



Revista Brasileira de Enfermagem

E-ISSN: 1984-0446

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Mitano, Fernando; Nunes Sicsú, Amélia; Ribeiro Alexandre d'Auria de Lima, Mônica
Cristina; Carvalho Peruhype, Rianne; Protti, Simone Terezinha; Fredemir Palha, Pedro
Discursos sobre a terapia de curta duração para o controle da tuberculose
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 70, núm. 1, enero-febrero, 2017, pp. 126-132
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267049841017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Discursos sobre a terapia de curta duração para o controle da tuberculose

Discourses on short-course therapy for tuberculosis control

Discursos sobre la terapia de corta duración para el control de la tuberculosis

Fernando Mitano¹, Amélia Nunes Sicsú^{II}, Mônica Cristina Ribeiro Alexandre d'Auria de Lima^{II},
Rarianne Carvalho Peruhype^{III}, Simone Terezinha Protti^{III}, Pedro Fredemir Palha^I

^I Universidade Lúrio, Faculdade de Ciências de Saúde. Nampula, Moçambique.

^{II} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{III} Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem. São Carlos-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Mitano F, Sicsú AN, Lima MCRAD, Peruhype RC, Protti ST, Palha PF. Discourses on short-course therapy for tuberculosis control. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):120-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0463>

Submissão: 09-08-2016

Aprovação: 02-10-2016

RESUMO

Objetivo: analisar os sentidos produzidos por meio das experiências e percepções dos profissionais de saúde sobre a implementação da estratégia do tratamento diretamente observado de curta duração para o controle da tuberculose. **Método:** estudo qualitativo realizado em Moçambique com 15 profissionais de saúde. Critérios de inclusão: atuação no Programa de Controle da Tuberculose há mais de um ano e estar em atividade profissional no período da entrevista. Para a coleta de dados foi usado um roteiro semiestruturado e as entrevistas realizadas individualmente foram gravadas. **Resultados:** emergiram três unidades discursivas: os procedimentos no tratamento do doente; o papel de Agente Comunitário da Saúde e da família; as dificuldades na aplicação do tratamento diretamente observado de curta duração. **Conclusão:** o tratamento da tuberculose requer um envolvimento constante da família, da comunidade e principalmente do Estado na criação e aplicação de políticas de formação dos recursos humanos e melhoria de infraestruturas.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem em Saúde Pública; Tuberculose; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Objective: to analyze the meanings produced through the experiences and perceptions of healthcare professionals on the implementation of the strategy of directly observed treatment short course for tuberculosis control. **Method:** qualitative study carried out in Mozambique with 15 healthcare professionals. Inclusion criteria were having acted in the Tuberculosis Control Program for more than one year, and exercising professional activity at the time of interview. A semi-structured script was used for data collection, and individual interviews were recorded. **Results:** three discursive units emerged: patient treatment procedures; community health agent and family roles; difficulties in the application of directly observed treatment short course. **Conclusion:** treatment of tuberculosis requires constant involvement of the family, community, and especially the State in the creation and implementation of personnel training policies and infrastructure improvement.

Descriptors: Nursing Care; Community Health Nursing; Public Health Nursing; Tuberculosis; Public Policies.

RESUMEN

Objetivo: analizar los sentidos generados a partir de experiencias y visiones de profesionales de salud sobre la implementación de la estrategia del tratamiento directamente observado de corta duración para el control de la tuberculosis. **Método:** estudio cualitativo realizado en Mozambique con 15 profesionales de salud. Criterios de inclusión: actuación en Programa de Control de la Tuberculosis mayor a un año y estar activo profesionalmente durante el período de la entrevista. Datos recolectados utilizando rutina semiestructurada; las entrevistas individuales fueron grabadas. **Resultados:** surgieron tres unidades discursivas: procedimientos en el tratamiento del enfermo; papel del Agente Comunitario de Salud y de la familia; dificultades en aplicación

del tratamiento directamente observado de corta duración. **Conclusión:** el tratamiento de la tuberculosis requiere de constante participación de la familia, la comunidad y, principalmente, del Estado; en la determinación y aplicación de políticas de formación de recursos humanos y mejoras de infraestructura.

