

Barreiras na detecção e notificação dos casos da tuberculose: uma análise discursiva

Obstacles in the detection and reporting of tuberculosis cases: a discursive analysis
Barreras en la detección y notificación de los casos de tuberculosis: un análisis discursivo

Fernando Mitano¹, Amélia Nunes Sicsú¹, Luciana de Oliveira Sousa¹, Rarianne Carvalho Peruhype¹,
Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterro¹, Pedro Fredemir Palha¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Mitano F, Sicsú AN, Sousa LO, Peruhype RC, Ballesterro JGA, Palha PF. Obstacles in the detection and reporting of tuberculosis cases: a discursive analysis. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):523-30. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0673>

Submissão: 18-03-2017

Aprovação: 06-08-2017

RESUMO

Objetivo: Analisar os discursos dos profissionais de saúde acerca das barreiras no processo de detecção e notificação dos casos de tuberculose em Moçambique. **Método:** Estudo exploratório qualitativo com abordagem teórico-metodológica da Análise de Discurso de matriz francesa. O estudo foi realizado em Moçambique, no ano de 2014, em três níveis: central, provincial e distrital. Fizeram parte do estudo 15 profissionais de saúde, sendo 4 médicos, 6 técnicos e 5 profissionais de enfermagem, que atuavam no Programa Nacional de Controle da Tuberculose, com mais de 1 ano de experiência. **Resultado:** Emergiram os seguintes blocos discursivos: Detecção dos casos da tuberculose em laboratórios; Subnotificação dos casos da tuberculose; Barreiras para detecção de casos de tuberculose: longas distâncias e falta de transporte; e Notificação dos casos para a tomada de decisão. **Considerações finais:** Os discursos analisados apontam para a filiação ideológica que compreende a falta de políticas de investimento no setor da saúde e do comprometimento político como barreiras basilares na detecção e notificação dos casos da tuberculose. **Descritores:** Tuberculose; Política Social; Política de Saúde; Serviço de Saúde; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze the discourses of health professionals about the obstacles in the process of detection and reporting of tuberculosis cases in Mozambique. **Method:** Qualitative exploratory study with a theoretical-methodological approach of Discourse Analysis of French matrix. The study was conducted in Mozambique in 2014 at three levels: central, provincial and district. The study included 15 health professionals, 4 physicians, 6 technicians and 5 nursing professionals, who worked in the National Tuberculosis Control Program, with more than 1 year of experience. **Result:** The following discursive blocks emerged: Detection of tuberculosis cases in laboratories; Underreporting of tuberculosis cases; Obstacles to detect cases of tuberculosis: long distances and lack of transport; and Reporting of cases for decision making. **Final considerations:** The discourses analyzed point to the ideological affiliation that includes the lack of investment policies in the health sector and the political commitment as basic obstacles in the detection and reporting of tuberculosis cases. **Descriptors:** Tuberculosis; Social Policy; Health Policy; Health Service; Nursing in Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los discursos de los profesionales de salud acerca de las barreras en el proceso de detección y notificación de los casos de tuberculosis en Mozambique. **Método:** Estudio exploratorio cualitativo con abordaje teórico-metodológico del Análisis de Discurso de matriz francesa. El estudio fue realizado en Mozambique, en el año 2014, en tres niveles: central, provincial y distrital. Quince profesionales de la salud participaron en el estudio, siendo 4 médicos, 6 técnicos y 5 profesionales de enfermería, que actuaban en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, con más de 1 año de experiencia. **Resultado:** Los siguientes bloques discursivos emergieron: Detección de los casos de la tuberculosis en laboratorios; Subnotificación de los casos de la tuberculosis; Barreras para la detección de los casos de la tuberculosis: largas distancias y falta de transporte;

Y notificación de los casos para la toma de decisión. **Consideraciones finales:** Los discursos analizados apuntan a la filiación ideológica que comprende la falta de políticas de inversión en el sector de la salud y del compromiso político como barreras básicas en la detección y notificación de los casos de la tuberculosis.

Descriptores: Tuberculosis; Política Social; Política de la Salud; Servicio de Salud; Enfermería en Salud Pública.

AUTOR CORRESPONDENTE **Fernando Mitano** E-mail: piqinamita@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma das maiores causas de morbimortalidade em países em desenvolvimento como Moçambique e, para esse país, constitui uma das doenças que mais mata⁽¹⁾. O diagnóstico consiste em uma das ações prioritárias no controle da TB, pois os doentes não diagnosticados, portanto não tratados oportunamente, são a principal fonte de transmissão da doença⁽²⁾. A detecção de casos faz parte do processo diagnóstico que vai desde a identificação do sintomático respiratório até a confirmação laboratorial. A notificação é uma ação subsequente à confirmação diagnóstica que permite um acompanhamento do agravo, visando a divulgação da informação aos órgãos de gestão a fim de auxiliar na tomada de decisão para o controle da doença^(1,3). Embora vários pesquisadores enfatizem a importância da detecção e notificação dos casos de TB para o controle da doença^(1,4-6), em Moçambique essas ações ficam muito aquém dos números estimados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁴⁾.

