

La atención primaria en contexto con la pluralidad en el cuidado de personas con tuberculosis

Edna Ferreira Santos^{1,2}

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

Fátima Teresinha Scarpato Cunha³

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

Pedro Fredemir Palha⁴

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

Afranio Lineu Kritski¹

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

Destacados: (1) cuidado de personas con tuberculosis debe ser considerado a partir de la pluralidad. (2) Cambios en el tratamiento universal favorecen el cuidado centrado en el usuario. (3) El cuidado para enfermedades crónicas es complejo y requiere organización en redes temáticas. (4) Sistemas universales organizados en redes favorecen prácticas innovadoras en el cuidado. (5) La participación y emancipación de los sujetos enfermos potencializa el cuidado de la salud.

Objetivo: analizar la pluralidad del cuidado de personas enfermas de tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud, en el municipio de Rio de Janeiro. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, realizado entre 2017 y 2021; se utilizó el Análisis de Discurso como referencial teórico-metodológico. Fueron recolectados datos de gestores, profesionales de la salud y usuarios por medio de entrevistas semiestructuradas, categorizadas con el *software* ATLAS.ti 8. Para dar base a las Formaciones Discursivas, en el campo de la salud, se dialogó con los aportes teóricos del espacio público, pluralidad y natalidad, discutidos por Hannah Arendt. **Resultados:** los discursos analizados revelan la complejidad y los desafíos en la organización y ejecución de las prácticas de cuidado a la persona enferma con tuberculosis, destacándose la importancia del contexto histórico, social e individual de gestores, usuarios y profesionales de la salud. Se identificaron desafíos en la operacionalización de las Redes de Atención a la Salud y en la búsqueda de la singularidad de los usuarios. **Conclusión:** en las interacciones entre la Atención Primaria a la Salud y el Programa Nacional de Control de Tuberculosis existe una constante disputa entre las políticas que valorizan la pluralidad, la organización de las Redes de Atención a la Salud y las que consideran el derecho democrático, en los espacios públicos.

Descriptores: Política Pública; Atención Primaria de Salud; Semántica; Tuberculosis; Servicios de Salud; Atención a la Salud.

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

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

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

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

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

  
año mes día

URL

Introducción

El modelo de atención que incentiva la distribución e implementación del Sistema Único de Salud (SUS) es la Atención Primaria a la Salud (APS), por resultar en cambios en las políticas locales de gestión y organización de las prácticas de atención⁽¹⁾. En ese sentido, el escenario sanitario actual exige cambios importantes, tanto para el manejo de las condiciones infecciosas y agudas como de las crónicas, por medio de estrategias eficaces, constituyéndose en un desafío para la perspectiva económica y la organización de la atención a la salud. Considerando el objetivo de obtener mejores indicadores sanitarios en los sistemas de salud⁽²⁾, especialmente, en el control de la Tuberculosis (TB) en la APS.

Evidencias apuntan que el fortalecimiento - de sistemas locales de salud, integrados en Redes de Atención a la Salud (RAS) - ofrece potencialidades para la integración de los servicios y enfoque en la calidad del cuidado⁽²⁻³⁾. Además, los estudios destacan que la integralidad, a partir de las dimensiones vertical y horizontal, garantizan: el acceso de los usuarios a los diversos puntos de la red; permiten articular la gestión de la clínica individual y colectiva; fortalece los mecanismos de referencia y contra-referencia; mejora la eficiencia y la racionalidad de los servicios; y además, genera economía de escala y de alcance, lo que contribuye para el acceso y la sustentabilidad del sistema de salud.

Los autores consideran que la articulación, coordinación y regulación de la red, se vinculan a la noción de la interdependencia de los profesionales y servicios de atención a la salud, constituyéndose en un instrumento de equilibrio entre la oferta y la demanda, promoviendo una mejor efectividad de los indicadores de salud. Además, destacan la importancia de la intersectorialidad del sistema de protección social, para las poblaciones que viven en condiciones de vida y de salud desfavorables, y que necesitan de políticas de transferencia de renta para que las personas puedan sobrevivir y mantenerse en tratamiento de salud⁽²⁻³⁾, por ejemplo de personas con tuberculosis.

De esa forma, la implementación de las directrices organizacionales de descentralización y de regionalización, a partir de los años 90, proporcionó nuevos avances y desafíos en la estructuración organizacional del SUS⁽⁴⁾. En esa propuesta organizacional, se considera a la APS como centro de comunicación, que puede colaborar para la interacción de la práctica del cuidado individual y colectivo en la perspectiva de la vigilancia en salud, en territorio único, a partir de las articulaciones institucionales basadas en las potencialidades locales⁽¹⁾.

Así, la regionalización adquiere visibilidad en el espacio público, por tensionar las pautas políticas al inducir a las instituciones federales a asumir la planificación, gestión y financiamiento de las responsabilidades sanitarias. Así, objetivándose una organización de un sistema descentralizado y regionalizado, enfocando en las respuestas a las condiciones de salud de la población, basado en el territorio y en el flujo asistencial de los servicios para la conformación de las RAS⁽⁵⁾.

Ese proceso político introdujo nuevos sentidos y formas de ocupación de los espacios de gobernanza, basados en evidencias científicas que apuntan la necesidad de realizar cambios en esas prácticas. En ese aspecto, verticalizar la organización de programas, centrados en la fragmentación de los servicios y en acciones universales, dificulta el fortalecimiento de espacios colaborativos y el desplazamiento del eje organizacional del SUS, para el establecimiento de una planificación integrada con énfasis en la pluralidad⁽⁴⁻¹⁰⁾, hecho percibido en el programa de atención a la TB.

