

ANÁLISE DO DISCURSO DE GESTORES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

SPEECH ANALYSIS OF THE MANAGERS OF LEPROSY CONTROL PROGRAM

ANÁLISIS DEL DISCURSO DE GERENTES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LEPROSÍA

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho¹

Clélia Albino Simpson²

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda¹

Tatiane Aparecida Queiroz¹

Felismina Rosa Parreira Mendes³

Pablo Ramon da Silva Carvalho⁴

(<https://orcid.org/0000-0003-1539-4412>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4960-8589>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8648-811X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8824-1161>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0671-0666>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5036-1715>)

Descritores

Hanseníase; Doenças negligenciadas; Promoção de saúde; Políticas públicas; Gerente de saúde

Descriptors

Leprosy; Neglected diseases; Health promotion; Public policy; Health manager

Descriptores

Enfermedad de hansen; Enfermedades desatendidas; Promoción de la salud; Políticas públicas; Gerente de salud

Recebido

26 de Maio de 2020

Aceito

11 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

manuscrito extraído da tese, Programa de Controle da Hanseníase no Rio Grande do Norte: Análise na Perspectiva da Promoção da Saúde, 2016, programa de pós-graduação stricto sensu em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Autor correspondente

Pablo Ramon da Silva Carvalho
E-mail: Enfpablocarvalho@outlook.com

RESUMO

Objetivo: Analisar o discurso dos gestores do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH).

Métodos: Estudo descritivo, qualitativo, de abordagem discursiva. Os coordenadores dos pólos da PNCH do Rio Grande do Norte (RN), os coordenadores regionais e o coordenador estadual compuseram a população, foram incluídos aqueles com vínculo com o serviço por pelo menos seis meses, 12 gestores foram considerados adequados como amostra. O material empírico, coletado de novembro de 2015 a junho de 2016, foi analisado por meio da análise do discurso.

Resultados: os enunciadores construíram discursos em torno de dois eixos: a questão dos médicos, com ênfase no centro de atenção à saúde, e a questão da gestão, apoiada nos princípios burocráticos com componentes legados do regime autoritário, tendo, ambos os eixos, influência do modelo sanitário/ativista.

Conclusão: Entende-se que o PNCH pode melhorar a partir da profissionalização da gestão e da ênfase na promoção da saúde e no trabalho em equipe.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the discourse of the managers of the National Leprosy Control Program (NLCP).

Methods: A descriptive and qualitative study with a discursive approach. The coordinators of the NLCP host cities of Rio Grande do Norte, the regional coordinators and the state coordinator composed the population, which included those with bond to the service for at least six months, 12 managers were considered suitable as a sample. The empirical material, collected from November 2015 to June 2016, was investigated through discourse analysis.

Results: The enunciators built speeches around two axes: the subject of the physicians, emphasizing the center of Health Care, and the subject of management, supported by the bureaucrats principles with legacy components of the authoritarian regime, with both axes having influence of the sanitary/activist model.

Conclusion: It is understood that the NLCP can improve from the professionalization of management and the emphasis on health promotion and teamwork.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo analizar el discurso de los gerentes del Programa Nacional de Control de la Lepra (PNCL).

Métodos: Estudio descriptivo e cualitativo con enfoque discursivo. Los coordinadores de las ciudades sede del PNCL en Rio Grande do Norte (RN), los coordinadores regionales y el coordinador estatal componían la población, se incluyeron aquellos con vínculos al servicio durante al menos seis meses, 12 gerentes se consideraron adecuados como muestra. El material empírico, recopilado desde noviembre de 2015 hasta junio de 2016, fue investigado mediante análisis del discurso.

Resultados: Los enunciadores formularon discursos en torno a dos ejes: la cuestión de los médicos, con énfasis en el centro de atención de la salud, y la cuestión de la gestión, respaldada por principios burocráticos con componentes heredados del régimen autoritario, con ambos ejes influenciados por el modelo sanitario/activista.

Conclusión: Se entiende que el PNCL puede mejorar en función de la profesionalización de la gestión y el énfasis en la promoción de la salud y el trabajo en equipo.