O país faz parte dos 30 países que contribuem com o maior número de casos de TB no mundo e está incluso no seletivo grupo de países com incidência maior que 500/100.000 habitantes⁽¹⁾. O país notificou 58.270 casos novos de TB, correspondendo a uma taxa de notificação de 233/100.000 habitantes numa população estimada em 27.216.000 no ano de 2015⁽⁵⁾. No entanto, o número de casos estimado por ano pela OMS é de 160 mil⁽³⁾, situação que mostra o não cumprimento do país das recomendações da OMS, a qual fixou a taxa de detecção de casos em 70% e a cura em 85%⁽¹⁾ se aplicado o tratamento diretamente observado de curta duração, estratégia que Moçambique começou a realizar antes de ser recomendada pela OMS em 1993. Apesar de usar essa estratégia e demonstrar esforços por parte dos serviços de saúde na tentativa de controlar a doença, o país ainda não consegue detectar e notificar a maioria dos casos existente, estando também entre os 10 países responsáveis por 77% da diferença (4,3 milhões) entre as notificações de casos novos e a incidência estimada⁽¹⁾.

Em um levantamento bibliográfico nas bases de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online*, (SciELO), *PubMed*, *Scopus* e *Africa Index Medicus*, verificou-se a escassez de estudos voltados para a detecção e notificação de casos de TB tanto no país quanto internacionalmente, reforçando a importância deste estudo, haja vista se tratar de uma temática de grande relevância.

Em Moçambique, um estudo feito sobre a detecção enfatizou a introdução do teste rápido da TB para a detecção de casos principalmente em pacientes acometidos também pelo HIV/AIDS⁽⁷⁾. Estudos feitos em vários países como Nigéria, Brasil, Afeganistão, Quênia enfatizam a detecção e a notificação de

casos em determinados grupos específicos, tais como crianças, presidiários e pessoas vivendo em zonas rurais^(6,8-10). Mas nenhum explora os discursos dos profissionais de saúde relacionados à detecção e notificação dos casos de TB.

Nesse contexto, a compreensão dos sentidos circulantes produzidos entre os profissionais de saúde com experiência no tratamento da TB pode trazer informações relevantes sobre os obstáculos da detecção e notificação dos casos em país de alta carga da doença. Assim, o estudo pode contribuir na formulação de políticas que melhorem a detecção e notificação dos casos. À vista disso, o estudo tem como objetivo analisar os discursos dos profissionais de saúde acerca dos obstáculos do processo de detecção e notificação dos casos de tuberculose em Moçambique.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética de Moçambique em abril de 2014. Outrossim, a mesma pesquisa foi aprovada e autorizada pelo Ministro de Saúde de Moçambique. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre a confidencialidade/anonimato, confirmando sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Antes do início da pesquisa, todos os participantes foram informados sobre o direito de desistirem da entrevista em qualquer momento, caso o desejassem. Com intuito de preservar o anonimato das pessoas que participaram no estudo, utilizou-se na apresentação dos resultados a letra "S" = sujeito, seguida da letra inicial referente à categoria profissional a que corresponde o entrevistado (G – Gestor, M – Médico, PE – Profissional de Enfermagem; TM – Técnico de Medicina) e de um algarismo árabe indicando a sequência da realização das entrevistas.

Tipo de estudo

Este é um estudo exploratório qualitativo que usa o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa, a qual epistemologicamente se funda em linguística, psicanálise e materialismo histórico⁽¹¹⁾.

Referencial teórico-metodológico

Este referencial teórico, cujo pioneiro é Michel Pêcheux, surgiu nos anos de 1960, na França, como corrente filosófica insatisfeita com o positivismo instalado na época, que negava a inclusão das condições de produção na análise ou interpretação dos fenômenos em estudo. As condições de produção podem ser compreendidas como os contextos histórico, social e ideológico que permeiam um discurso ao ser

produzido⁽¹¹⁻¹²⁾. Nesse sentido, a AD “destina-se a evidenciar os sentidos do discurso tendo em vista suas condições sócio-históricas e ideológicas de produção”⁽¹²⁾.

Ancorados ao enunciado supracitado, pode-se depreender que os estudos discursivos visam pensar o sentido dimensionado no tempo e no espaço das práticas do homem, descentrando a noção de sujeito e relativizando a autonomia do objeto da linguística⁽¹¹⁾. Na AD, entendem-se como sujeito as posições ocupadas discursivamente pelo indivíduo enunciatador do discurso⁽¹¹⁾. É importante salientar que os indivíduos quando discursam afiliam-se a uma determinada formação discursiva, entendida como aquilo que em determinadas condições ideológicas é dito de uma forma e não de outra. A Ideologia, por sua vez, é um efeito da relação necessária do sujeito com a língua e com a história na produção de sentidos⁽¹¹⁾. Nesse contexto, o sentido é compreendido como uma relação determinada do sujeito afetado pela língua com a história⁽¹¹⁾. Assim, com essa abordagem, pode-se compreender como os objetos simbólicos (significantes, sequências discursivas, recortes) produzem sentidos e intervêm no real do sentido.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em Moçambique, nos meses de maio a agosto de 2014, em três níveis: central, no Ministério da Saúde; provincial, na província de Nampula; distrital, em oito distritos da província de Nampula (Mecubúri, Murrupula, Muecate, Ribaué, Nampula-Rapale, Meconta, Monapo e Mogovolas).