Así, el modelo estructurante para el control de la TB es concebido por medio de acciones que conectan el ámbito nacional al local, incorporándolos al control como unidad estándar para identificar, atender y vincular los enfermos a la APS^(6,8-9). Ese modelo de sistema de salud, constituido por diversos puntos de atención, avanza, desde 2010, con el objetivo de responder a las necesidades de cuidado longitudinal y garantizar servicios mediados por las RAS a las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles^(2,4,8-9).

De esa manera, es en ese contexto de reorganización de las RAS en que la TB, como enfermedad transmisible, está descompasada entre lo que es preconizado por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) y las acciones desarrolladas para el acompañamiento y cuidado en la APS.

De este modo, se justifica la relevancia de la realización de este estudio frente a la necesidad de avanzar en la implementación de un modelo organizacional que abrigue la pluralidad, en los espacios de gobernanza, ejercida por diferentes actores que comparten sus diferencias y muestran sus singularidades, posibilitando el apareamiento de lo nuevo en la atención a la TB en el SUS. La introducción de este debate en la agenda de la salud establece permitirá acoger los principios y directrices de la descentralización y regionalización, dando estabilidad positiva para su incorporación por los gestores, profesionales de salud y usuarios^(5,7).

De esa forma, surge la pregunta: ¿Cómo la APS interactúa con la estructura vertical del PNCT, a partir de la pluralidad de los arreglos locales, asegurando cambios en los modos del cuidado?

El objetivo de este estudio fue analizar la pluralidad del cuidado a las personas enfermas de TB en la APS, en el municipio de Rio de Janeiro.

Método

Tipo de estudio

Estudio cualitativo, apoyado en el Análisis de Discurso (AD) de filiación francesa⁽¹¹⁾.

Local

Investigación realizada en la Coordinación General de Atención Primaria (CAP) 3.1, que es una de las diez CAPs de la Secretaría Municipal de Salud (SMS) de Rio de Janeiro (RJ). La población fue de 886.551 personas, distribuidas en 28 barrios, en que 50% de ellos presentan alta densidad demográfica, arriba de 12.517, y contienen 32 Unidades de Atención Primaria (UAPs).

Período

La recolección de datos ocurrió en dos períodos distintos: en el segundo semestre de 2017 y primero semestre de 2021. En ese largo período ocurrieron numerosas interurrencias, dada la disponibilidad de agenda de los entrevistados y el acontecimiento de la pandemia de COVID-19.

Criterios de selección

Los participantes fueron seleccionados intencionalmente, obedeciendo a los siguientes criterios: gestores envueltos con la implementación de la APS, en la SMS y en la CAP 3.1; gestores responsables por la línea de cuidado de la tuberculosis, en la CAP 3.1; y, profesionales (médicos y enfermeros) con experiencia en el acompañamiento de personas enfermas y en tratamiento de TB, con alta, por cura o abandono, en los territorios de las UAPs.

Participantes

Fueron seleccionados 15 participantes: 8 hombres y 7 mujeres que se declararon CIS. Los gestores fueron: cuatro médicos, cuatro enfermeros y cinco usuarios, con edades entre 18 y 65 años. Todos fueron codificados a partir de la posición sujeto ocupado, garantizando el anonimato. En la selección, se contó con el apoyo de la CAP, que auxilió la identificación de los individuos que atendían a los criterios de inclusión del estudio, los

cuales fueron contactados por *e-mail* y *WhatsApp*, no hubo rechazos para la participación.

Instrumento de recolección de datos

Se utilizaron dos guiones semiestructurados, conteniendo preguntas dirigidas a los gestores, profesionales de salud y usuarios con TB, elaborados por los investigadores. Los guiones abordaron la comprensión de la política de atención a la TB y su implementación; también la comunicación y vínculo entre profesionales y usuarios, además de la experiencia de autocuidado de los usuarios. Las entrevistas, fueron grabadas con duración de 20 a 60 minutos, las que ocurrieron en UAPs y SMS, definidos por los entrevistados. No fue necesario retomar las entrevistas.

Tratamiento y análisis de los datos

En la organización del material empírico se utilizó el *software* ATLAS.ti-8, con la creación de un único proyecto denominado Unidad Hermenéutica (UH), constituido por las entrevistas que correspondieron a los documentos primarios. Para el análisis se utilizó el dispositivo de la AD, seguidos de los tres niveles. Primera etapa: pasaje de la superficie lingüística para el objeto discursivo, retirando la superficialidad del texto que lleva en consideración la materialidad lingüística (el cómo se dice, quién dice y en qué condiciones de producción). Segunda etapa: pasaje del objeto discursivo para el proceso discursivo, que considera los sentidos producidos por la primera etapa y el delineamiento de las formaciones discursivas, a partir de una posición y coyuntura socio-histórica, que determina lo que puede y debe ser dicho. Por último, la tercera etapa: delineamiento de la formación discursiva y su relación con la ideología, que ocurre concomitantemente con la segunda etapa y se relaciona con las formaciones discursivas distintas a la formación ideológica, que es un conjunto complejo de actitudes y de representaciones relacionadas directa o indirectamente a las posiciones de clase en conflicto, unas en relación a las otras⁽¹¹⁾.

Los análisis fueron realizados de forma colaborativa por cuatro investigadores expertos en estudios cualitativos y en el campo de la salud colectiva. La experiencia académica y profesional de esos investigadores posibilitó una comprensión detallada de las acciones del PNCT, tanto antes como después de la descentralización de las APS cariocas. La codificación de los datos y la formulación de los enunciados acontecieron de manera interactiva, permitiendo que las múltiples perspectivas e interpretaciones fuesen discutidas y concordadas colectivamente. La integración de las reflexiones - de

cada investigador, así como las anotaciones de campo - se reflejó en la complejidad de los discursos sobre el cuidado a la persona con tuberculosis.

