⁵ os significantes “mobilização” e “participação” representam processos indispensáveis à prática de um modelo de vigilância na perspectiva da promoção da saúde.

No contexto imediato da produção simbólica dos discursos, há a promoção de mudanças sociais operadas no nível das relações do poder.¹⁶ Desse modo, a filiação de sentidos a outros possibilita a constituição de redes de significação histórico-semânticas, que geram a repetição dos discursos, como também sua (re)formulação.¹³

Também a memória ocupa lugar de destaque nesta conjuntura. Cabe esclarecer que a memória, em termos discursivos, não pode ser entendida tal qual no conceito psicologista individual, mas nos sentidos

de convergência entre a memória mítica, social e histórica. Desta forma, o que é dito filia-se a um sentido que se sustenta na historicidade do discurso, ou seja, no interdiscurso.¹² Este, por sua vez, disponibiliza dizeres que afetam a maneira como o sujeito significa uma determinada situação e é a partir dele que o saber discursivo torna possível cada tomada da palavra.¹¹

Tendo em vista que os significantes mudam de sentido a depender das posições assumidas por aqueles que as empregam, este movimento torna-se possível mediante o funcionamento ideológico, caracterizado como mecanismo que apresenta ao sujeito um dizer já posto, já cristalizado, como se o sentido que lhe aparece fosse evidente, natural, óbvio.¹³ É a partir desse contexto que a alternância de posicionamento, com vistas à tomada do poder observada nos gerentes é legitimada.

No tocante à assunção de posicionamento de detentores do poder, estudos¹⁷⁻¹⁸ revelam que as ações administrativas, bem como as tomadas de decisões, estão diretamente relacionadas à figura do gerente, predominando o estilo de administração normativa e burocrática,¹⁷ cujo objetivo principal é conquistar e manter espaços de poder.¹⁸ Este fenômeno, porém, tende a converter-se em situações de isolamento gerencial, dificultando a construção de espaços de interação com os demais membros da equipe de saúde, na medida em que não propicia momentos de produção coletiva e de troca de conhecimentos e de experiências.¹⁷

Embora os sujeitos deste estudo estejam regidos por FDs disciplinarizantes, pautadas pelo cumprimento de metas e normatizações, observa-se um movimento de reação a esse tipo de discurso, mobilizado a partir das práticas cotidianas de trabalho, especialmente, no tocante à operacionalização da BSR. Vestígios dessa mudança podem ser percebidos na dificuldade em alcançar a meta estipulada pelo Ministério da Saúde, a partir do Pacto pela Vida, que prevê a investigação de 1% da população quanto à possibilidade de sintomáticos respiratórios nos territórios.¹⁹ Na contramão desse propósito, o município cenário desta pesquisa atingiu apenas 23,7%²⁰ do total pactuado, reforçando o sentido de ação reativa à meta imposta.

Corroborando com esses achados, pesquisas²¹⁻²² realizadas em diferentes regiões do país também observaram o descumprimento da meta para investigação de sintomáticos respiratórios. Apontaram, ainda, que a ausência de equipes mínimas de saúde para atuarem na APS,²¹ bem como a incipiente valorização dos profissionais de saúde diretamente envolvidos com a BSR para a TB, entre estes o ACS,

são alguns dos inviabilizadores da efetivação desta ação de vigilância em saúde.²²

Na posição de gerentes, observa-se que os sujeitos entrevistados percebem-se expostos a um ambiente de coerção e cobrança, com vistas ao cumprimento da produtividade estabelecida para a unidade de saúde sob sua gestão, conforme observado nos fragmentos:

eles [coordenação do Programa de controle da TB (PCT)] cobram muito essa questão de unidade silenciosa que não está notificando nada, que não está buscando, que não faz nenhum exame. Eles cobram bastante assim! A parte deles, eles fazem direitinho. Eles cobram! (g3).

a gente tem uma planilha sistemática que tem que preencher... quando vem, quando fez exame, quando isso, quando aquilo. Então, 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).

teve uma época que a gente [equipe de saúde] estava brincando, falei: 'ôh, daqui uns dias vamos fazer exame de escarro em nós, todo mundo aqui dentro para ver se atinge as metas' (g14).