Fonte de dados

Foram entrevistados intencionalmente pelo pesquisador principal 15 sujeitos profissionais de saúde, sendo 4 médicos, 6 técnicos e 5 profissionais de enfermagem, com faixa etária variando de 25 a 55 anos, que ocupavam as posições de gestores em diferentes níveis (central, provincial e distrital). Foram critérios de inclusão: estar trabalhando há mais de um ano em sua função no Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT); e estar em exercício de suas atividades no momento da coleta de dados.

Coleta e apresentação dos dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista com as seguintes questões norteadoras da entrevista: Quais as dificuldades enfrentadas no processo de detecção e notificação dos casos? Como é feita a notificação dos casos? Como é o fluxo da informação? As questões foram previamente testadas, e as entrevistas foram realizadas em locais definidos pelos participantes. Foram audiogravadas por meio de um gravador de voz e tiveram em média duração de 30 minutos.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas e dispensou-se a etapa de devolução das transcrições aos participantes. Para a análise dos dados, seguiram-se os passos propostos por Orlandi⁽¹¹⁾: o primeiro consistiu na passagem da superfície linguística para o objeto discursivo, em que se fez a transcrição das entrevistas

e sucessivas leituras para a identificação das ideias de referências que pertenciam aos blocos discursivos identificados. O segundo passo foi o da passagem do objeto do discurso para o processo discursivo, em que se discriminaram as sequências discursivas, significantes ou enunciados que tiveram um papel importante na criação de sentidos, tendo em conta o processo de significação. Sinaliza-se que, nessa fase, as sequências discursivas foram relacionadas com as formações discursivas distintas. No terceiro passo, processo discursivo em si (formação ideológica), retornou-se às sequências discursivas em destaque para análise, arcahouçando-se em referencial teórico sobre o assunto em estudo, num processo contínuo de discríção e interpretação.

RESULTADOS

Emergiram quatro blocos discursivos: Detecção de casos de TB em laboratórios; Subnotificação de casos de TB; Barreiras para detecção de casos de TB: longas distâncias e falta de transporte; e Notificação dos casos para a tomada de decisão.

Dificuldades na detecção de casos de Tuberculose relativas aos laboratórios

A existência de pelo menos um laboratório em cada distrito da província é indicada, por um lado, como importante no processo de detecção da TB, mas por outro como insuficiente para cobrir a demanda da população como é enunciado pelo sujeito na sequência discursiva seguinte:

Em todos os distritos pelo menos temos um laboratório, mas parece bom, mas não é assim tão bom. Vamos encontrar um distrito que diz que, [...], vamos lá, tem 100 mil km² de área com um laboratório, não é possível! (SG1)

Observa-se que o profissional de saúde, tomando a posição de gestor ao enunciar os significantes “pelo menos temos um laboratório”, produz sentidos que impelem a cogitação de que um laboratório, embora insuficiente para cobrir uma área populacional extensa, não deixa de ser importante para a detecção e notificação de casos. No entanto, os mesmos significantes de forma indireta deixam vestígios de haver vários casos que não estão sendo detectados e conseqüentemente notificados para o sistema nacional de saúde de Moçambique.

A conjunção adversativa “mas” presente no discurso valorativo (bom e não tão bom) na sequência discursiva “mas parece bom, mas não é assim tão bom” deixa a pista de haver duplo sentido circulante, um que enfoca o aspecto positivo da existência de um laboratório em cada distrito, outro que enfatiza a necessidade de mais laboratórios dentro dos distritos, porque os existentes (um para cada distrito) não são suficientes. Essa situação conduz à necessidade de aumentar os laboratórios no âmbito distrital.

A partir da sequência discursiva “vamos lá, tem 100 mil km² de área com um laboratório, não é possível!”, pode-se identificar um discurso da geografia física, indiciando a incapacidade de um laboratório cobrir uma área extensa que ocupe cerca de 100 mil km². Sublinha-se que, embora esse número (100 mil) tenha sido enunciado ao acaso, no

momento do discurso, ele originou-se da representação do inconsciente, mas que sugere a grandeza do território ocupado pelos distritos de Moçambique.

Sobre os laboratórios, emergiu um discurso que focaliza a dificuldade de aquisição de microscópio, instrumento de medida imprescindível para a detecção da TB em pacientes:

A principal dificuldade [...] desses laboratórios para a TB está relacionado com a aquisição do instrumento que é o microscópio, neste caso vamos falar da rede de microscopia que é menos disponível, sem mencionarmos as novas tecnologias que são ainda mais incipientes. [...] a dificuldade é fazer a manutenção destes instrumentos. A manutenção geralmente não é local, quando avaria é preciso levar o microscópio para a província e se necessário pedir-se um outro [...]. (SG3)

A partir da sequência discursiva “a principal dificuldade [...] desses laboratórios [...] está relacionado com a aquisição do instrumento que é o microscópio”, observa-se a posição-sujeito inscrevendo-se em formação discursiva lamuriosa que enfoca de forma denunciativa a dificuldade dos laboratórios funcionarem normalmente. Igualmente, os mesmos dizeres instigam a pensar que, embora haja edifícios instituídos como laboratórios, estes funcionam com dificuldades, porquanto a aquisição do “microscópio” tem constituído um problema. Outro dizer que indicia a falta de cobertura laboratorial e do microscópio encontra-se presente nesta sequência: “rede de microscopia que é menos disponível, sem mencionarmos as novas tecnologias que são ainda mais incipientes”. Essa sequência discursiva impele a cogitar que os instrumentos para avaliação diagnóstica utilizados são escassos. Os significantes “a dificuldade é fazer a manutenção destes instrumentos”, sugere a falta de profissionais treinados para a manutenção do microscópio no nível distrital, o que obriga os responsáveis a levarem ao nível provincial: “é preciso levar o microscópio para a província”.