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

³Universidade de Évora, Évora, Portugal.

⁴Universidade Potiguar, Natal, RN, Brasil.

Como citar:

Carvalho FP, Simpson CA, Miranda FA, Queiroz TA, Mendes FR, Carvalho PR. Análise do discurso de gestores do programa de controle da hanseníase. *Enferm Foco*. 2021;12(1):54-60.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3913

INTRODUÇÃO

O Rio Grande do Norte apresenta incidência de 7,26 para hanseníase e uma prevalência de 0,69 segundo a Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do Ministério da Saúde (MS) em 2018,¹ o que o coloca em uma posição de evidência no Nordeste no que concerne a este agravo.

Entre os anos de 2014 a 2017 todos os indicadores epidemiológicos e operacionais da Hanseníase no estado foram considerados de regulares a precários pela SVS/MS,⁽¹⁾ o que corrobora para a existência de pontos nevrálgicos na condução do Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH).⁽²⁾

No que concerne a hanseníase, a avaliação dos serviços de saúde é imprescindível por se tratar de um agravo prioritário na política de saúde do Brasil, necessitando de ações que visem o fortalecimento da atuação da Atenção Primária de Saúde (APS),⁽³⁾ de modo que a organização do processo de trabalho seja descentralizado, alicerçado às diretrizes de regionalização, assim como aos princípios de integralidade.⁽⁴⁾

Para tal, é importante assegurar os padrões operacionais, logísticos, econômicos e éticos que estão relacionados ao reconhecimento e seguimento dos contatos, como revelação do diagnóstico precoce, capacitação dos profissionais da rede de atenção à saúde e análise de custo e efetividade das ações empregadas.⁽⁵⁾ O financiamento desses parâmetros é outro ponto necessário para que a APS tenha seu funcionamento integral, garantido mediante financiamento tripartite, convencionado para exercer suas respectivas ações.⁽⁶⁾

O Rio Grande do Norte, dividido em oito regiões administrativas e com seis Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAP) difundidas em seu território, apresenta elevado potencial de proporcionar apoio institucional aos 167 municípios que compõem esta Unidade de Federação,⁽⁷⁾ no entanto, no que diz respeito ao PNCH, os resultados encontrados pela SVS/MS indicam visivelmente dificuldades em se desenvolver um trabalho voltado para a promoção da saúde da população. Diante disso, o objetivo deste artigo é analisar o PNCH no Rio Grande do Norte na perspectiva de gestores e a articulação com as características e princípios que norteiam a Promoção da Saúde.

MÉTODOS

Este artigo é parte integrante do estudo "Programa de Controle de Hanseníase no Estado do Rio Grande do Norte: análise na perspectiva da promoção da saúde" e se caracteriza como descritivo, qualitativo, de abordagem discursiva. Adota como estratégia teórico-metodológica a

concepção de avaliação em saúde como um processo que pode ser explicativo onde o "porquê" é melhor do que a simples avaliação de "bom e "ruim", de modo que os sujeitos envolvidos com a intervenção avaliada possam utilizá-la no sentido de melhorar sua prática diária.⁽⁸⁾

Os coordenadores municipais do PNCH das cidades-polo das oito regiões administrativas do RN, os coordenadores do PNCH das seis URSAP e o coordenador estadual do programa seriam a população, porém, em duas cidades-polo os gestores se recusaram a conceder a carta de anuência, ficando apenas seis, e um dos coordenadores regionais não concedeu entrevista. Os critérios de inclusão foram a vinculação do profissional ao serviço pesquisado por pelo menos seis meses e a disponibilidade para contribuir com a pesquisa, atenderam a estes critérios 12 gestores, sendo cinco das URSAP, seis das cidades-polo e o coordenador estadual.

Os dados foram coletados por entrevistas gravadas em seus locais de trabalho, no período de novembro de 2015 a junho de 2016, com esclarecimentos acerca do projeto, aspectos éticos e assinatura do Termo de Consentimento Livre esclarecido previamente. As gravações foram transcritas e submetidas a análise do discurso.