Somado a isso, muitos elementos organizacionais e estruturais podem configurar obstáculos ao trabalho gerencial, dentre esses, a insuficiência de recursos humanos e a inadequada estrutura dos serviços de saúde caracterizaram-se como as principais barreiras "discursivizadas" pelos sujeitos deste estudo, conforme observado nos fragmentos:

ficou mais difícil porque ficou o mesmo número de pessoas para atender um trabalho a mais, né?! [...] (g6).

está faltando um funcionário da recepção, porque tem que ter pelo menos três. Estou com dois [funcionários], aí falta um! Na regulação mesmo, que é o setor que regula os exames, teria que ter dois e eu estou com um. Então, todo mundo está sobrecarregado! [...] (g9).

Isso aqui [unidade de saúde] lotou ontem, antes de ontem! [...] (g10).

Ponto negativo é o problema da unidade em si, da estrutura! Porque, assim, tem pouco funcionário e não dá pra fazer um trabalho assim, né, muito regular por causa da quantidade [insuficiente de funcionários] (g13).

Sabe-se que o vasto elenco de ações e serviços da APS, os diferentes modelos de atenção à saúde, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a descentralização das ações de saúde, somados aos recursos estruturais e humanos escassos, caracterizam-se como alguns dos aspectos que sugerem descontinuidade no trabalho gerencial.^{18,23}

Entretanto, as rápidas e contínuas mudanças no cenário da saúde pública têm requerido, mais do que nunca, posturas gerenciais consonantes com a

adaptação e a resolução das vicissitudes ocorridas na sociedade contemporânea. Torna-se necessário, portanto, a assunção de uma gestão por competência, edificada na proatividade e responsabilidade individual, na inteligência prática das situações, apoiada em conhecimentos adquiridos e transformados,²⁴ com vistas, entre outros, ao fortalecimento do papel político e social da APS como porta preferencial de acesso do sintomático respiratório de TB ao sistema público de saúde.

Estratégias de resistência na busca de sintomáticos respiratórios

As permanentes exigências acerca da BSR que recaem sobre o gerente e dele emanam oferecem o espaço necessário ao fenômeno da resistência. Sendo o poder um fenômeno que ocorre no exercício da convivência humana, a resistência se torna, a partir deste contexto, a contrapartida possível. Cabe esclarecer que resistência não pode ser entendida como inversão do poder, há uma relação de coexistência entre ambas.²⁵ Portanto, ambientes de trabalho em que regras e normas são impostas como condições imutáveis, podem favorecer a resistência, seja pela transgressão às normatizações, seja pela possibilidade de invenção de outros modos de lidar com as regras, de transformá-las.²⁶

Tendo em vista que a FD se apresenta como o lugar em que são constituídos os sentidos, o sujeito revela-se, a partir do processo identificatório, às FDs. Contudo, ao filiar-se à determinada FD, o sujeito apaga/nega, necessariamente, tantas outras e, desse modo, o processo de identificação caracteriza-se como movente, inacabado e ininterrupto. Ao afirmar [...] *a gente só executa o trabalho e manda tudo, e eles supervisionam e cobram [...] (g11)*, o gerente entrevistado assume a posição de um trabalhador, cujas ações são pouco afetadas e transformadas por um pensamento crítico e por processos participativos.

Particularmente, no contexto da vigilância da TB, cabe assinalar que essa posição assumida no discurso implica um comprometimento da capacidade para desenvolver um trabalho gerencial inovador. No âmbito da linguagem em funcionamento, acrescenta-se que os discursos dos gerentes podem experimentar a polissemia, ou seja, o deslocamento e a ruptura de processos de significação.¹¹ No material de linguagem analisado, observaram-se mecanismos de resistência à incorporação permanente da BSR aos serviços de saúde, conforme ilustrado nos fragmentos:

a gente [equipe de saúde] não tem só tuberculose! [...] (g1).

eu penso que é um agravo [referindo-se à TB] que tem tratamento, que tem como você controlar... eh... não vejo nada, assim, de assustador! [...] (g7).

Nesses discursos, observa-se que a TB não pertence ao grupo das mais relevantes preocupações sanitárias sobre o território adscrito às unidades de saúde dos gerentes g1 e g7. Essa postura reflete processos de significação sobre a doença e a inserção da vigilância da TB na APS.