Ainda no rol das dificuldades, os sujeitos (d)enunciam os laboratórios como não sendo adequados para a detecção da TB:

[...] o controlo da infecção, porque em muitos laboratórios funciona um compartimento pequeno mal arejado, não é possível fazer o processamento das amostras de TB enquanto se estiver a fazer outro tipo de atividade: colheita de amostra de outros pacientes enquanto está a se processar a amostra da TB, não é possível. Então temos também problema com o próprio local físico, onde funciona o laboratório não permite que se faça processamento de amostra em alguns locais durante todo o dia. (SM4)

A partir da sequência discursiva “[...] em muitos laboratórios funciona compartimentos pequenos, janelas de dimensão reduzidas e poucas arejadas”, notabiliza-se que a posição-sujeito se inscreve em formações discursivas as quais apontam a questão da infraestrutura como um obstáculo para a notificação e tratamento da TB. Nesse contexto, sinaliza-se, nesses dizeres, a denúncia de infraestruturas impróprias para a detecção e processamento do material biológico para análise de TB. Os mesmos dizeres (d)enunciam a ineficiência da detecção dos casos e de biossegurança, expondo os profissionais de saúde e os usuários do serviço de saúde a um

ambiente propício para o contágio. A sequência produz ainda sentidos que impelem a cogitar que o governo está encontrando dificuldades em cumprir com as diretrizes do PNCT e das recomendações da OMS relativas aos locais para realização da coleta da amostra de escarro, a qual deve ser realizada em um local arejado, ao ar livre, além de infringir as normas de Biossegurança para o processamento de amostras biológicas. Essas denúncias são caracterizadas pelos adjetivos “pequeno”, “reduzida” e advérbio de quantidade “poucas”.

Subnotificação de casos da Tuberculose

A baixa detecção e notificação dos casos de TB, sobretudo em crianças, emergem como pauta principal nos recortes discursivos que se seguem, onde os sujeitos se inscrevem em formações discursivas que focalizam a subnotificação dos casos como entrave tanto para o sistema de notificação quanto para o tratamento da TB.

A dificuldade é de pesquisa, primeiro de diagnóstico, segundo de seguimento, sobretudo na zona sul do distrito, nós temos lá três unidades sanitárias com laboratório perto. Os doentes que nós tratamos lá, até vêm de outros distritos. (SG11)

A falta de insumos tem contribuído também para o baixo rastreamento porque não é possível fazer rastreamento de TB sem essas questões [...] nós também sentimos é ainda o baixo rastreamento em maior parte dos distritos, o baixo rastreamento de casos de BK+ e a situação de, não sei [...] diria subnotificação da TB pediátrica, ainda está tendo problemas em muitos distritos, baixa notificação de TB em crianças, sabemos que diagnóstico em crianças é difícil. (SM2)

Os significantes “a dificuldade é de pesquisa”, tendo em conta as condições de produção, produzem vários efeitos de sentidos que funcionam e significam. Dentre eles, salienta-se a falta de profissionais e meios adequados para a detecção da TB e a falta de estudos que tragam evidências as quais recomendem práticas de saúde que concorram para o controle da TB.

É notória a denúncia feita pela posição-sujeito profissional de saúde: “a falta de insumos tem contribuído também para o baixo despiste”. Essa sequência discursiva sugere a existência de dificuldades de diagnóstico; de controle da TB; a falta de implementação de uma política capaz de controlar a TB e de um sistema de detecção e notificação que espelha a realidade dos casos existentes. Nessas condições de produção, a sequência permite pensar que essas dificuldades se tornaram cíclicas interferindo negativamente no controle da TB no país.

É notório que os dizeres “baixa notificação de TB em crianças; sabemos que diagnóstico em crianças é difícil” e “a TB infantil os meios de investigação não são suficientes” deixam nas suas entrelinhas a possibilidade de considerar que os sujeitos (d)enunciam não só a baixa detecção de casos em crianças mas também em adultos.