Descriptores: Atención de Enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria; Enfermería en Salud Pública; Tuberculosis; Políticas Públicas.

AUTOR CORRESPONDENTE

Fernando Mítano

E-mail: piqinamita@gmail.com

INTRODUÇÃO

O controle da tuberculose (TB) usando-se a terapia diretamente observada de curta duração do termo inglês *Directly observed treatment-short course* (DOTS) tornou-se aconselhável para todo mundo, especificamente para os 22 países mais afetados pela TB, dentre os quais Moçambique, que ocupa a terceira posição no âmbito mundial; constitui, dessa forma, um grave problema de saúde pública, sendo uma das doenças que mais causa mortes na população^(1,2).

Em suas diretrizes o DOTS preconiza a detecção dos casos de TB, tratamento diretamente observado (TDO), disponibilização dos medicamentos regularmente, sistema de registro de casos e comprometimento do governo colocando o controle da TB como prioritário entre as políticas de saúde^(1,3-4). A aplicação dessa estratégia tem se mostrado eficaz na cura da TB; destaca-se que entre os anos de 1995 e 2012, quando 56 milhões de pessoas foram tratadas e curadas, em países que adotaram a estratégia DOTS, resultou em 22 milhões de vidas salvas^(1,4).

Moçambique começou a utilizar a estratégia DOTS, antes mesmo de ser proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do programa de controle da TB, com o apoio da *Union Against Tuberculosis and Lung Disease* (IUATLD), que auxiliou o país na implementação do DOTS na década de 1980⁽²⁻⁴⁾. Na atualidade, Moçambique continua entre os países que, segundo a OMS, não conseguem reduzir as taxas de incidência, prevalência e mortalidade por TB. Os casos novos estimados são da ordem de 140 mil ao ano, dos quais apenas 50% iniciam o tratamento médico, correspondendo a uma taxa de crescimento anual de 9% e uma prevalência de 556/100.000 habitantes^(1,3-4). A estratégia do DOTS, quando implementada, é eficaz; no entanto, em Moçambique, a cobertura dessa política atinge somente 50% da população diagnosticada por TB. Aliados a esse contexto, alguns estudos indicam como barreiras para a implementação do DOTS a falta de recursos humanos, materiais e financeiros, além da pandemia do HIV, que influenciam no controle da doença⁽³⁻⁴⁾. Nesse sentido, não há estudos que explorem discursivamente as percepções e experiências dos profissionais de saúde envolvidos na implementação do DOTS. Assim, a análise dos sentidos produzidos no processo de interlocução dos profissionais de saúde a partir de vivências do contexto sócio-histórico, ou seja, das condições de produção na implementação do DOTS para o controle da TB, pode trazer elementos que evidenciam as dificuldades da expansão do DOTS e consequentemente da redução dos casos da TB em Moçambique. Nesse contexto, o artigo objetiva analisar os sentidos produzidos por meio das experiências dos profissionais de saúde sobre a

implementação da estratégia do tratamento diretamente observado de curta duração para o controle da tuberculose.

MÉTODO

Aspectos éticos

Foram informados aos participantes os objetivos da pesquisa e a confidencialidade/anonimato. Para isso, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foram informados sobre o direito de abandonarem a entrevista, a qualquer momento, se assim o desejassem. Para a preservação do anonimato dos participantes, nas entrevistas utilizou-se a letra "S" representando o sujeito, seguida de letra inicial da categoria profissional (G – Gestor, M – Médico, PE – Profissional de Enfermagem, TM – Técnico de Medicina) e de um algarismo arábico que indica a sequência da realização das entrevistas. A pesquisa iniciou-se após a aprovação do protocolo pelo Comitê Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) de Moçambique no dia 3 de abril de 2014 com referência número 87/CNBS/2014 e registrado no mesmo Comitê com o número 03/CNBS/2014, de acordo com os requisitos da Declaração de Helsinque, também aprovado pelo Ministro da Saúde de Moçambique com Nota número 731/GMS/002/2014.