Esse pensamento associa-se à construção social, reverberado como memória coletiva, de que a TB estaria controlada. Todavia, dados epidemiológicos revelaram que, em 2013, o Brasil diagnosticou 71.123 casos novos, perfazendo um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes.¹⁹ Embora a TB se configure como um grave problema de saúde pública, não raro, é possível observá-la sendo negligenciada nas agendas das políticas públicas, sob a ilusão de que se trata de uma doença do passado e que estaria resolvida.²⁷

É um equívoco pensar a TB como uma doença emergente, haja vista sua constante representatividade em termos de incidência, nem tampouco reemergente, na medida em que nunca houve um período de declínio significativo da doença. Portanto, sua ocorrência é contínua e com alta magnitude,²⁸ exigindo articulações e ações incessantes entre todos os atores sociais envolvidos (gestores, gerentes, profissionais de saúde e comunidade).

Observa-se, desse modo, que os gerentes reproduzem o discurso de secundarização da TB como forma de resistir ao poder instituído pelas metas pactuadas na APS e, a partir disso, legitimam sua postura de imobilismo ante a problemática. Esse movimento torna-se possível tendo em vista que, em meio a este jogo, entre o já dito e o a se dizer é que os sujeitos e os sentidos se movimentam, (se) significam.¹¹

Na perspectiva discursiva, o silenciamento é entendido a partir de dois conceitos basilares: o silêncio constitutivo, em que uma palavra apaga necessariamente outra, e o silêncio local, como aquilo que é proibido/cesurado ao dizer.²⁹ Foram observados vestígios de silenciamento reverberados, a partir das posições de interdição e de censura assumidas pelos sujeitos. Desta forma, os gerentes calam seus dizeres, como também apagam/negam seu opressor figurado pela coordenação do PCT com vistas a significar sua resistência, conforme observado nos fragmentos:

*ah, pode falar? [sobre a coordenação do PCT] (g2).
posso te falar sinceramente? [...] (g8).*

A censura, vista como fenômeno de opressão, tentará abafar os dizeres de modo a sufocar os sen-

tidos circulantes. Entretanto, nos discursos dos gerentes, foram observadas tentativas de resistência ao poder, valendo-se do mesmo mecanismo que o tenta oprimir, o silenciamento. Esse processo torna-se possível, tendo em vista que, na tentativa de censurar o dizer, o silêncio da opressão sofre a ação direta da retórica do oprimido, que se reverbera como nova tentativa de resistência. Assim, ancorado no conceito de FD, o silêncio trabalha, incessantemente, seus limites, de forma a jogar com a contradição de sentidos da identificação do sujeito.²⁹

Compreende-se, pois, que os efeitos de sentido de resistência, ecoados nos discursos dos gerentes, têm impactado, de forma a gerar estagnação na operacionalização da BSR para a TB no município que foi cenário desta pesquisa. Ao encontro desse entendimento, um estudo³⁰ realizado com enfermeiros revelou que esses profissionais, ante as imposições autoritárias de seus superiores, e também dos pacientes sob seus cuidados, apoiaram-se no imobilismo e no conformismo como forma de re-presentarem o seu reduzido exercício do poder e a insuficiente resistência frente aos problemas éticos enfrentados no cotidiano do trabalho hospitalar.

Cabe salientar, ainda, que as modalidades de contratação dos profissionais de saúde, especialmente, os atuantes na ESF, guardam importante relação com o silenciamento dos dizeres. Pesquisa³¹ realizada no Estado de Minas Gerais revelou que poucos profissionais tinham sido contratados no regime de concurso público, predominando a incorporação ultrapassada do empreguismo, do clientelismo, figuradas por meio da indicação política. É sabido que esses contextos favorecem ambientes em que as admissões e as demissões sejam facilitadas, resultando em ausência de estabilidade, insatisfação dos profissionais, rotatividade de pessoal e, por conseguinte, descontinuidade do cuidado e do vínculo com os usuários/população.³²