La AD, como referencial teórico-metodológico, busca colocar en las entre líneas textuales una lectura que libera los sentidos del discurso, por medio de su materialidad, en el encuentro de lo histórico con lo lingüístico⁽¹²⁻¹⁶⁾; comprende el discurso como un objeto simbólico que se mueve en las declaraciones de sujetos, produciendo sentidos que posibilitan la permanencia, continuidad, desplazamiento y transformación, tanto del hombre como de su realidad⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

En la AD, al dispositivo teórico de análisis sigue la construcción de un *corpus* que objetiva mostrar cómo un discurso funciona en la producción de sentidos^(11,20). Los recortes discursivos son fragmentos de la situación discursiva, dado por las condiciones de producción en los contextos inmediato y amplio y por las interlocuciones contextuales que envuelven sujeto, situación y memoria⁽²⁰⁻²³⁾.

Así, es en la cadena de acontecimientos históricos y de procesos de significación que los discursos son producidos^(11,17,24), tanto por la cronología de los hechos históricos como por las condiciones de producción, que permiten reconocer la historicidad en el texto^(13,21-22). En ese contexto, las condiciones de producción caracterizan el proceso discursivo, visibilizando tanto la paráfrasis y la polisemia como constitutivas de las Formaciones Discursivas (FDs). Es del carácter heterogéneo y abierto de las posiciones-sujeto que emerge la posibilidad de reorganización y de movimiento de los saberes⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Las contribuciones de los saberes de las FDs, para este estudio, están en los constantes desplazamientos de los sentidos que apuntan para lo pre-construido y lo exterior al sujeto discursivo, definiendo aquello que viene de otro lugar, sin que este tenga consciencia de ese proceso. Eso ya afirmado, que habla antes, en otro lugar, a través de la memoria discursiva, es el interdiscurso. Es por medio de la imbricación de lo ya dicho y el discurso en enunciación (intradiscurso) que se constituye lo decible^(13,17,19,23).

De ese modo, fueron utilizados los conceptos de interdiscurso, condiciones de producción, memoria, ideología, y procesos parafrásticos y polisémicos que mueven continuamente la significación entre repetición y diferencia, tornando presente la historicidad del lenguaje, que es el acontecimiento del texto como discurso^(21,23,25-26). Los recortes discursivos permitirán la movilización de los conceptos y la interlocución con el referencial teórico-metodológico, que resultó en la producción de sentidos, construcción del dispositivo de interpretación y la formación de los tres bloques discursivos, por medio de las Secuencias Discursivas (SDs)^(11,20).

Con la finalidad de dar base a las FDs de las condiciones de producción más amplias⁽²⁸⁾, en el campo de la política pública de la salud, se hizo un diálogo con el referencial teórico de Hannah Arendt, para quien el espacio público es el lugar de las discusiones, tomadas de posición y opiniones, en donde la relación entre los hombres sucede⁽⁷⁾. En esta acción los individuos se tornan actores, interactúan unos con los otros y comunican a los otros quienes son⁽²⁹⁾.

En relación a la centralidad de la política arendtiana, ella está en la propia acción que sucede cuando los individuos actúan en conjunto, abiertos a la espontaneidad, buscando la distinción de la singularización, marcada por la pluralidad^(7,29-30). Así, nace el concepto de natalidad que puede ser comprendido como el acto o efecto de instaurar nuevos comienzos, bajo la suposición de que todos los individuos son nuevos comienzos por sí solos, ya que llegan por el nacimiento en un mundo que los precede y que será transformado por ellos. Por eso también les es facultado, por la acción, a introducir algo nuevo en el mundo^(7,30-31).

Se destaca que la dimensión de pluralidad, espacio público y natalidad^(7,30-32) tienen relevancia, en ese contexto, porque permiten observar que la acción comprende un comienzo que puede resultar en la introducción de algo nuevo en el mundo que, por ser incontrolable e imprevisible, no se puede determinar su curso y ni prever su resultado. Por eso, esa línea de pensamiento lanza luz sobre cuestiones silenciadas, controversias, opacidad y tensiones que se articulan, moviendo los sentidos de los discursos circulantes en las FDs⁽³³⁻³⁵⁾.

Aspectos éticos

La investigación fue aprobada por los Comités de Ética de la SMS/RJ y de la Universidad Federal de Rio de Janeiro-UFRJ (Parecer N°: 4.332.298). Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), y sus datos fueron anonimizados por medio de codificación.

Resultados

El primer enunciado explora cómo las memorias discursivas de los gestores influyen la repetición y estructura vertical de los servicios y las acciones en el tratamiento de la TB, destacando cómo las condiciones de producción de los discursos de los gestores interfieren en la forma de organización los servicios y acciones para el tratamiento de la TB.

Al analizar los discursos que circulan entre los gestores, se identificaron marcas lingüísticas que revelan

contradicciones y desafíos. Esas marcas pueden ser observadas a seguir: *Medio policial, digamos así... Casi, ¿No es verdad? Y por lo menos, así, era mi opinión. Continúa siendo... No creo que sea una cuestión que el Programa de la Tuberculosis sea normativo. ¿Entendió?* (G1). Este discurso refleja la naturalización de las prácticas históricas y normativas PNCT, basadas en documentos oficiales del Ministerio de la Salud.

La APS, en ese contexto, asume un papel central como ordenadora del cuidado, promoviendo un abordaje más próximo del usuario, con mayor enfoque en la continuidad y en la integralidad del cuidado, como puede ser observado en otra posición del gestor: *Entonces. Yo creo que, así: bastantes cosas conseguí avanzar. ¿No es verdad? principalmente si fuéramos a pensar en cuanto era restricto el acceso de ese usuario, para trasladarse de lugar distante, sin dinero del pasaje, para venir a una Unidad secundaria, agendar una consulta... Y el Equipo de Salud de la Familia, ella está adentro, ¿No es Verdad? prácticamente dentro de la casa del Usuario, ¿No es verdad? El usuario prácticamente vive dentro de la Unidad de Salud de la Familia porque el vínculo es muy próximo* (G2). Este discurso muestra la resignificación de la política pública, destacando los avances en el acceso al tratamiento por medio de la proximidad y accesibilidad proporcionadas por la APS.