Barreiras para detecção dos casos de Tuberculose: longas distâncias e a falta de transporte

Os profissionais de saúde (d)enunciam a falta de transporte e as distâncias longas percorridas pelos pacientes à procura dos

cuidados de saúde como uma das situações que influencia negativamente na detecção e notificação dos casos da TB como se pode depreender a partir dos recortes discursivos seguintes:

As dificuldades maiores são muitas [...] principalmente a de transporte. (SG13)

O principal problema é de transporte como chegarmos às unidades quando as nossas vias de acesso são estragadas? (SPE5)

Nós sabemos que na realidade moçambicana a maior parte dos habitantes moram, fala-se de aproximadamente 40 a 45% de habitantes que moram mais de 8Km da unidade sanitária mais próximo. (SPE6)

[...] uma delas são as distâncias, e alguns pacientes vivem muito distantes. (STM15)

Acrescido ao problema das distâncias está a falta de laboratórios, a qual exige que o paciente procure pela unidade de saúde com condições para realizar o exame de TB:

As pessoas vão ao hospital, não tem laboratório, são indicados para irem a outras unidades sanitárias, mas os doentes não têm dinheiro para o transporte. (STM8)

Observa-se que os sujeitos profissionais de saúde se inscrevem em formações discursivas do discurso lamurioso que enfoca a falta de transporte como um dos obstáculos no controle da TB e da detecção dos casos. Sinaliza-se também que essa falta de transporte é associada a outras faltas: “as dificuldades maiores são muitas”. Essa sequência discursiva, considerando as condições sócio-históricas, econômicas e ideológicas de Moçambique, instiga a pensar que a falta de meio de transporte não se resume simplesmente a carros, ônibus, mas a outros meios conhecidos pela população como são os casos de bicicletas e motos, que constituem principais meios de locomoção da população.

O significante “muitas”, que se insere no campo semântico da “quantidade”, produz um sentido silenciador da quantidade e profundidade de dificuldades enfrentadas pelos sujeitos profissionais de saúde.

A sequência discursiva “como chegarmos às unidades quando as nossas vias de acesso são estragadas?” apela a uma introspecção tanto singular quanto coletiva sobre o fenómeno transporte e deixa indícios de que seu problema não está somente relacionado à sua falta, mas também às péssimas condições das estradas, que agravam a dificuldade de acessibilidade às unidades de saúde.

A sequência discursiva em destaque “e alguns pacientes vivem muito distantes” produz sentidos indiretos da dificuldade dos sujeitos acometidos pela TB em acessar as unidades sanitárias; do diagnóstico tardio; e da dificuldade de controle da TB.

A denúncia da realidade geodemográfica encontra-se representada na seguinte sequência discursiva: “nós sabemos que na realidade moçambicana”. O significante “nós” produz o sentido de que todos os moçambicanos sabem que uma boa parte deles vive longe da unidade de saúde. Nas marcas linguísticas “moram há mais de 8 km”, observa-se o sujeito

assujeitado pela sua ideologia e perpassado por uma experiência sócio-histórica. Nesse caso, a sequência produz o sentido de que pessoas vivendo há mais de 8 km apresentam dificuldades desde a identificação dos sintomas até ao tratamento da doença. Essa situação requer um desenho de políticas que possa ajudar a reduzir as distâncias que impedem a detecção e consequente notificação dos casos.

A “voz” de “longas distâncias” volta a aparecer na sequência discursiva “tem unidades sanitárias longínquas, sem laboratórios”. As marcas linguísticas discursivas “longínquas sem laboratório” deixam evidências e uma produção de sentidos da falta de detecção e de cuidados aos adoecidos e suspeitos de TB.

Notificação dos casos para a tomada de decisão

A partir dos recortes que se seguem, observa-se a denúncia de como a informação é compilada.

Existem livros de registro nas [...] unidades sanitárias e depois cada unidade sanitária compila as informações segundo o modelo do Ministério, então temos a reunião e compilamos os dados numa ficha resumo, tanto em compilação manual e eletrónico e levamos a província para planificação. (SM10)

Sinaliza-se no recorte acima que as ações de compilar as informações numa ficha manual ou eletrônica sugerem tanto o registro duplo que pode garantir a conservação dos dados quanto o processo incipiente do uso de meios eletrônicos que estão sendo introduzidos nesses distritos pertencentes à zona rural de Moçambique. Os significantes “levamos a província para a planificação” levam a compreender que a informação sobre a notificação dos casos auxilia na tomada de decisão para o planejamento das atividades sobre a notificação da TB.

A partir da sequência discursiva abaixo, observa-se que o sistema de informação de notificação dos casos parece ter a finalidade de controlar o desempenho dos profissionais de saúde e não de dar a real situação da TB nos distritos e na província como se pode depreender:

Mas trimestralmente a unidade sanitária periférica é [...], compila os dados [...], envia-os ao nível distrital e [...] envia para a província. Esta recebe analisa e dá retroinformação do que tem que ser acertado e depois envia ao nível central em DOTS e outras áreas de TB. Depois disso, dentro de 45 dias o nível central tem que dizer às províncias qual é a retroinformação em termos de desempenho, o que ocorreu bem ou não e como deve melhorar. (SPE14)

A partir da sequência discursiva “mas trimestralmente a unidade sanitária periférica é [...], compila os dados [...], envia-os ao nível distrital e [...] envia para a província”, depreende-se que a posição-sujeito, interpelada pela ideologia e pelo interdiscurso, enquanto o já-dito, inscreve-se em uma formação discursiva que enfoca a comunicação ascendente e descendente como aspectos inscritos institucionalmente no processo de notificação dos casos de TB. A ação de enviar informação ao distrito e à província produz sentidos que significam uma comunicação ascendente, que parte da base para os responsáveis.