Se, por um lado, exercer a gerência de unidades de saúde caracteriza-se como uma ação complexa, por outro, é de fundamental importância para a construção de um sistema de saúde público de qualidade. Portanto, para que haja efetiva mudança nas relações de poder entre os diversos atores que constituem a APS, torna-se necessário que os gerentes desenvolvam capacidades de se interrogarem sobre sua realidade e práticas laborais, compreendendo, assim, as tênues linhas que o poder trama em seu cotidiano de trabalho, especialmente, no que tange as ações de vigilância em saúde para o controle da TB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exemplo de outros estudos, neste também foram observados aspectos que promoveram a gestão pautada no modelo tradicional, no qual as decisões são ancoradas, exclusivamente, na figura do gerente. Como consequência, os entrevistados produziram sentidos de controle e de estresse relacionados ao cumprimento de metas, os quais favoreceram o imobilismo e o conformismo ante a problemática da operacionalização da BSR para a vigilância da TB. A partir disso, torna-se necessário que os gerentes considerem a incorporação dos diversos atores sociais envolvidos na vigilância em saúde (coordenação municipal, equipe de saúde e comunidade), no sentido de formar parcerias no planejamento e na execução das ações consonantes às necessidades e às especificidades de cada território.

Observou-se, ainda, depoimentos relativos a ambientes de sobrecarga de trabalho decorridos, entre outros, pela escassez de equipes mínimas para a execução da BSR. Além disso, fragilidades na organização da APS, representadas pela imposição de metas que desconsideram as especificidades locais, foram apontadas como sendo dificultadores na operacionalização satisfatória da BSR do ponto de vista de uma ação de vigilância em saúde.

Espera-se que a gerência seja regida por competências, de modo a considerar ambientes de articulação e de negociação com as instâncias superiores (gestão municipal e coordenação do PCT), com vistas à identificação das problemáticas e, sobretudo, apontamento de resolução que ultrapassem a barreira do conformismo, tendo em vista o modelo de vigilância na APS.

Considerando os resultados observados neste estudo, enseja-se que ele possa suscitar novas pesquisas sobre a gestão da BSR para a TB, com vistas à conformação de um conjunto de conhecimentos que possam subsidiar melhorias no cenário da saúde pública, especialmente, no que concerne às ações de controle da TB em âmbito da APS.

Admite-se limitações neste estudo, na medida em que não são considerados os gestos interpretativos dos demais profissionais de saúde, que, com o gerente, constituem uma equipe de trabalho. Ademais, o contexto subjetivo sobre o qual o referencial teórico-analítico adotado é ancorado, bem como a incompletude intrínseca do dizer, poderiam mobilizar outros gestos interpretativos, que, por conseguinte, poderiam reverberar outros efeitos de sentido a partir das problemáticas apresentadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ohira RHF, Junior LC, Nunes EFPA. Perfil dos gerentes de atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [internet]. 2014 [cited 2015 Jan 08]; 19(2):393-400. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00393.pdf>
2. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2010 [cited 2015 Jan 08]; 26(4):693-705. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf>
3. Giordani JN, Bisogno SBC, Silva LAA. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2012 [cited 2014 Ago 04]; 25(4):511-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n4/05.pdf>
4. Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2006 [cited 2014 Ago 04]; 40(4):464-8. Available from: <http://www.ee.usp.br/reusp/upload/pdf/277.pdf>
5. Starfield B. Reinventing primary care: lessons from Canadá for the United States. *Health Aff* [internet]. 2010 [cited 2014 Ago 04]; 29(5):1030-6. Available from: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A249.pdf
6. Mendes EV. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: Mendes EV, organizador. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo (SP): Hucitec; 1998. p.57-86.
7. Lourenção DCA, Benito GAV. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2010 [cited 2014 Ago 04]; 63(1):91-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a15.pdf>
8. Camelo SHH, Angerame ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a Enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2013 [cited 2015 Jan 08]; 22(2):552-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>
9. Moreira CMM, Zandonade E, Lacerda T, Maciel ELN. Sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2010 [cited 2014 Ago 10]; 26(8):1619-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/15.pdf>
10. Foucault, M. *Microfísica do poder*. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal; 1984.
11. Orlandi EP. *Análise de discurso: princípios & procedimentos*. 8ª ed. Campinas (SP): Pontes Editores; 2009.
12. Orlandi EP. *Papel da memória*. 3ª ed. Campinas (SP): Pontes Editores; 2010.
13. Dezerto FB. *Sujeito e sentido: uma reflexão teórica*.