A análise de discurso foi a opção para a análise dos dados desses gestores por se entender que, nas posições que ocupam, há interditos e omissões (não ditos) que falam juntamente com o discurso completo. Esta análise "considera os processos e as condições por meio dos quais se produz a linguagem. Assim fazendo, insere o homem e a linguagem à sua exterioridade, à sua historicidade".⁽⁹⁾

O processo de análise se baseou no método e passos indicados por Orlandi,⁽¹⁰⁾ Nogueira⁽¹¹⁾ e Souza.⁽¹²⁾ Inicialmente ocorreu a retirada do corpus que respondia à questão de pesquisa, em segundo lugar selecionou-se deste corpus o item indicado por Nogueira, a fim de se extrair o objeto discursivo. Em seguida se fez a este corpus as perguntas heurísticas indicadas por Souza que podem ser resumidas como: Qual o conceito fundamental em torno do qual o texto gira? Como se constrói este conceito? A que discurso se filia este sentido? Perguntas que auxiliam na passagem do objeto discursivo para o processo discursivo e possibilitam construir hipóteses e testá-las, a partir do corpus, a fim de se compreender a produção de sentidos do mesmo.

Adotou-se como referencial teórico a promoção da saúde que abarca a ideia de "fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e

encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidade dos acontecimentos”.¹³

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob CAEE nº 42951615.6.0000.5537.

RESULTADOS

Quanto a formação, os profissionais participantes do estudo apresentam as seguintes características: formação escolar de nível médio, técnicos de enfermagem (03), graduados em Enfermagem (04), Odontologia (01), Fisioterapia (01), Serviço Social (02) e Biologia (01). A maioria ocupa cargo de gestão no PNCH entre 2 e 34 anos. Dentre esses, dois ocupam o cargo há menos de um ano (seis e sete meses). À exceção de um gestor, os demais não mantêm vínculo empregatício com outra instituição. Os enunciadores produziram discursos diversos, mas com eixos comuns. Os principais achados estão dispostos em dois blocos discursivos, escolhidos porque foram predominantes e influenciaram todos os outros enunciados produzidos. São eles: a questão do médico e a questão do gestor.

Bloco discursivo: A questão do médico

A análise discursiva dos enunciados dos gestores evidencia uma assistência em saúde médico-centrada, com ênfase no agravo e no diagnóstico, no distanciamento da proposta democrática do Sistema Único de Saúde (SUS), da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Promoção da Saúde. Existe supervalorização do saber médico com nuances de reverência a esse profissional, com discursos onde se culpa e desculpa ao mesmo tempo sua ausência nos treinamentos e envolvimento com a equipe da ESF. Sublinham-se nos discursos, estas marcas textuais.

[...] Os médicos da atenção básica, por falta de treinamento também, porque a adesão dos médicos aos treinamentos é muito baixa, mesmo quando a gente disponibiliza mais vagas, geralmente vai 1 ou 2 médicos [...] e a gente sabe que quem fecha diagnóstico é médico, então ocorre muita dificuldade no diagnóstico precoce por isso, pela falta de treinamento o médico não se sente capaz para fechar o diagnóstico de hanseníase (G1).

[...] Como ela é Hansenóloga, e ela participa mesmo das campanhas, ela vai, é nessas campanhas a tarde, você vê que ela ficava sozinha atendendo cem pessoas

nas escolas; então assim, a gente tem muita sorte, aqui ela realmente quem trabalha na Hanseníase. Ela tem empenho, sabe?! (G4).

[...] Mas seria muito bom se isso acontecesse, né? De repente cada município que tem casos ou até mesmo os que não têm ainda, tivesse um dermatologista treinado, seria maravilhoso (G5).

As marcas textuais dos discursos apontam para a valorização de especialistas em detrimento dos generalistas, algo conhecido e culturalmente estabelecido. Há uma ideia errônea que só dermatologistas estão aptos para fechar o diagnóstico da doença ou de que médicos da ESF treinados se transformarão em “referência” para diagnóstico de hanseníase.