El segundo enunciado permite reflexionar sobre como la memoria discursiva, asociada a la posición del sujeto usuario, puede moldear diferentes trayectorias en la producción de la vida, en el contexto de la APS. En el caso de los usuarios del sistema de salud, esa memoria abarca sus experiencias, narrativas y percepciones acumuladas a lo largo del tiempo. Ella influencia como los individuos comprenden e interactúan con el sistema de salud, formando sus expectativas y acciones.

Eso es particularmente evidente en el discurso de la posición sujeto usuario, que comparte su experiencia con el tratamiento de la tuberculosis: *No vamos a suspender, porque nosotras no podemos parar el tratamiento... Es más una bomba, pero, así: hoy consigo superarme a cada... tropiezo que la vida me da, porque tengo profesionales que me orientan mucho. Hoy entiendo un poco lo que es la Tuberculosis. Es difícil lidiar con ella...Entonces imagina: un fiesta... un baile... tontería... cerveza. Usted puede evitar eso de su vida. Parar de beber, es difícil! ... cuando yo comencé mi tratamiento era el comienzo de noviembre. Inicio del verano. Fiesta. Final de año. Entonces fue... yo tuve mucha confusión familiar con eso.* (U4). El discurso revela la resistencia a prácticas burocráticas y despersonalizadas, subrayado la necesidad de un cuidado adaptado a las realidades de los usuarios.

En la próxima SD se percibe como esa memoria discursiva se entrelaza con las experiencias y desafíos cotidianos, revelando la pluralidad y capacidad de los individuos de manifestarse en los espacios públicos,

a partir de sus vivencias y existenciales, apuntando la intersección entre las necesidades personales y las políticas públicas, resaltando como las experiencias individuales están conectadas a contextos más amplios de políticas de salud: *Todo envuelve al gobierno. ¿No es verdad? Todo envuelve la política. ¿No es verdad? ¿Y que sucede? ... Entonces yo creo que eso ahí la persona precisa valorizar más. Ella tiene que asegurar esa oportunidad porque la muerte, no es un juego. Murió, acabó. ¿Entendió? En cuanto ella está viva, ella está teniendo oportunidad de tratarse, de cuidarse...Surgen ciertas situaciones... como es mi caso... Yo tengo cuatro hijos. A veces, como fue en mi caso, mi casa se incendió ... Hoy... Yo estoy hace 15 días sin tomar ese remedio. ¿Entendió? Entonces de allá para acá sucedió el hecho de yo pasar la madrugada toda con fiebre, ayer. Mi hija ayer también pasó mal... ¿Entendió?* (U2).

El discurso de U1 revela la memoria discursiva del usuario del SUS, en el cual la obediencia a las instrucciones médicas es una constante: *Yo hago lo que ella manda. Yo llevo allá: "Mira, toma el remedio ahí!" Y tal... Hoy, yo veo que comencé. ¿No es verdad? el día 15 de junio... Pero ella dice: "Mira, semana que viene..." Creo que hoy yo voy a cambiar de remedio. Yo voy a recibir más... Es. yo voy a recibir otro remedio que tiene dos medicaciones, si yo no me engaño. Entonces... lo que ella dice yo hago.* (U1). Se evidencia un patrón de comportamiento regular dentro del contexto del programa de control de la TB.

El discurso de U5 destaca los efectos de los sentidos en la trayectoria del tratamiento de la TB, revelando tanto las dificultades enfrentadas por el usuario, al lidiar con una enfermedad crónica, en lo que se refiere al papel fundamental de la APS, en su proceso de recuperación: *Mire, realmente estoy siendo muy bien tratado aquí. Medicamento toda semana yo recibo. Mejoré 100%, porque yo llegué aquí con 43 kilos. Estoy con 53 y... 400. Me pesé hoy. Mire, eso ahí fue una... un descuido mío. Yo ya tuve la primera vez y yo...en un engaño que tuve el año pasado, yo creí que la enfermera me había dado alta. Solo que ella no me había dado alta todavía del medicamento. Ahí yo abandoné el tratamiento.* (U5).

El discurso de U3 destaca a complejidad del tratamiento de enfermedades crónicas, enfatizando que la recuperación no se resume a la prescripción y administración de medicamentos: *Es, porque a veces... Vea solamente: a veces, hay mucha gente que no se cura porque no tiene a nadie que ayude a aquella persona... Piensa que es solo llegar aquí, el médico pasa el remedio, y lo toma... No. Entonces si la persona le da fuerzas, la persona continua...*(U3).

El tercero enunciado destaca como las memorias de los profesionales de la salud son accionadas para crear eventos discursivos significativos. Esas memorias discursivas contienen la repetición y el desplazamiento de experiencias, caracterizadas por desvíos, fallas, equívocos y contradicciones. Esos elementos le dan sentido a las experiencias experimentadas por los profesionales de

salud al actuar en un espacio público, cuyo objetivo es organizar servicios e innovar prácticas sanitarias para enfrentar condiciones crónicas.

A partir de esas condiciones de producción, es posible reflexionar sobre cómo las memorias discursivas influyen la forma en que los médicos perciben y enfrentan los desafíos en sus prácticas cotidianas en el contexto de la APS: *Entonces yo creo que es en ese sentido, ¿No es verdad? considerando que nosotras no estamos en las condiciones adecuadas para la Atención Primaria, creo que el PNCT está quedando fuera de la realidad. [Ri.] Va quedando inadecuado para la realidad actual de la Atención Primaria. Y eso pensando en Rio de Janeiro, que tiene recursos. ¿No es verdad? (M4).* Ese discurso destaca la desconexión entre el PNCT y la realidad de la APS, en Rio de Janeiro, en donde hay recursos, pero a pesar de eso, las condiciones no son ideales.