Tipo de estudo

É um estudo exploratório qualitativo que usa o referencial teórico-metodológico de Análise de Discurso, doravante (AD), de matriz francesa.

Referencial teórico-metodológico

AD, epistemologicamente, funda-se numa filosofia linguística, materialística e psicanalítica⁽⁵⁻⁷⁾. Compreende a linguagem como uma mediação necessária entre o ser humano e a realidade social e natural⁽⁸⁾. Nesse contexto, a AD permite compreender o processo saúde-doença por meio do sentido dimensionado "no tempo e espaço das práticas do ser humano"⁽⁸⁾. Os sentidos resultam de relação de discurso, ou seja, para que um dizer tenha um sentido precisa de ser relacionado com outros dizeres. Assim, sinaliza-se que os dizeres só produzem sentidos se inscritos em determinada formação discursiva. Compreende-se como formação discursiva aquilo que numa formação ideológica dada e em uma conjuntura sócio-histórica específica determina o que pode e deve ser dito⁽⁸⁻⁹⁾. À luz do exposto no período anterior, sublinha-se que as palavras por si só não têm nenhum sentido, porque os seus sentidos advêm das formações discursivas a que se inscrevem e, por sua vez, essas (formações discursivas) representam no discurso as formações ideológicas, o que equivale dizer que "os sentidos são determinados ideologicamente"⁽⁹⁾.

Conforme a AD, entende-se por formação ideológica “conjunto complexo de atividades e representações que não são nem individuais nem universais, mas se relacionam mais ou menos diretamente às posições de classes em conflito umas com as outras”⁽⁸⁾. Nessa perspectiva os indivíduos são interpelados em sujeitos falantes pela ideologia por meio das formações ideológicas que lhes são correspondentes⁽⁹⁾. Assim, o sujeito na AD é “linguístico-histórico constituído pela ideologia”⁽⁸⁾; em outros dizeres, o sujeito é constituído pelas posições assumidas pelo indivíduo enquanto falante.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em Moçambique, no Ministério da Saúde (nível central) e na província de Nampula (nível provincial), nos distritos de Mecubúri, Muecate, Nampula-Rapale, Ribaué, Murrupula, Meconta, Mogovolas e Monapono. A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2014.

Fonte de dados

Foram entrevistados 15 sujeitos, dentre os quais seis gestores, três médicos, quatro profissionais de enfermagem nível médio e dois técnicos de medicina. A escolha dessas categorias profissionais é justificada, dado que estão diretamente envolvidas na implementação do DOTS, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Os critérios de inclusão foram: experiência profissional há mais de um ano junto ao PNCT e encontrar-se em atividade laboral no período de coleta de dados. Assim, a seleção dos participantes se deu por meio da técnica de amostragem por conveniência e não houve nenhuma recusa para participar do estudo.

Coleta e organização dos dados

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para a coleta de dados e os itens que nortearam a entrevista foram: (i) Comente sobre a implementação de DOTS; (ii) Que barreiras são identificadas no processo de implementação do DOTS? (iii) Quais as facilidades encontradas na implementação do DOTS? (iv) Como tem sido a sua experiência em relação à implementação de DOTS? (v) Qual é a sua percepção sobre a implementação de DOTS? Os entrevistados foram contatados individualmente pelo pesquisador e foi-lhes explicado sobre os propósitos da pesquisa; caso aceitassem, era agendada uma data para a realização das entrevistas, as quais foram gravadas com recurso de um gravador digital. Todas as entrevistas foram realizadas em locais definidos por cada entrevistado, sem interferências, e tiveram a duração de 30 a 45 minutos.