Eu não tenho como obrigar um médico, [...] por que ele recebeu um treinamento, ser a referência para todos os diagnósticos para a região dele (G6).

Os discursos revelam que essa problemática incide diretamente no acesso da população ao diagnóstico precoce e tratamento, embora não seja percebido por alguns enunciadores e até minimizado por outros.

Bloco discursivo: A questão da gerência

A gerência/gestão dos programas e políticas de saúde é considerada, no Estado do Rio Grande do Norte, cargo de confiança, portanto, os critérios para o preenchimento desses cargos podem variar entre os municípios e a qualificação administrativa não é exigida para o cargo. O modelo de gestão evocado nos discursos é burocrático e verticalizado com raríssimas exceções, concentrado basicamente em duas atividades: alimentação do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) e entrega de medicamentos, como pode ser observado nos discursos a seguir:

Acompanhamento mesmo dos casos de fichas de notificação, dispensação de remédios, a medicação é dispensada daqui mesmo da regional, e outra coisa que a gente oferece também é, são os serviços de laboratório que seriam as baciloscopias (G3).

A gente recebe as fichas de notificações dos casos de Hanseníase pelos municípios que ainda não são descentralizados, que o programa não é descentralizado pra eles, recebemos as fichas, colocamos a etiqueta do SINAM e colocamos no sistema no SINAM, certo, mais especificamente “Hanseníase”. Aí a gente coloca no sistema, digita no programa e fica acompanhando, né?

fazendo a avaliação e acompanhamento de como tá os casos e também faz a dispensação do medicamento aqui. [...] E também a dispensação de medicamentos, o município faz a solicitação, a gente dispensa (G7).

A descentralização no discurso do G7 se refere ao programa de informática do SINAN e não à descentralização dos atendimentos e decisões dentro do PNCH. Há gestores em desvio e acúmulo de funções quando assumem ações que deveriam ser realizadas na ESF. Entende-se como salutar e desejável o envolvimento em ações coletivas do PNCH por todas as instâncias (APS, referência e gestão), porém, há troca de papéis e omissão da APS no que concerne ao diagnóstico e acompanhamento das pessoas com hanseníase.

[...] Eu faço atendimento. Hoje mesmo já veio um paciente [...] diabético, ele veio de [...] está morando no nosso município, na zona rural e como ele era diabético, ele é até dependente de insulina, não despertaram para que fosse uma hanseníase aquelas manchas no corpo dele, aí quando ele veio, procurou o meu serviço, foi encaminhado para aqui, eu fiz os exames e foi um desses que eu encaminhei de imediato para o médico [dermatologista em consultório particular] (G5).

O G5 se divide entre a coordenação de outros programas (tuberculose, hanseníase, dengue, dentre outros) e o atendimento as pessoas, além de consulta que é privativo de enfermeiros e médicos e, no caso específico, da ESF. Mas na ausência e/ou omissão destes, o G5 assume o papel, desconhecendo que está infringindo a lei.

[...] Mando o meu boleto de acompanhamento, que é o meu acompanhamento direto com as UBS, a gente manda no boleto de acompanhamento mensal, e a gente faz o acompanhamento da UBS. As dúvidas que eles tem, os enfermeiros ligam para mim, tiro as dúvidas das enfermeiras, até dúvida realmente em relação a doença, tratamento e medicação; e também na parte... é... burocrática: preenchimento de... de... formulário, preenchimento de... de... banco de acompanhamento, que é uma dificuldade muito grande deles preencherem o boleto de acompanhamento [...] chega aqui o prontuário limpo e seco, bem limpinho (G6).

O G6 importa-se com a efetivação das ações do PNCH na APS e na referência, tem uma gestão itinerante para mostrar, na prática, como realiza ações de promoção da saúde e detecção precoce da Hanseníase e das reações

hansênicas, na tentativa de prevenir as incapacidades físicas e demonstra seu descontentamento com a falta de compromisso social da APS com as mesmas, como aponta as marcas textuais do discurso:

[...] findou, que eles estavam ajudando a gente assim... 'Ah... a gente está ajudando', 'ah! A gente veio ajudar vocês'... Entendeu?! E não é essa a ideia! A ideia é que eles façam e a gente [gestor e pessoal da referência secundária] seja só... um... um suporte, entendeu?! (G6).