Esta SD presenta la importancia de ajustar el tratamiento de la tuberculosis, considerando la temporalidad y el ritmo de transmisión del bacilo, así como la red de soporte social del usuario: *Sí, por cuenta de la transmisión. ¿No es verdad? Entonces tenemos que garantizar que él tome esos primeros 15 días, para que él no transmita más. ¿No es verdad? Y, dependiendo, del caso, evaluamos. ¿No es verdad? A veces liberamos en el segundo mes, en el tercero mes... semanal... si es una persona que tiene una red de apoyo buena, una familia. ¿No es verdad? (E3).* Ese discurso refleja cómo las memorias y experiencias de los enfermeros orientan sus prácticas y decisiones, moldando la forma como enfrentan desafíos en el tratamiento de condiciones crónicas, como la tuberculosis.

En este próximo análisis, el discurso del médico aborda la fragmentación del cuidado y la toma de decisiones basadas en el histórico del usuario, que va más allá de su presencia en los servicios de salud: *Él comenzó a tratarse en el presidio, vino para un equipo, se trató más o menos, ahí terminó el tratamiento conmigo de una forma también que él no 'estaba tomando la medicación correcta, pero acabamos dando alta porque el esputo de él era negativo, él tenía más o menos completado el período de tratamiento... Nosotras le dimos alta. Menos de cuatro meses después tuvo la recidiva, volvió, y ahí. ¿No es verdad? El inicio del tratamiento muy bien, y a partir de dos meses, más o menos, comenzó a tener los mismos problemas... (M3).* Se destaca cómo el conocimiento del recorrido anterior del usuario influye las decisiones médicas, mostrando las dificultades en mantener la continuidad y eficacia del tratamiento en contextos fragmentados.

Otro resultado positivo fue comprender cómo el proceso de descentralización de las acciones de la tuberculosis para las UAPs provoca nuevas interpretaciones y abordajes en el cuidado, influenciados tanto por los discursos de los profesionales como por el contexto específico en que actúan: *soy responsable por la línea de*

cuidado hace un año y dos meses... Trabajar la política es una cosa complicada, y, con el usuario, por la comprensión de lo que es la política para ellos... Entonces, cuando yo llegué en la estrategia para comenzar esa línea del plan de cuidado de TB, traté primero de ver el territorio (E2).

En esta última SD, se reconocen las singularidades en el contexto de la APS. El discurso del médico al acoger esas singularidades y operar con afecto, puede liderar el proceso de cuidado, provocando rupturas en las prácticas tradicionales y posibilitando abordajes efectivos, mediados por la pluralidad: *Yo creo que rastreamos poco. Pero los pacientes que son rastreados y tienen diagnóstico positivo, creo que a partir de aquí, de la Atención Primaria, ella hace toda la diferencia en el cuidado, porque es un tratamiento largo, que necesita de vínculo... Necesita de afecto para entender cuáles son las limitaciones del cuidado... Entender las peculiaridades de cada paciente, de cada familia... Es... Creo que en ese sentido la Atención Primaria puede dar las cartas. ¿Entendió? (M2).*

Discusión

El estudio analizó las incongruencias entre las normas del PNCT y la necesidad de un abordaje más plural en el cuidado de personas con tuberculosis en la APS, ofreciendo subsidios para profesionales y gestores de salud para que puedan identificar los diversos significados de esa enfermedad en la población, promoviendo mayor equidad en la atención a la salud.

En el primero enunciado, se observa que la gestión municipal prioriza la política centralizada del PNCT, articulando las UAPs como unidades ejecutoras de las acciones fragmentadas, por medio de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF)⁽⁸⁻⁹⁾.

En las condiciones de producción de los discursos, las memorias discursivas de los gestores influyen la organización de los servicios de salud, provocando la reflexión de que Rio de Janeiro todavía posee una APS selectiva que puede estar basada en el pasado histórico⁽⁴⁾.

Se destaca que las FDs de los gestores en el SUS de Rio de Janeiro generaron diferentes interpretaciones, provocando la invisibilidad de las tensiones y diferencias vividas por profesionales y usuarios frente al discurso homogéneo de las prácticas universales. Según Arendt, el espacio público es esencial para la pluralidad, singularidad y distinción y, en ese sentido, el espacio público, en la acepción de la autora, es el espacio por excelencia del vivir plural, de la singularidad y de la distinción⁽⁷⁾.

El reconocimiento de la APS como centro de comunicación de las RAS y coordinadora del cuidado puede traer pluralidad a los arreglos institucionales, mejorar el acceso, la equidad y la humanización de la asistencia. Eso contribuye para el avance de las políticas

públicas de salud, especialmente en el enfrentamiento de enfermedades crónicas como la TB^(2,4).

Así, los arreglos plurales y el discurso de los gestores permiten cuestionar y problematizar la hegemonía del tratamiento de la TB, conectándose con otros discursos en el territorio en donde la vida sucede⁽²³⁾.

En el segundo enunciado, los discursos analizados revelan una variedad de significados en torno de la experiencia de los usuarios en el tratamiento de la tuberculosis, destacándose la heterogeneidad⁽³⁵⁾ de sus vivencias. La posición de los usuarios es constantemente dotada de nuevo significado por los discursos circulantes, lo que permite que cada persona experimente el tratamiento de forma única, muchas veces en desacuerdo con el estándar normal por las políticas de salud. Esos discursos también reflejan las diversas formas de resistencia que surgen en la adhesión al tratamiento, mostrando que sus acciones y pensamientos son moldados por interacciones.