Por outro lado, observa-se uma comunicação descendente simbolizando normas, ordens e ao mesmo tempo produzindo um sentido valorativo e avaliativo, ou seja, as informações que constituem o feedback ao mesmo tempo servem para, avaliar, qualificar e valorizar o desempenho dos funcionários: “o nível central tem que dizer as províncias qual é a retroinformação em termos de desempenho, o que ocorreu bem ou não e como deve melhorar”. A sequência discursiva “dá retroinformação do que tem ser acertado” (d)enuncia o discurso controlador investido de um paradigma dominador, valorativo.

Pode-se compreender, a partir do enunciado a seguir, que o fluxo de informação relativa a notificação tem tido algumas dificuldades.

No entanto, este fluxo tem tido irregularidades, infelizmente não se processa dentro desses períodos, porque existe uma elevada rotatividade dos recursos humanos em TB. É um programa difícil de gerir e muitas vezes as pessoas que são colocadas como gestoras distritais em menos de 2 anos têm que mudar. Então, tem que haver nova formação de RH e adaptação. Então o tempo que a informação leva do distrito para a província e a província retificar, sobretudo há gestores distritais novos, e para chegar aqui leva seu tempo. E chegados aqui, ao nível central, também tem seus erros. Temos que fazer a retroinformação a pedir que olhe para certos dados dos distritos A ou Z não estão corretos e isso acaba levando mais de 45 dias. (SG12)

As sequências discursivas “este fluxo tem tido irregularidades; não se processa dentro desses períodos”, nessas condições de produção, denuncia o não cumprimento do envio de informações aos níveis superiores. Esses mesmos dizeres trazem um paradigma indiciário que sugere a falta de uso da tecnologia moderna para a veiculação fluida das informações relativas à notificação, indicando que a informação só chega à província com o deslocamento dos responsáveis das unidades de saúde. A sequência discursiva “existe uma elevada rotatividade dos RH em TB” indicia uma coordenação defasada entre os responsáveis do PCT da província e os gestores do RH responsáveis pela movimentação dos profissionais de saúde, como é evidenciado nos seguintes dizeres: “é um programa difícil de gerir e muitas vezes as pessoas que são colocadas como gestoras distritais em menos de 2 anos têm que mudar”. Nesse sentido, esses dizeres fazem considerar a necessidade de formar profissionais para atuar no controle da TB, mas que possam atuar especificamente nessa área e por longos períodos e, caso sejam transferidos, lhes seja dada a possibilidade de continuar atuando na área e contribuindo com as ações de controle da TB em outros locais. Também, os significantes “difícil de gerir” sugerem um sistema de saúde com dificuldades de articular os vários programas existentes.

DISCUSSÃO

Neste estudo, realizou-se uma análise discursiva sobre os obstáculos no processo de detecção e notificação dos casos de tuberculose em Moçambique. Nesse contexto, a partir dos fragmentos aprestados, constituem achados do estudo: a baixa detenção dos casos da TB está relacionada com a falta de

recursos materiais, humanos e de transporte; com o inadequado sistema de notificação e informação; e com a falta de políticas que focalizem a resolução do problema da TB e de infraestruturas adequadas.

No primeiro bloco discursivo, observa-se que o profissional de saúde (SG1), tomando a posição de gestor, é interpelado pelos sentidos circulantes ancorados no discurso de que Moçambique é um dos países com problemas críticos de laboratórios, infraestruturas e de tecnologias modernas^(1,13). A falta de laboratórios suficientes na África Subsaariana, da qual Moçambique faz parte, compromete seriamente a detecção e notificação dos casos da TB^(1,8,13). Ressalta-se que essa realidade também está presente em outros países com alta carga de TB, como Nigéria, África do Sul e Zimbábue⁽¹⁾.

A taxa de notificação em Moçambique permanece em apenas 34%, tornando-se preocupante uma vez que impossibilita conhecer a verdadeira magnitude da doença⁽¹³⁾. A taxa de detecção de casos de TB em todo mundo se estagnou em cerca de 60%, não atingindo a meta de 70% inicialmente prevista para o ano de 2000⁽¹⁾.

Os sentidos produzidos pelo discurso do sujeito SG3 relativos à dificuldade de funcionamento e de cobertura dos laboratórios e escassez de instrumento de avaliação e profissionais treinados apontam para a necessidade de elaboração de políticas que enfoquem o financiamento suficiente para essa atividade e a formação e qualificação dos técnicos, visando dessa forma o aumento da notificação dos casos. A literatura ressalta que os gestores precisam enviar esforços a fim de captar mais recursos para a realização de ações e para obter novos conhecimentos⁽¹⁾, os quais têm sido de grande importância na detecção e notificação dos casos⁽¹³⁾. Um estudo realizado em Moçambique revelou que os profissionais de saúde ainda apresentam dificuldades de conhecimento sobre as características do paciente, diagnóstico e tratamento de TB⁽¹⁴⁾, situação que faz pensar na necessidade de capacitação constante dos profissionais nessa temática.

A infraestrutura é outro fator importante na detecção e notificação dos casos. Em locais onde a mesma é deficiente e escassa, a detecção e notificação dos casos têm se mostrado também ineficientes, o que requer o desenho de políticas que focalizem a construção de infraestruturas adequadas para o tratamento da TB^(1,7-8,10).