O discurso do G6 também evidencia as condições de vínculo precárias em que os profissionais da referência se encontram, apenas 20 horas semanais para realizarem ações gerenciais e de promoção da saúde. O discurso do gestor aponta para uma gestão compartilhada na qual o trabalho é feito em parceria constante, uma parceria que o G6 almeja que seja mais forte com a APS.

Ações da coordenação, as meninas vão comigo, ações da referência as meninas vão com elas, quer dizer, a gente se misturou, e é uma equipe, aqui todo mundo faz tudo, mas assim, é complicado essa equipe só com vinte horas, entendeu?! (G6).

A minoria dos gestores demonstra compreensão do PNCH e de seu papel assumido. Embora desempenhe o cargo há anos, observa-se situações mais graves nas quais o gestor evidencia seu desconhecimento sobre a doença e o programa que coordena.

Na verdade no momento só tem eu tomando conta no programa como coordenadora e na medida que eu preciso de informações mais detalhadas eu sempre conto com a enfermeira, né? [...] (G7).

[...] a gente não tem cursos, né porque a gente não tem, nunca teve da URSAP, quando teve o treinamento, acho que faz muito tempo, [...] e a gente não têm mais, assim, embasamento sobre... o que a gente tem é um livro que quiser ler e pesquisar, é mais ou menos isso. [...], eu assumi em 2000 e estamos em 2015 [...]o que eu sei, é aquele básico que a gente, de pegar notificação de colocar... achando que as meninas que colocam, de saber se tem caso, de... [...] então é basicamente isso, é ainda muito, muito vago, não tive nada aprofundado não de hanseníase [...] (G11).

Dessa forma, os gestores discorreram sobre as dificuldades enfrentadas, o vínculo empregatício precário e

dependente dos políticos estadual e municipal, gerando interditos e evidenciando os problemas enfrentados na condução do PNCH.

DISCUSSÃO

O PNCH se efetiva, principalmente na APS, porque é o local onde ocorre a maioria das ações em saúde direcionadas para este agravo. No entanto, o modo como o SUS e a APS se apresentam a população é predominantemente midiático. Percebe-se essa influência no discurso dos gestores, sobretudo quando evidenciam a valorização dos especialistas e serviços chamados “de referência” em detrimento das equipes de ESF.

A reprodução do modelo médico hegemônico, com foco mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica, caracteriza-se como um dos principais desafios para a APS.⁽¹⁴⁾

Nesse cenário, “embora se observem alguns avanços, as inúmeras medidas adotadas no sentido de constituir equipes multiprofissionais para realizar um trabalho integrado que aborde outros aspectos do cuidado em saúde, além do biológico, não têm sido suficientes para promover as mudanças necessárias nas práticas profissionais que continuam nucleadas pelo trabalho médico”.⁽¹⁵⁾

Este fato contradiz a política atual do MS para a área, ao ressaltar atribuições de todos os envolvidos, profissionais e gestores, bem como a proposta da ESF pautada na Promoção da Saúde e com ações centradas nas famílias. Não se pretende aqui diminuir a importância de um profissional de saúde no cenário do SUS, mas apontar aspectos da realidade estudada que contribuam para o debate de soluções que sejam efetivas para a mudança desse modelo de atenção à saúde com tendência ao insucesso. Os discursos revelam o poder e o status que foi sendo agregado ao longo de mais de dois séculos ao médico como sendo o único ou o maior detentor do saber na área da saúde.

Percebe-se ainda, uma fragilidade na incorporação de médicos na atenção primária com formação generalista ou de medicina da família/comunidade. A escassez dessa especialidade na ESF está relacionada a insatisfação salarial, sobrecarga de trabalho, desvalorização e ao vínculo empregatício incerto com interferência de interesses políticos na contratação e/ou permanência,^(16,17) o que dificulta a manutenção das equipes e a organização do trabalho.