En ese sentido, estudios muestran que considerar las experiencias vividas de los usuarios con TB es esencial para el éxito del tratamiento, que fortaleciendo la relación entre usuario y equipo de salud. Otro aspecto, destacado en diferentes estudios, es la importancia de políticas de transferencia de renta⁽³⁶⁻³⁸⁾ para garantizar el resultado satisfactorio del tratamiento.

Frente a la representación de la enfermedad para el enfermo de TB, el soporte familiar, social y del equipo de salud es fundamental⁽³⁹⁾ para el tratamiento adecuado, a pesar de que los usuarios podrían sentir que su espacio está siendo invadido⁽³⁷⁾. Así, estudios destacan la necesidad de los profesionales de salud de reevaluar continuamente sus actividades y competencias, para proporcionar un cuidado holístico e integral⁽³⁶⁻³⁷⁾, en la perspectiva de obtener una atención centrada en el usuario.

En esa perspectiva, la pluralidad permite romper los límites del control y crear nuevas relaciones en la APS, estableciendo un espacio público con el potencial de instaurar lo nuevo^(7,30). Así, la comunicación oportuna en las redes de cuidado de la salud⁽⁴⁾ destaca el autocuidado apoyado, como siendo un proceso crucial para la participación y corresponsabilidad del individuo por su salud.

Entre tanto, debido a los efectos colaterales y al impacto social de la TB, los usuarios frecuentemente experimentan sufrimiento mental, como la depresión que afectan el tratamiento⁽⁴⁰⁾. Con ese acontecimiento, la falta de soporte social y familiar pueden llevar a la interrupción del tratamiento, lo que puede generar numerosos trastornos para el enfermo; por tanto, es imprescindible la educación permanente de los profesionales sobre el cuidado de esos usuarios⁽³⁷⁾.

En el tercer enunciado, se observó que las redes de memorias de los profesionales generan acontecimientos⁽²³⁾

que influenciaron sus discursos sobre el cuidado en salud, sugiriendo la inclusión de la pluralidad en las prácticas. Esos discursos se conectan a los conceptos de espacio público⁽⁷⁾ y natalidad⁽³⁰⁾, revelando la capacidad de iniciar algo nuevo en medio a la complejidad de las interacciones humanas.

En esta red discursiva, los discursos de los profesionales revelan contradicciones y aberturas que permiten el reconocimiento del sujeto singular enfermo de TB, en el espacio público, permitiendo circular nuevas memorias. Esa abertura puede ser vista por la APS como una llave de diálogo vinculada a los acontecimientos cotidianos⁽⁴¹⁾. Las condiciones de existencia de las personas enfermas, que dan sentido a la lucha por la vida y a la revisión de la estandarización del control, pueden generar reflexiones sobre la capacidad de los profesionales de poder percibir las repercusiones de una enfermedad crónica^(6,9), como la TB, cuyo tratamiento y cuidado exigen un largo período⁽³⁹⁾.

Luego, la TB - siendo una preocupación de salud pública que exige un tratamiento prolongado - no puede ser enfrentada apenas con políticas enfocadas en el término de la enfermedad. Pues, ignorar los determinantes sociales puede llevar al fracaso del tratamiento^(37-38,42).

En ese sentido, en los escenarios investigados, la APS carioca desafía las acciones autoritarias del PNCT, que se basan en el control jerarquizado. Esas acciones utilizan prácticas universales, reconocidas por gestores, profesionales y usuarios como un lenguaje específico del programa que autoriza su modo de operar. Ese enfoque atribuye un valor social al discurso sobre la TB, reforzando prácticas centradas en el control del tratamiento y limitando las relaciones⁽¹³⁾.

A lo largo de este estudio, fue posible comprender que existen diferentes matrices discursivas en los discursos circulantes. Las matrices parafrásticas cierran el discurso en un control unilateral; por otro lado, las matrices polisémicas abren el discurso de la APS para la autonomía por medio de la pluralidad. La presencia de pensamientos diferentes y plurales en los espacios públicos puede generar nuevos discursos que expresen formas inclusivas y participativas del cuidado.

En este estudio, el camino para romper el control estructurante de la APS, fue encontrado en el diálogo con las ideas de Arendt sobre el espacio público, la pluralidad y natalidad. Esas ideas surgen de las formaciones discursivas (FDs) de los usuarios y profesionales⁽³⁰⁻³¹⁾, promoviendo un ambiente más permeable y centrado en las singularidades de los sujetos.

Las implicaciones para el campo de la salud y de los equipos de profesionales incluyen la posibilidad de promover nuevos comienzos y un actuar político que reconozca la TB como una enfermedad crónica.

Ese reconocimiento facilita la creación de nuevas conexiones y prácticas basadas en los atributos de la APS, rescatando la posibilidad de tornarse saludable a través de la pluralidad.

En esa dirección, el estudio sobre el cuidado de usuarios con multidrogorresistentes (TB-MDR) destaca la importancia de un abordaje centrado en el usuario, valorizando la pluralidad de experiencias. La centralidad del sujeto en el cuidado permite a los profesionales crear y mantener vínculos significativos con los usuarios, superando las limitaciones impuestas por protocolos rígidos y normas estandarizadas⁽⁴³⁾.

Por último, las limitaciones del estudio están relacionadas a la muestra, que fue seleccionada por conveniencia. A pesar de que los datos recolectados hubiesen permitido comprender la perspectiva de los enfermos por TB, no fueron recolectadas informaciones de familiares y personas próximas, que constituyen la red de soporte social de los enfermos de TB. Se recomienda que futuros estudios incluyan informaciones de la red de soporte social de los enfermos de TB. Este abordaje reflexivo objetiva mejorar la calidad de la investigación y la relevancia de los hallazgos para intervenciones más eficaces e inclusivas en el cuidado de la TB.