- Revista Icarahy [internet]. 2010 [cited 2014 Set 30]; 4(1):1-21. Available from: http://www.revistaicarahy.uff.br/revista/html/numeros/4/dlingua/Felipe_Dezereto.pdf
14. Grigoletto E. Do lugar social ao lugar discursivo: o imbricamento de diferentes posições-sujeito. In: Anais do 2º Seminário de Estudos em Análise de Discurso [internet], 2005 [cited 2015 Mar 10]; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2005. Available from: <http://www.analisedodiscurso.ufrgs.br/anaisdosead/sead2.html>
 15. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. Ciênc saúde coletiva [internet]. 2010 [cited 2015 Mar 12]; 15(4):2215-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a36v15n4.pdf>
 16. Orlandi EP. Discurso em análise: sujeitos, sentidos e ideologia. 2ª ed. Campinas (SP): Pontes Editores; 2012.
 17. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Ciênc saúde coletiva [internet]. 2007 [cited 2014 Out 10]; 12(2):443-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a21v12n2.pdf>
 18. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de unidades básicas de Saúde: percepção do gestor. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2007 [cited 2014 Nov 20]; 41:835-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea16.pdf>
 19. Ministério da Saúde (BR) O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. Boletim Epidemiológico [internet]. 2014 [cited 2015 Mar 10]; 45(2). Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/BE-2014-45--2--tb.pdf>
 20. Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto (BR). Secretaria Municipal de Saúde. Painel de monitoramento: indicadores de 2011 [internet]. 2012. [cited 2014 Ago 04]. Disponível: <http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia>
 21. Cardozo-Gonzales RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Soares DMD, Rodrigues KMR, Kroning CS. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. Rev Enferm Saúde [internet]. 2011 [cited 2014 Out 10]; 1(1):24-32. Available from: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3403/2794>
 22. Scatolin BE, Pinto ESG, Arcêncio RA, Andrade RLP, Wysochi AD, Ponce MAZ, et al. Active case finding: community health workers' activity related to tuberculosis control in a large city, Brazil. Texto Contexto Enferm [internet]. 2014 [cited 2015 Mar 12]; 23(2):261-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00261.pdf
 23. Lico FMC; Ferreira MCM; Martins CL; Mendes R. Percepção de gerentes sobre o papel gerencial em unidades básicas de saúde após capacitação na região sul da cidade de São Paulo. Saúde e Sociedade [internet]. 2005 [cited 2014 Nov 20]; 14(1):78-90. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7137>
 24. Andre AM, Ciampone MHT, Santelle O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. Rev Saúde Pública [internet]. 2013 [cited 2015 Mar 12]; 47(1):158-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/20.pdf>
 25. Díaz RG. Poder y Resistencia en Michel Foucault. Tabula Rasa [internet]. 2006 [cited 2015 Mar 12]; 4:103-22. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n4/n4a06.pdf>
 26. Ramminger T, Nardi HC. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. Interface (Botucatu) [internet]. 2008 [cited 2015 Jan 15]; 12(25):339-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a09v1225.pdf>
 27. Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2011 [cited 2015 Jan 15]; 16(sup1):1295-1301. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a63v16s1.pdf>
 28. Ruffino Netto, A. Brasil: doenças emergentes ou re-emergentes? Medicina (Ribeirão Preto) [internet]. 1997 [cited 2015 Jan 15]; 30:405. Available from: http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n3/ponto_vista.pdf
 29. Orlandi EP. As formas do silêncio: no movimento dos sentidos. 6ª ed. Campinas (SP): Unicamp; 2007.
 30. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2013 [cited 2015 Fev 02]; 21(1):293-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/v21n1a02.pdf>
 31. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad Saúde Pública [internet]. 2010 [cited 2015 Fev 02]; 26(5):918-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/14.pdf>
 32. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet [internet]; 2011 [cited 2015 Fev 02]; 377(9782):2042-53. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60055-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60055-X/fulltext)

Correspondência: Cassiara Boeno Borges de Oliveira
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Sala 55.
Universidade de São Paulo
Avenida dos Bandeirantes, 3900
14040-902 - Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil
E-mail: cassiara.boeno@usp.br

Recebido: 08 de junho de 2015
Aprovado: 27 de novembro de 2015