Análise dos dados

Para a análise dos dados foram realizadas leituras em profundidade, onde emergiram três unidades discursivas: os procedimentos no tratamento do doente; o papel de Agente Comunitário da Saúde (ACS) e da família; as dificuldades na aplicação do DOTS. Partindo da concepção de que a AD “não procura o sentido verdadeiro, mas o real do sentido em sua materialidade linguística e histórica”⁽⁸⁾, o dispositivo analítico segue três etapas propostas por Orlandi⁽⁸⁾.

Na primeira etapa, passagem da superfície linguística para o objeto discursivo, a partir do material simbólico (entrevistas transcritas), fizeram-se várias leituras desnaturalizando-se a relação palavras-coisas, procurando-se a relação do dizer e não-dizer. Assim vislumbraram-se as formações discursivas que dominam a prática discursiva nas entrevistas. Essa etapa permitiu delimitar recortes e sequências discursivas em análise.

Na segunda etapa, do objeto discursivo para o processo discursivo, relacionaram-se as formações discursivas distintas com a formação ideológica que rege essas relações, compreendendo-se os sentidos produzidos.

Finalmente, na terceira etapa, processo discursivo (formação ideológica), fez-se um retorno às sequências discursivas que constituem o objeto de análise mobilizando-se a teoria existente sobre a temática em estudo e relacionando-se com o contexto sócio-histórico existente, fazendo-se valer, dessa forma, o princípio de que o processo de produção de sentidos está sujeito a deslizos, havendo sempre um outro que o constitui^(5,7-8).

RESULTADOS

As posições “sujeito”, “gestor”, “médico”, “profissional de enfermagem” e “técnico de medicina” a partir das suas funções profissionais remetem a uma primeira unidade discursiva: os procedimentos no tratamento do doente, mencionando algumas atribuições técnicas como integrantes das suas experiências na implementação do DOTS a exemplo do pedido de exame, da supervisão da tomada de medicamento por meio de observação direta e monitoramento contínuo do doente até o desfecho da doença:

O doente com suspeita de TB é observado numa consulta normal, é-lhe pedido o exame de Bacilo de Koch (BK). (SM1).

[...] o doente é acompanhado ao sector do PNCT. Depois de iniciar o tratamento, [...] é acompanhado diariamente. (SG2)

O recorte a seguir reforça as exigências que recaem sobre o doente no processo do seu tratamento e o papel dos profissionais como controladores do processo de tratamento:

[...] o paciente tem que vir à unidade sanitária todos os dias para levantar o medicamento, à exceção dos sábados e domingos. Aqueles pacientes que devem fazer injetáveis devem vir aos sábados para fazer injetável. (SG2)

Os entrevistados enunciam as fases do processo de acompanhamento do doente e o seu papel de vigiar e exigir o doente a cumprir com o tratamento:

Numa primeira fase nós internamos o doente. [...] aqui, ele passa para a fase ambulatorio e durante esse tempo ele visita regularmente o PNCT, porque ele deve ser observado lá a tomar os medicamentos. Depois de um mês já temos a certeza de que ele toma os medicamentos porque exigimos

que ele traga a carteira e ali avaliamos se vale a pena, se ele toma ou não em casa. (SM5)

Os profissionais de saúde mencionam como são feitas as notificações de casos de TB, sobretudo em locais onde não há condições para o rastreamento da doença:

[...] todas as unidades sanitárias com laboratório têm o sistema de notificação, mas pormenorizar a questão: aquelas unidades que não têm laboratório recebem os doentes diagnosticados pela unidade sanitária com laboratório. (STM3)

Na segunda unidade discursiva emergiu o enunciado sobre a importância dos ACS e da família na implantação e manutenção do DOTS para o tratamento da TB, porém os profissionais reconhecem as dificuldades que passam os ACS:

[...] apesar das dificuldades que temos, os ACS, eles fazem sacrifícios, trazem as amostras que localmente são processadas e posteriormente enviamos às comunidades. (SPE4)

Os profissionais de saúde para além de reconhecer a importância dos ACS e das suas dificuldades denunciam a falta de incentivos:

Os Agentes Comunitários, sim senhor, trabalham, mas nós queríamos que eles recebessem incentivos. (SPE10)