Conclusión

Este estudio analizó cómo el control de la tuberculosis, caracterizado por un modelo jerarquizado y normativo, puede apagar la individualidad de los usuarios, tornando invisibles sentimientos como desamparo, angustia, aislamiento y miedo de la muerte. El abordaje del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, con su énfasis en manuales, técnicas y un lenguaje universal, contrasta con los cuidados producidos en la Atención Primaria a la Salud, que valoriza las singularidades de las realidades locales y los territorios vivos, en donde sucede la vida.

En las interpelaciones de la APS al PNCT se observa una disputa constante entre la política plural - que valoriza las diferencias y organiza las Redes de Atención a la Salud, de manera a garantizar el derecho democrático a la salud - y el modelo normativo del PNCT. La APS, con sus atributos, tiene por objetivo atender las singularidades de los usuarios, proponiendo un cuidado centrado en las necesidades individuales y en las especificidades de cada territorio.

Para fortalecer ese abordaje plural y democrático, es fundamental apoyar los espacios embrionarios de gobernanza, resultantes de la descentralización y regionalización de la salud. Esos espacios deben promover el protagonismo de los actores locales,

vinculándolos a la pluralidad en el cuidado centrado en el usuario. Esa estrategia contribuirá para asegurar el derecho democrático a la salud de manera más asertiva, atendiendo a las necesidades específicas de los usuarios y promoviendo un cuidado más humano y eficaz.

Referencias

1. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. National Primary Health Care Policy: where are we headed to? *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1475-81. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
2. Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190154. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
3. Moreira ASR, Kritski AL, Carvalho ACC. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. *J Bras Pneumol*. 2020;46(5):e20200015. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015>
4. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Chaos, organization and creativity: integrative review on Health Care Networks. *Cien Saude Colet*. 2021;26(10):4769-82. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>
5. Shimizu HE, Carvalho ALB, Brêtas N Júnior, Capucci RR. Regional Health Planning in Brazil from the perspective of health managers: advances and challenges. *Cien Saude Colet*. 2021;26(suppl 2):3385-96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019>
6. Silva SYB, Medeiros ER, Silva SB, Andrade RPS, Beraldo AA, Pinto ESG. Facilities and difficulties in implementation of the tuberculosis control program in Primary Health Care. *ABCS Health Sci*. 2021;46:e021204. <https://doi.org/10.7322/abcshs.2019132.1396>
7. Nagamine R, Vitale D. Rethinking the public space in pandemic times: Hannah Arendt, 60 years after the publication of "The Human Condition". *Cad CRH*. 2020;33:e020019. [https://doi.org/10.9771/ccrh.v33Wilhelm D, Stein AT, Schwambach KH, Blatt CR. Elaboration of instrument for assessing assistance to patients with tuberculosis in primary health care. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online \[Internet\]*. 2022 \[cited 2023 Aug 18\];14:e10824. Available from: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10824>](https://doi.org/10.9771/ccrh.v33Wilhelm D, Stein AT, Schwambach KH, Blatt CR. Elaboration of instrument for assessing assistance to patients with tuberculosis in primary health care. Rev Pesqui Cuid Fundam Online [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 18];14:e10824. Available from: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10824)
8. Rabelo JVC, Navarro PD, Carvalho WS, Almeida IN, Oliveira CSF, Haddad JPA, et al. Performance assessment of primary healthcare services in tuberculosis control in a city in Southeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3):e00112020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112020>