As condições inadequadas em relação à biossegurança (d) enunciadas pelo sujeito SM4 também foram relatadas em outro estudo realizado em Moçambique, o qual revelou que as diretrizes para o diagnóstico e tratamento da TB não estavam presentes em todas as instalações, e poucas unidades de saúde apresentavam ventilação⁽¹⁵⁾.

Ainda no rol das dificuldades na detecção e notificação de casos, o discurso do sujeito SG11 sinaliza para a necessidade de investigação operacional, uma vez que proporcionará melhores estimativas da incidência da doença e identificará falhas de programas e áreas prioritárias para a ação⁽¹⁶⁾.

A baixa notificação em crianças sinalizada no discurso do sujeito SM2 espelha a insuficiência de meios não só para o controle da TB, mas também de outras doenças, o que tem sido recorrente em Moçambique⁽¹⁾. Nas condições de produção ideológicas que permeiam a TB, a notificação de casos de

crianças está relacionada ao fato de que dificuldades naturais inerentes ao próprio diagnóstico em crianças requerem ainda maior atenção por parte dos profissionais⁽¹⁾. Outrossim, a TB na infância continua a ser negligenciada, e a falta de estimativas para a infância perpetua e amplia o problema⁽¹³⁾. Essas dificuldades de diagnóstico em crianças também se prendem ao aumento da prevalência do HIV em crianças⁽¹⁶⁾.

A partir do discurso do SG13, nota-se que o sujeito não podia falar de todas as dificuldades enfrentadas e, “aproveitando” do furo da linguagem, enunciou o advérbio (muitas) que, para além de silenciar, também pode produzir o sentido de recalçamento. Vale mobilizar o argumento de Foucault: “Sabe-se bem que não se tem direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa”⁽¹⁷⁾. Nessas condições de produção, as dificuldades “passaram” para o âmbito de hábitos e costumes, que, pelo fato de nunca terem sido resolvidas, deixaram de constituir novidade, portanto não faziam parte de preocupações nem emergentes muito menos urgentes a ponto de o sujeito não achar necessário mencionar. Nesse contexto, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde contribuem para o diagnóstico tardio e tratamento da doença e retardam a notificação dos casos⁽¹⁸⁾.

Os dizeres dos SG13, STM15 e STM 8 deixam vestígios de que a falta de transporte e as longas distâncias associadas à não existência de laboratórios levam ao aumento da propagação da doença e a maiores custos para os pacientes em tratamento⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Do mesmo modo, a falta de transporte é apontada por alguns autores como entrave na adesão ao tratamento⁽²¹⁾; e, em um contexto como o de Moçambique, onde o transporte é um problema sério e onde os casos notificados anualmente são menos que os estimados⁽¹⁴⁾, a mobilização de vários setores como educação, saúde e transporte para o controle da TB pode ser importante no aumento de detecção e notificação dos casos⁽²¹⁾. Uma revisão do sistema de detecção e notificação deve ser feita privilegiando-se o aumento de laboratórios e de profissionais qualificados, bem como um duplo registro de casos que garanta a validade de informação para além da modernização dos meios de registros. Isso permitirá que o nível provincial tenha acesso imediato às informações, o que requer o uso de internet e outros meios tecnológicos mais modernos em todas as unidades de saúde⁽²²⁾.

A partir dos discursos de SG12 e SPE14 sobre a forma como a informação circula, sinaliza-se um discurso controlador investido de um paradigma dominador e valorativo, sugerindo, dessa forma, que as informações fornecidas estão vinculadas à obrigatoriedade e não necessariamente ao cumprimento das normas de notificação⁽¹⁷⁾. Essa situação requer uma nova estratégia de veiculação de informação e da discussão da mesma

para o uso comum; isso permitirá que o registro padronizado de dados, a compilação dos mesmos e sua análise possam ser usados nas unidades de saúde para monitorar os resultados do tratamento no nível distrital, com vistas a identificar os problemas locais que possam surgir no nível provincial ou nacional e a fim de assegurar de forma consistente o controle da TB^(1,13).

Limitações do estudo

A realização do estudo com apenas alguns profissionais de saúde (gestores, médicos, profissionais de enfermagem e técnicos de medicina), deixando de lado os laboratoristas, os Agentes Comunitários de Saúde, os doentes e a comunidade, pode ser apontada como possível limitação do estudo, porque traz apenas as experiências de alguns e não de todos os envolvidos no processo de detecção e notificação dos casos da TB.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

A partir dos dizeres dos sujeitos envolvidos no estudo pode-se depreender que a pesquisa traz importantes discussões: dificuldades de detecção de casos, falta de transporte, longas distâncias, subnotificação — situações que podem ser verificadas não só em Moçambique, mas também em outros países com alta carga da TB. É de sinalizar que os dizeres, que se constituem em achados, têm grande contribuição tanto para área de enfermagem quanto para a saúde pública em geral, porque, além de agregarem conhecimento, contribuem para a elaboração de políticas que possam focalizar a detecção de casos, o tratamento e a melhoria dos sistemas de informação, que constituem elementos à tomada de decisão para o controle da TB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do material simbólico analisado, sinaliza-se que os discursos apontam para a filiação ideológica que compreende a falta de políticas de investimento no setor da saúde e do comprometimento político, tomadas essas ausências como barreiras basilares na detecção e notificação dos casos da tuberculose, o que é *presentificado* pela insuficiência de microscópios e dos recursos humanos, distâncias longas, dificuldades de comunicação, entre outros fatores. Essa situação exige uma concepção de políticas e a aplicação das mesmas de forma a reverter o quadro atual da TB desse país.