Observa-se também a menção das atividades dos ACS:

Nas nove unidades sanitárias nós não temos representantes, só temos agentes comunitários da saúde. Eles vão fazendo recolha de escarros, ou então eles organizam a população, nós vamos lá e recolhemos as amostras e fazemos a análise. (SG7)

Os entrevistados também identificam como aspectos positivos do DOTS o envolvimento da família no tratamento do paciente e a redução da internação nas unidades sanitárias, além de aumentar a adesão do paciente ao tratamento, como se pode observar nos recortes que se seguem:

[...] também o paciente estando no meio familiar ele se sente amparado e o processo de melhoria torna-se fácil. (SPE8)

Acho que essa prática é boa, porque melhora o seguimento e acompanhamento do doente no tratamento para a TB, principalmente na fase intensiva, nos primeiros dois meses. (SG10)

Quando entramos na curta duração os abandonos começaram a baixar. (SPE9)

Na terceira unidade discursiva, todos os entrevistados mencionam como dificuldades do DOTS: a falta de infraestruturas adequadas para o tratamento da TB; falta de profissionais em quantidade e qualidade; baixo rastreamento, distâncias longas entre a moradia do paciente e a unidade sanitária, e falta ou inexistência de transporte público para as populações; insuficiência de recursos financeiros e materiais e falta de incentivos aos profissionais de saúde:

[...] nas unidades sanitárias, se a memória não me trai, de 80% das unidades sanitárias do país vai-se encontrar um ou dois técnicos de saúde que devem fazer tudo o que está inerente a cuidados primários de saúde: triagens, vacinações, peso, consulta de SMI, partos e etc. (SG6)

Existem dificuldades, uma delas são as distâncias que existem, porque os pacientes levam os medicamentos e vão fazer a toma em casa e alguns pacientes vivem muito distantes. Os pacientes têm os problemas de transporte, com DOTS reduz a ida à unidade sanitária. (STM5)

A principal dificuldade é o próprio sistema de TB, começando pela infraestrutura. Em muitas das unidades sanitárias, as infraestruturas não foram devidamente desenhadas para que possa haver um controlo efetivo de infeção: compartimentos pequenos, janelas de dimensões reduzidas e pouco arejadas. (SG14)

Temos o baixo despiste de casos de BK+. (SM13)

Os profissionais também identificam como um dos problemas que inviabiliza a operacionalização do DOTS ser a falta de laboratórios:

[...] nós temos unidades sanitárias longínquas, sem laboratórios [...]. (SG11)

[...] Relacionado a isso não atingimos 60% de nossa taxa de diagnóstico. (SG12)

DISCUSSÃO

Destaca-se que os dados do estudo desvelam a compreensão das fragilidades e potencialidades do DOTS para o controle da TB, em um país com alta carga da doença. Dessa forma o discurso é transpassado por várias ideologias colocando a possibilidade de interpretações múltiplas, desde que se tenham em conta as condições de produção nas quais se gerou o discurso.

Na primeira unidade discursiva, os sujeitos profissionais de saúde identificam-se com as formações discursivas que colocam o doente na posição de sujeito incapacitado, que deve ser submetido às ordens impostas pelo serviço de saúde. Nos recortes observa-se um discurso científico-médico-persuasivo, representado pelas sequências discursivas “é observado numa consulta”; “é-lhe pedido exame”; “o doente é acompanhado, é acompanhado diariamente”; “tem que vir”; “levantar o medicamento”; “devem fazer”; “devem ir”. Os dizeres das posições dos sujeitos são formulados a partir de um imaginário segundo o qual o sujeito doente deveria submeter-se resignadamente às orientações e ordens médicas. A submissão do doente ao exame confere ao sujeito profissional um conhecimento, além de um poder sobre o doente e a sua doença. Nesse contexto, o exame encontra-se no centro daqueles processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