A gestão em saúde deveria ser profissionalizada, considerada como área estratégica, porém os subempregos e vínculos precários evidentes entre os profissionais e

gestores dificultam sua efetivação. “A flexibilização e a precarização abalam os laços contratuais presentes no antigo modelo de produção, abrindo espaço ao subproletariado. O entendimento das consequências das ‘metamorfoses’ do trabalho nas últimas duas décadas (como é o caso do Brasil, onde se percebeu o avanço do ideal neoliberal a partir do início da década de 1990) deve adotar percepções dinâmicas no que se diz respeito à transformação da realidade, indo do amplo ao mais íntimo, do individual ao público”.⁽¹⁸⁾

Alguns gestores evidenciaram em seus discursos o pouco conhecimento acerca de seu próprio objeto de trabalho, porém ao invés de assumir a responsabilidade de buscar o conhecimento para o exercício adequado de suas funções, há um jogo onde se empurra responsabilidades e possíveis culpas, além de assumirem passivamente o papel de gestor burocrático se distanciando “de um processo de trabalho efetivo e de qualidade que o mesmo deveria conhecer, apropriar-se e incluir-se como protagonista”.⁽¹⁹⁾

Os discursos apontam a distância entre um trabalho pautado na Promoção da Saúde e este concentrado em papéis, funções e sistemas informatizados onde o paciente e a população não são o centro, o objetivo e o fim do PNCH.

O papel da Unidade Federada para com o PNCH se esvazia cada vez mais com o fechamento de serviços de referência e a não responsabilização deste ente público com um fluxograma mínimo de atendimento, bem como com o provimento de profissionais, condições de trabalho e apoio técnico para os gestores do PNCH.⁽²⁰⁾

O modelo de gestão baseado em planejamento centralizado e cobrança de resultados pelo nível hierárquico superior não produz engajamento afetivo e político dos trabalhadores, uma vez que “reprime a criação coletiva e o espaço para que os trabalhadores possam refletir e avaliar atos atribuídos, causando sensação de acúmulo de atividades e atraso das metas e ações, anteriormente programadas com a equipe e comunidade”.⁽²¹⁾

Como um estudo qualitativo, a análise do discurso do grupo objeto deste estudo não pode ser generalizado, pois reflete apenas a realidade vivida no Estado, não podendo afirmar que corresponde a totalidade dos problemas do programa de hanseníase no Brasil, entretanto, pode nos dar uma base dos principais entraves com relação a hanseníase.

A ausência de um conceito claro de Promoção da Saúde por parte dos gestores e de como conduzir ações nessa perspectiva repercute na assistência à população, dificultando o acesso ao diagnóstico, medicamentos e ao acompanhamento. Para que a Promoção da Saúde seja o condutor das ações dos gestores, faz-se necessário um projeto

coletivo para o PNCH que contemple a proposta de superação de uma assistência centrada na doença e dependente de especialista para se efetivar.

CONCLUSÃO

Determinados os discursos dos gestores do PNCH, compreende-se uma gestão realizada de modo vertical e burocrático, distante da proposta democrática da formação de Redes de Atenção à Saúde. Esse modelo de gestão tem como centro o cumprimento de normas estabelecidas verticalmente e não a população. A dependência no serviço do profissional médico e a valorização das especializações minimiza o potencial dos outros profissionais e os desestimula, além de priorizar ações individuais com foco na doença e não nos indivíduos e famílias. Há ausência nos discursos da perspectiva de inclusão da população nas etapas do cuidado a saúde (desde o planejamento até a avaliação), incluindo-a como corresponsável pelo processo de cura, reabilitação e promoção da saúde. Compreendeu-se o PNCH com potencialidade de melhorar seus índices avaliativos, aqueles com foco nos resultados, a partir de duas iniciativas: (1) profissionalização da gestão e (2) ênfase na promoção da saúde e trabalho em equipe. Há gestores com mais de uma coordenação para gerir, porém, sem suporte técnico/científico/político; a maioria está na função há muito tempo e ainda não se apropriou de todas as ferramentas científicas,