FOMENTO

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

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO. Global Tuberculosis control: 2016[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016[cited 2016 Dec 13]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011

3. Fátima R, Harris RJ, Enarson DA, Hinderaker SG, Qadeer E, Ali K, et al. Estimating tuberculosis burden and case detection in Pakistan. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2014[cited 2016 Sep 15];18(1):55–60. Available from: http://ntp.gov.pk/uploads/TB_prevalence_Pakistan_IJTLD-2014.pdf
4. Oshi DC, Chukwu JN, Nwafor CC, Meka AO, Madichie ON, Ogbudebe CL, et al. Does intensified case finding increase tuberculosis case notification among children in resource-poor settings? a report from Nigeria. *Int J Mycobacteriol* [Internet]. 2016[cited 2016 Oct 10];5(1):44-50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212553115001612>
5. Rocha MS, Aguiar FD, Oliveira GP, Saraceni V, Coeli CM, Pinheiro RS. Confiabilidade do desfecho do tratamento, usando linkage de bases de dados para a tuberculose. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2015[cited 2016 Sep 1];23(2):150-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-150.pdf>
6. Avilov KK, Romanyukha AA, Borisov SE, Belilovsky EM, Nechaeva O, Karkach AS. An approach to estimating tuberculosis incidence and case detection rate from routine notification data. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2015 [cited 2016 Out 17];19(3):288–94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25686136>
7. Cown J, Michel C, Manhiça I, Monivo C, Saize D, Creswell J, et al. Implementing rapid testing for tuberculosis in Mozambique. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2015[cited 2016 Sep 25];93(2):125-30. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/2/14-138560.pdf>
8. Hoog AHV, Laserson KF, Githui WA, Meme HK, Agaya JA, Odeny LO, et al. High prevalence of pulmonary tuberculosis and inadequate case finding in Rural Western Kenya. *Am J Resp Crit Care Med*[Internet]. 2011[cited 2016 Nov 18];181(9):45-1253. Available from: <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201008-1269OC>
9. Valencia MS, Cezar-Vaz MR, Bruns CB, Silva PEA. O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. *Cienc Saúde Colet*[Internet]. 2016[cited 2016 Sep 28];21(7):2111-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2111.pdf>
10. Sanale A, Mergentheiler C, Nasrat A, Seddlq MK, Mohmodi SD, Stevens RH. An evaluation of passive and active approaches to improve tuberculosis notifications in Afghanistan. *PLoS One* [Internet]. 2016[cited 2016 Sep 23];11(10):e0163813. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5049786/pdf/pone.0163813.pdf>
11. Orlandi EP. *Análise de Discurso: princípio & procedimentos*. 11ª ed. Campinas: Pontes Editores; 2013.
12. Fernandes CA. *Análise do Discurso: Reflexões introdutórias*. 2ª ed. São Carlos: Claraluz, 2008
13. Ibanês AS, Carneiro Jr N. Panorama internacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle de TB. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2013[cited 2016 Dec 10];38(1):25-32. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2013/v38n1/a3661.pdf>
14. Noé A, Ribeiro RM, Anselmo R, Maixenchs M, Sitole L, Mungambe K, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis care among health workers in Southern Mozambique. *BMC Pulmonary Med*[Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 23];17:2. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5217625/pdf/12890_2016_Article_344.p
15. Brouwer M, Coelho E, Mosse CD, Brondi L, Winterton L, Leth FV. Health Care Workers Challenges in the implementation prevention and control Measures in Mozambique. *Plos One* [Internet] 2014[cited 2016 Dec 3];9(12):e114364. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0114364&type=printable>
16. García-Basteiro AL, Lopes-Varela E, Manhiça I, Macete E, Alonso PL. Mozambique faces challenges in the fight against tuberculosis. *Lancet*[Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 30];383:214-6. 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)
17. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 42ª ed. Petropolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
18. Trébuçq A, Schwoebel V. Numbers of tuberculosis cases dreams and reality. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2016[cited 2016 Oct 30];20(10):1288-92. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2016/00000020/00000010/art00007>
19. Hiatt T, Nishikiori N. Epidemiology and control of tuberculosis in the Western Pacific Region: update with 2013 case notification rate. *WPSR* [Internet]. 2016[cited 2016 Oct 27];7(2):41–50. Available from: <http://ojs.wpro.who.int/ojs/index.php/wpsar/article/view/416/668>
20. Boss JC, Smalbraak L, Macome AC, Gomes E, Leth FV, Prins JM. 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 Oct 11];5(4):302-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24130098>
21. Cardoso GCP, Cruz MM, Abreu DMF, Decotelli PV, Chrispim PPM, Borenstein JS, et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*[Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 20];20(2):203-10. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_203-210.pdf
22. Laokris S, Drabo MK, Weil O, Kafando B, Dembélé SM, Dujardin B. Patients are paying too much for tuberculosis: a direct cost burden evaluation in Burkina Faso. *Plos One* [Internet]. 2013[cited 2016 Nov 10];8(2):e56752. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581516/pdf/pone.0056752.pdf>