As marcas linguísticas “nós internamos o doente [...] aqui, ele passa para a fase ambulatorio [...]”; “ele visita regularmente; ele deve ser observado lá a tomar os medicamentos” reúnem vestígios de um discurso dominador do corpo, inscrito

numa ciência médica biológica, o que permite observar o sujeito atravessado pela memória institucional que rege que o doente deve ser controlado até a sua cura^(1,4,12). Nesse caso, o sistema do poder médico perante o doente disciplina-o. O poder de individualização tem como seu instrumento fundamental os exames que constituem como vigilância permanente, classificatória, que vai permitir distribuir os indivíduos e classificá-los⁽¹¹⁾. Nessa visão, a disciplina aplicada ao doente garante a mediatização.

O domínio sobre o doente estende-se à sequência discursiva: “já temos a certeza [...]”. Observa-se aqui a formação imaginária do sujeito acreditando que o fato de o doente tomar a medicação no primeiro mês sob observação implica a certeza do cumprimento ao tratamento. As ações de exigir a tomada de medicamentos, avaliar o doente e pedir a carteira de registro dele fazem parte das práticas inscritas na literatura que versa sobre o tratamento da TB e adesão^(1,12-13).

A sequência discursiva “todas as unidades sanitárias com laboratório têm o sistema de notificação” indicia que a notificação dos casos não é feita na sua plenitude em todos os distritos e que as pessoas examinadas em outros centros com laboratório são as que mais necessitam do exame. A sequência discursiva: “nós temos Agentes Comunitários que entregamos [...]” produz sentidos que fazem perceber que os ACS constituem a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde, pois garantem que as necessidades da população cheguem aos profissionais de saúde responsáveis de aplicação de DOTS e por outro lado transmitem as informações essenciais às comunidades⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

O sujeito reconhece a ação dos ACS: “o voluntário, sim senhor, trabalha, mas nós queríamos que ele fosse incentivado”. Ao reconhecer a ação dos voluntários, o sujeito denuncia a falta de incentivos para os ACS. Nota-se que a denúncia do sujeito está perpassada pelo interdiscurso enquanto algo já dito em algum lugar, porque se insere nos relatórios do Ministério da Saúde que têm apontado a falta de apoio material, ou seja, incentivos aos ACS pelo trabalho desenvolvido nas comunidades⁽¹⁷⁾.

Os sujeitos entrevistados entendem o DOTS como estratégia importante no controle da TB: “é boa”; “melhora o seguimento”; “os abandonos começam a baixar”. Nesse caso, os sujeitos presentificam o discurso da OMS que descreve o DOTS como essencial no aumento da detecção de casos e na redução de abandono para além do aumento da taxa de cura^(4,6,14). A família também é descrita como um dos importantes pilares no processo da cura: “[...] ele se sente amparado”. Essas marcas linguísticas discursivas indicam que a TB deve ser considerada como enfermidade socialmente determinada, o que implica o envolvimento da família e da sociedade para o seu combate, porque a família é a primeira instância de cuidados em saúde e trata-se da microestrutura que mais significância tem para o doente⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Na terceira unidade discursiva os sujeitos apresentam aquilo que consideram ser principais obstáculos no tratamento da TB. A sequência discursiva “[...] de 80% das unidades sanitárias encontra-se um ou dois técnicos de saúde [...]” denuncia a sobrecarga e a falta de profissionais de saúde que constituem um problema sério para os serviços de saúde de Moçambique⁽²⁰⁻²¹⁾. O significativo número 80% indica a gravidade da

escassez desses profissionais e de coberturas dos serviços de saúde no país.

Observa-se também a denúncia da inadequação das infraestruturas para o atendimento aos doentes da TB e consequentemente do perigo de contágio que os profissionais de saúde e outros usuários correm, como é representado pelas marcas linguísticas “[...] dificuldade é o próprio sistema de TB começando pela infraestrutura [...]”; “compartimentos pequenos, janelas de dimensão reduzidas e pouco arejadas”. Essas marcas também produzem sentidos da dificuldade do governo em cumprir as diretrizes do PNCT e das recomendações da OMS relativas aos locais do tratamento da TB que devem ser ventilados. Alguns estudos realizados em Moçambique revelaram que as diretrizes para o diagnóstico e tratamento da TB não estavam presentes em todas as instalações e poucas unidades de saúde apresentavam ventilação adequada^(4,15,19,21).