técnicas e filosóficas necessárias ao desenvolvimento de um trabalho que promova a saúde e que dê resultados eficazes para a população. A pouca cooperação dos profissionais de saúde, especialmente da ESF, é apontada nos discursos com insatisfação, porém, a gestão não inclui os profissionais no planejamento, tornando-os co-participes da construção de uma política de atenção com uma missão única através de negociações mútuas. Nota-se o contrário, a existência de comando verticalizado expressos através de "campanhas", números, "boletins" que necessitam ser feitos e que, segundo os gestores, não o são de maneira confiável e nem eficaz, refletindo na avaliação do PNCH por parte do MS.

Contribuições

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Clélia Albino Simpson e Tatiane Aparecida Queiroz: concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada; Pablo Ramon da Silva Carvalho: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Francisco Arnoldo Nunes de Miranda e Felismina Rosa Parreira Mendes: aprovação da versão final a ser publicada.

Agradecimentos

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico – Hanseníase. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/31/Boletim-hanseníase-2020-web.pdf>
2. Noriega LF, Chiacchio ND, Noriega AF, Pereira GA, Vieira ML, Noriega LF, et al. Leprosy: ancient disease remains a public health problem nowadays. *An Bras Dermatol*. 2016;91(4):547–8.
3. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Atributos da atenção primária em saúde no controle da hanseníase: ótica do enfermeiro. *Rev Baiana Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 28];31(1):1-10. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17251>
4. Leite TR, Lopes MD, Maia ER, Cavalcante EG. Avaliação da estrutura da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase. *Enferm Foco*. 2019;10(4):73-8.
5. Souza EA, Ferreira AF, Pinto MS, Heukelbach J, Oliveira HX, Barbosa JC, et al. Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(9):1-16.
6. Bandeira FJ, Campos AC, Gonçalves LH. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção primária. *Enferm Foco*. 2019;10(2):24-9.
7. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Sinopse do censo demográfico. Região de São Paulo e Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado 2020 Maio 20]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>
8. Faria CA. A política da avaliação de políticas públicas. *Rev Bras Ciênc Soc*. 2005;20(59):97-110.
9. Silva MA. Sobre a análise do discurso. *Rev Psicol UNESP*. 2005;4(1):25.
10. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 1999.
11. Nogueira C. A análise do discurso. In: Almeida L, Fernandes E, organizadores. Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a prática e investigação. Braga: CEEP; 2001.
12. Souza SA. Análise de discurso: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Censur; 2014.
13. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. p. 43-57.
14. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1723-8.

15. Rizzotto ML, Gil CR, Carvalho M, Fonseca AL, Santos MF. Workforce and work management in health/primary care: revelations of External Evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in Paraná. *Saúde Debate*. 2014;38(SPE):237–51.
16. Galavote HS, Franco TB, Freitas PS, Lima EF, Garcia AC, Andrade MA, et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde Soc*. 2016;25(4):988–1002.
17. Barbosa SP, Coelho KA, Carvalho LM, Sarria B, Santos RC, Cavalcante RB, et al. Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da estratégia saúde da família: o caso de um município polo de Minas Gerais. *Rev Bras Educ Méd*. 2019;43(1):395–403.
18. Benevides PS, Carvalho TA. Biopolítica, bioeconomia, subjetividade: uma análise das principais transformações laborais no capitalismo contemporâneo. *Rev Subj*. 2015;15(3):362–74.
19. Oliveira RC, Adário KD, Sá LD, Videres AR, Souza SA, Pinheiro PG, et al. Managers' discourse about information and knowledge related to directly observed treatment of tuberculosis. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):1–9.
20. Carneiro PS, Forster AC, Ferreira JB. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde Debate*. 2014;38(100):57–68.
21. Ponte HM, Oliveira LC, Ávila MM. Desafios da operacionalização do método da roda: experiência em Sobral (CE). *Saúde Debate*. 2016;40(108):34–47.