9. Silva JNB Júnior, Guedes HCS, Nogueira JA, Palha PF, Nogueira MF, Barrêto AJR. Completeness of nurses' records in the care of people with tuberculosis: a trend study. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20210305. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0305>
10. Guimarães GTD, Paula MC, Hirai WG. Discourse analysis applied to qualitative research: methodological perspective in debate. *NTQR.* 2020;4:40-54. <https://doi.org/10.36367/ntqr.4.2020.40-54>
11. Ruiz MAA. For an analysis of Brazilian discourse: reading gestures in the construction of a research field. *Forum Linguistico.* 2021;18(3):6455-65. <https://doi.org/10.5007/1984-8412.2021.e77815>
12. Tejada BV, Vinhas LI. That which cannot be left unsaid: the preconstructed effect of the male discourse. *Letrônica.* 2020;13(2):e36120. <https://doi.org/10.15448/1984-4301.2020.2.36120>
13. Prata HL, Silva EG, Alves ED Júnior. "As a result of my history as an athlete [...]": discourse analysis and sport-health linearity. *Movimento.* 2020;26:e26095. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.105511>
14. Fonseca EJF, Silva JM, Oliveira AA. Analysis of speech: the analysis of speech featured in the *Veja* São Paulo magazine's front page on January, 27th of 2021. *Diversitas J.* 2023;8(1):560-73. <https://doi.org/10.48017/dj.v8i1.2085>
15. Santos KCM. How the speeches of militant black women are reverberated today: a discursive analysis. *REA [Internet].* 2021 [cited 2023 May 1];20(226):213-25. Available from: <https://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/52867>
16. Silva HF. Discourse analysis and deaf literature: understandings about deaf literary production. *Cad Linguistico.* 2020;1(2):1-15. <https://doi.org/10.25189/2675-4916.2020.v1.n2.id115>
17. Bezerra DMN. The historical discursive production of the name of the Apurinã Language. *Bakhtiniana Rev Estud Discurso.* 2020;15(2):8-32. <https://doi.org/10.1590/2176-457341607>
18. Alexandre GG. The hole of discursive memory in headlines that deny news about COVID-19. *Rev SCRIPTA.* 2021;25(54):68-95. <https://doi.org/10.5752/P.2358-3428.2021v25n54p68-95>
19. Rosa AF. The French school of discourse analysis: Michel Pechêux and the presidential elections. *Rev Processus Estud Gest Jurid Financ.* 2022;13(44):58-68. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7313931>
20. Ormaneze F. Production conditions and biography: The notion of humanization in the historical constitution of genre. *Observatory J.* 2020;6(5):a1en. <https://doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2020v6n5a1pt>
21. Ruiz MAA. Discourse and resistance in/through the digital: memories of an event and network art. *Estud Linguist.* 2022;51(1):360-78. <https://doi.org/10.21165/el.v51i1.3318>
22. Mendes CM, Souza J, Silva SMR. The notion of event in the light of discourse analysis, semantics of the event and tensive semiotics. *Ling (Dis)curso.* 2020;20(1):179-95. <https://doi.org/10.1590/1982-4017-200111-5718>
23. Santos AP. The discourse of love in songs: discursive formations of pain and nostalgia. *Forum Linguist.* 2020;17(1):4389-97. <https://doi.org/10.5007/1984-8412.2020v17n1p4389>
24. Peixoto KMM, Serafim MS. Contributions of discourse analysis to the teaching of reading: the concept of interdiscourse. *Rev X.* 2020;15(7):377-401. <https://doi.org/10.5380/rvx.v15i7.73851>
25. Oliveira LA, Manzone ASS. Discourses and meanings: simulacros and silences present in the advertising discourses. *Diversitas J.* 2023;8(1):574-88. <https://doi.org/10.48017/dj.v8i1.2481>
26. Silva SR, Langhi R. Teachers Training for Astronomy Education: Effects of Meaning over their Practice. *Alexandria.* 2021;14(2):209-24. <https://doi.org/10.5007/1982-5153.2021.e75620>
27. Marinho PS. The discursive construction of journalistic texts approaching the Brazilian "Panelaço" and the Argentine "Cacerolazo". *Caracol (São Paulo).* 2021;(21):1172-203. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-9651.i21p1164-1194>
28. Pequeno JES Junior. The meaning of political action in Hannah Arendt. *Perspectivas.* 2021;6(2):176-89. <https://doi.org/10.20873/rpv6n2-10>
29. Brito CFS. Forgiveness and promise as ways of preservation of the world in Hannah Arendt. *Ekstasis (Rio J).* 2020;9(1):34-49. <https://doi.org/10.12957/ek.2020.38142>
30. Fernandes AB. Natality and revolution in Hannah Arendt. *Perspectivas.* 2021;6(2):65-75. <https://doi.org/10.20873/rpv6n2-04>
31. Simão TM. The distance between philosophy and politics, and the meaning of politics in Hannah Arendt's thought. *Perspectivas.* 2021;6(2):319-34. <https://doi.org/10.20873/rpv6n2-17>
32. Santos MDV, Soares TB. Pandemics on the agenda: Covid-19 and the Spanish flu portrayed in the Brazilian press. *Rev NUPEM.* 2021;13(30):12-25. <https://doi.org/10.33871/nupem.2021.13.30.12-25>
33. Lemos MA, Ragievicz MF. Patuá, hespanhol and guarany: from the language border to the threshold of discourse. *Confluência (Rio J).* 2020;59:313-26. <https://doi.org/10.18364/rc.v0i0.354>
34. Soares TB, Boucher DF. The aesthetics of vocal success: discourses engaged in the construction of voices of success media. *Anu Lit.* 2020;25(2):101-18. <https://doi.org/10.5007/2175-7917.2020v25n2p101>

35. Gartner JB, Abasse KS, Bergeron F, Landa P, Lemaire C, Côté A. Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a concept analysis and systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):558. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07960-0>
36. Murdoch J, Curran R, van Rensburg AJ, Awotiwon A, Dube A, Bachmann M, et al. Identifying contextual determinants of problems in tuberculosis care provision in South Africa: a theory-generating case study. *Infect Dis Poverty.* 2021;10:67. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00840-5>
37. Wagstaff A, Neelsen S. A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health.* 2020;8(1):e39-e49. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30463-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30463-2)
38. Carreño SM, Pacheco ML, Arias MR. Role adoption, anxiety, depression and loneliness in family caregivers of patients with chronic diseases. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2024;32:e4140. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6926.4140>
39. Fang XH, Wu Q, Tao SS, Xu ZW, Zou YF, Ma DC, et al. Social support and depression among pulmonary tuberculosis patients in Anhui, China. *J Multidiscip Healthc.* 2022;15:595-603. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S356160>
40. Guirardello EB, Jesus MVN, Vieira LC, Oliveira HC, Vergilio MSTG. Nurses' perceptions about the patient safety climate in Primary Health Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2024;32:e4093. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6374.4093>
41. Chen X, Du L, Wu R, Xu J, Ji H, Zhang Y, et al. The effects of family, society and national policy support on treatment adherence among newly diagnosed tuberculosis patients: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis.* 2020;20:623. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05354-3>
42. Leung JAM, Cunha FTS, Merhy EE, Kritski AL. Live networks in care production with the user at the center of the treatment for multidrug-resistant tuberculosis. *Interface (Botucatu) [Internet].* 2024;28:e230182. <https://doi.org/10.1590/interface.230182>

Autor de correspondência:
Edna Ferreira Santos
E-mail: assuntap11@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-6145-2957>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Edna Ferreira Santos, Pedro Fredemir Palha, Afranio Lineu Kritski.

Obtención de datos: Edna Ferreira Santos, Fátima Teresinha Scarparo Cunha. **Análisis e interpretación de los datos:** Edna Ferreira Santos, Fátima Teresinha Scarparo Cunha, Pedro Fredemir Palha, Afranio Lineu Kritski. **Redacción del manuscrito:** Edna Ferreira Santos, Fátima Teresinha Scarparo Cunha, Pedro Fredemir Palha, Afranio Lineu Kritski. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Fátima Teresinha Scarparo Cunha, Pedro Fredemir Palha, Afranio Lineu Kritski.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 18.08.2023
Aceptado: 03.10.2024

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.