As longas distâncias e a falta de transporte foram percebidas como dificuldades. As marcas linguísticas “os pacientes vivem longe”; “os pacientes têm problemas de transporte” evidenciam um dos fatores que concorre para falta de adesão ao tratamento. Indiretamente as sequências discursivas podem indicar também o baixo rastreamento, já que os pacientes encontram dificuldade de se dirigirem à unidade sanitária para serem observados, mas também podem produzir sentidos de que o tratamento de TB nessas condições acarreta custos monetários para o paciente⁽²²⁾.

Limitações do estudo

Os resultados deste estudo são limitados devido ao fato de ser realizado a partir da experiência dos profissionais de saúde que vivenciam situações específicas perante a implementação da estratégia DOTS, e não da experiência dos adoecidos por TB.

Contribuições do estudo para área de enfermagem, saúde ou política pública

Este estudo, apesar de ter sido feito numa realidade moçambicana, traz importantes enunciações que podem ser observadas em cenários de alta carga de TB, tais como: a falta de profissionais de saúde em quantidade e qualidade, de laboratórios para detecção de casos, sobrecarga dos profissionais, distâncias longas entre a residência do paciente e a unidade sanitária, falta de transporte, significados que os sujeitos profissionais portam do que é o doente e a importância do envolvimento dos ACS e da família no processo do controle da TB. Esses dizeres agregam um conhecimento disponível na medida em que exigem o desenho de políticas que foquem a formação dos profissionais e novas práticas locais para o controle da TB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde por meio das suas experiências produzem sentidos circulantes, em seus discursos, sobre o cotidiano na implementação do DOTS e que está relacionado com as potencialidades de sucesso na cura dos doentes a partir do apoio familiar. Quanto às fragilidades, essas estão relacionadas à vigilância persuasiva e às dificuldades na redução dos casos de TB, tendo em vista o reconhecimento dos

limites do acesso e organização dos serviços de saúde, além do suporte financeiro para a manutenção motivacional dos trabalhadores e desenvolvimento satisfatório do processo de gestão e assistência aos doentes. Nesse contexto, de alta carga da TB, o tratamento da doença requer um envolvimento constante da família, da comunidade e principalmente do Estado, na criação e aplicação de políticas de formação dos recursos

humanos e melhoria de infraestruturas para além da atuação sobre os determinantes sociais de saúde.

FOMENTO

Esta pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2015[cited 2015 Oct 27]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1
2. Bos JC, Snelbakk L, Macome AC, Gomes E, Leth FV, Prins M. TB diagnostic process management of patients in a referral hospital in Mozambique in comparison with the 2007 WHO recommendations for the diagnosis of Smear-negative pulmonary TB and extrapulmonary TB. *Int Health* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 17];5(4):302-8. Available from: <http://inthehealth.oxfordjournals.org/content/5/4/302.full.pdf+html>
3. García Basteiro AL, López-Varela E, Manhiça I, Macete E, Macete E, Alonso P. Mozambique faces challenges in the fight against tuberculosis. *Lancet* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 16];383(9913):215-6. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60069-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60069-6.pdf)
4. Wikman-Jorgenson PE, Marales-Cartagena A, Llenas-García J, Pérez-Porcuna TM, Hobbins M, Ehmer J, et al. Implementation challenges of a TB programme in rural northern Mozambique: evaluation of 2012-2013 outcomes. *Pathog Glob Health* [Internet]. 2015[cited 2016 Apr 17];109(5):221-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727574/pdf/ypgh-109-221.pdf>
5. Souza KMJ, Villa ICS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in prisons: the experience of incarcerated patient. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012[cited 2016 Jun 16];21(1):17-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a02v21n1.pdf
6. Coelho MMF, Miranda KCL, Gomes AMT, Silva LC. Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. *Rev Enferm UFRJ* [Internet]. 2015[cited 2016 May 27];23(1):9-14. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a02.pdf>
7. Ernst-Pereira A, Mutti RMV. O analista do discurso em formação: apontamentos à prática analítica. *Educ Real* [Internet]. 2011[cited 2016 May 27];36(3):817-33. Available from: www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/download/18486/14344
8. Orlandi EP. Análise de Discurso: princípios & procedimentos. 11ª ed. Campinas: Pontes Editores; 2013.
9. Pêcheux M. Semântica e discurso: uma crítica à formação do óbvio. 4ª ed. Campinas: Unicamp, 2009.
10. Miriani B. Textos e conceitos fundamentais de Michel Pêcheux: uma retomada em Althusser e Lacan. *Alfa* [Internet]. 2010[cited 2016 Apr 16];54(1):113-27. Available from: <http://seer.fclar.unesp.br/alfa/article/view/2873/2647>
11. Souza LF, Barros RAL. Sociedade punitiva, morte e guerra: uma releitura a partir de Michel Foucault. *Estud Sociol*. 2015;20(38):35-6. Available from: <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/7583/5406>
12. Upleker M, Weil D, Lonnroth K, Jaramillo E, Lienhardt C, Dias HM et al. WHO's new end TB strategy. *Lancet* [Internet]. 2015[cited 2016 Jul 16];385(9979):1799-801. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)60570-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)60570-0.pdf)
13. Saifodine A, Gudo PS, Sidat M, Black J. Patient health system delay among patients with pulmonary tuberculosis in Beira City Mozambique. *BMC Public Health* [Internet]. 2013[cited 2016 May 27];13(1):559-66. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-559>
14. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 16];18(7):2147-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/30.pdf>
15. Figueiras AS, Silva ALA. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário no Brasil. *Physis* [Internet]. 2011[cited 2016 Jun 26];21(3):899-915. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/08.pdf>
16. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente Comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2011[cited 2016 May 27];16(1Supl):1023-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf>
17. García-Basteiro AL, López-Varela E, Respeito D, González R, Naniche D, Manhiça I, Macete E, et al. High tuberculosis burden among people living with HIV in Southern Mozambique. *Eur Respir J* [Internet]. 2015[cited 2016 May 27];45(2):547-9. Available from: <http://erj.ersjournals.com/content/erj/45/2/547.full.pdf>
18. Freitas IM, Crispim JA, Pinto IC, Villa TCS, Brunello MEF, Pinto PFFS et al. Knowledge and perception about tuberculosis of patients' families under directly observed treatment at a health service in ribeirão preto-sp, brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012[cited 2016 Apr 16];21(3):642-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a20.pdf
19. Writght C, Westerkamp L, Korver S, Dobler C. Community based directly observed therapy (DOT) versus clinic DOT for tuberculosis a systematic review and meta-analysis of comparative effectiveness. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2015[cited 2016 May 27];15:210. Available from: <http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/>

s12879-015-0945-5

20. Brower M, Coelho E, Mosse CD, Leth FV. Implementation of tuberculosis infection prevention and control in Mozambique. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2015[cited 2016 Apr 16];19(1):44-9. Available from: <https://doi.org/10.5588/ijtld.14.0337>
 21. Barwise K, Lind A, Bennett R, Martins E. Intensifying actions to address HIV and tuberculosis in Mozambique's cross-border mining of Health Services. *Int J Health Serv* [Internet]. 2013[cited 2016 May 27];(43)699-719. Available from: <http://joh.sagepub.com/content/43/4/699.long>
 22. Laok S, Drabo MK, Weil O, Kafond B, Dembélé SM, Dujardin B. Patient are paying too much for tuberculosis: a Direct Cost-Burden Evaluation in Burkina Faso. *PloS One* [Internet]. 2013[cited 2016 May 27];8(2):56-7. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0056752.PDF>
-