UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CATIUCIA DE ANDRADE SURNICHE

A continuidade da assistência na visão do doente de tuberculose: uma análise discursiva

Ribeirão Preto

2015

CATIUCIA DE ANDRADE SURNICHE

A continuidade da assistência na visão do doente de tuberculose: uma análise discursiva

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Surniche, Catiucia de Andrade

A continuidade da assistência na visão do doente de tuberculose: uma análise discursiva. Ribeirão Preto, 2015.

121 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Pedro Fredemir Palha

1. Tuberculose . 2. Pacientes. 3.Continuidade da assistência ao paciente. 4.Pessoal de saúde. 5.Pesquisa qualitativa.

SURNICHE, Catiucia de Andrade

A continuidade da assistência na visão do doente de tuberculose: uma análise discursiva.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências, programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Aos meus pais...

Agradecimentos

Aos meus pais Bernadete e Ernesto, por todo o amor, dedicação e apoio durante essa jornada. Principalmente por acreditar nos meus sonhos e ajudar a realizá-los.

À Glauber, por todo carinho, compreensão, companhia e orientação nos momentos mais importantes. Pela paciência nos momentos difíceis e por compartilhar essa jornada importante para nosso crescimento profissional e pessoal.

À Nelson e Jailce, pelo carinho, apoio e incentivo incondicional nessa fase da minha vida, sem os quais a conclusão dessa etapa não seria possível.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Palha, por ter me acolhido e proporcionado experiências valiosas para o meu crescimento pessoal e profissional, e pela paciência e orientação durante a realização dessa pesquisa.

Aos meus tios, pelo carinho e compreensão pelos momentos em que não podemos estar juntos.

Às amigas constituídas no grupo, em especial à Laís, Jaqueline, Fernando, Mônica, Amélia, Carolina, Rariane, Elizângela, Rogério e Luciana por compartilharem suas experiências e conhecimentos, e por estarem sempre disponíveis.

À Prof^a Dr^a Elaine Assolini, pelo acolhimento em seu grupo de pesquisa e pela introdução ao universo da AD. Pela paciência e pelas contribuições realizadas à minha pesquisa.

Aos integrantes do GEPALLE, em especial a Cassiara, pela troca de experiências e ensinamentos durante esse período de convivência.

À Prof^a Dr^a Roxana, pelo apoio na constituição desse trabalho e contribuições na realização da qualificação.

Ao Grupo GEOTB, em especial à Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa, pelo acolhimento e pelo projeto desenvolvido, o qual proporcionou a lapidação do meu objeto de pesquisa.

Aos profissionais do Ambulatório de MJ do CSE Sumarezinho, em especial à Rosana, pelo acolhimento sem restrições, pela dedicação à minha pesquisa e pela amizade constituída.

Aos doentes em tratamento no ambulatório, que me receberam em suas residências e proporcionaram um aprendizado maravilhoso por meio de suas experiências.

À Deus, por proporcionar todos os momentos...

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

RESUMO

SURNICHE, C. A. **A continuidade da assistência na visão do doente de tuberculose: uma análise discursiva**. 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A tuberculose é considerada um importante problema na saúde global, sendo a segunda causa de morte entre as doenças infecciosas tendo como prioridade para o seu controle o diagnóstico precoce e tratamento adequado, necessitando de uma rede de atenção capaz de preservar a continuidade da assistência. Entre os tipos de continuidade, temos a relacional que implica o contato continuado entre o usuário e os serviços, com senso de responsabilidade com relação ao doente, dando sustentabilidade ao cuidado através do tempo. Assim, a análise de discurso de matriz Francesa, dentro desse contexto, torna-se um importante referencial teórico-metodológico capaz de compreender os elementos dessa continuidade presentes no discurso do doente. Esse estudo objetivou analisar a discursividade do doente sobre a continuidade da assistência durante o tratamento. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e delineamento descritivo. Foi realizada em um dos centros de referência para o atendimento da tuberculose no município de Ribeirão Preto, no período de julho à setembro de 2014. Os sujeitos do estudo foram dez doentes de tuberculose em tratamento diretamente observado e/ou em acompanhamento clínico nesse centro de referência. Para coleta de dados foram realizadas entrevistas em profundidades agendadas previamente. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sendo ainda respeitados os preceitos éticos conforme recomendações contidas na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A análise dos dados ocorreu por meio do referencial teórico-metodológico da análise de discurso de matriz Francesa, sendo que oito entrevistas foram utilizadas a fim de contemplar o objetivo do estudo. Ao estabelecermos o corpus para análise, quatro blocos discursivos foram identificados. O primeiro está relacionado com a produção de sentidos da doença para o doente, sendo eles o câncer, a aids, o uso de drogas, a população carcerária, o isolamento, o bicho de sete cabeças, o caráter punitivo por meio do discurso religioso e a normalidade do adoecimento por parte do profissional de saúde. O segundo está relacionado a produção de sentidos quanto ao vínculo entre doentes e profissionais de saúde, relacionados com a fragilidade do vínculo no que concerne a rotatividade dos profissionais, a objetivação do doente durante o atendimento e a não identificação de outras categorias profissionais, que não a médica, como integrantes do cuidado; e a potencialidade do mesmo a partir da acessibilidade, boa comunicação, e a disponibilização de incentivos (cesta básica e vale transporte). O terceiro está relacionado com a produção de sentidos quanto a modalidade de supervisão do tratamento e a regulação de autonomia do doente, visto tanto como fragilidade quanto como potencialidade. E como quarto bloco discursivo, o empoderamento foi identificado como um sentido circulante para continuidade do tratamento, sendo mediado pelo próprio sujeito por meio da internet ou como uma necessidade durante as consultas clínicas ou em visitas domiciliares. Acreditamos que a compreensão desse processo pela perspectiva do doente com o aporte do referencial da análise de discurso trouxe subsídios importantes para a prática profissional com foco para qualificação do cuidado aos adoecidos por tuberculose.

Palavras-chave: Tuberculose. Pacientes. Continuidade da assistência ao paciente. Pessoal de saúde. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

SURNICHE, C. A. **The continuity of care in the tuberculosis patient's vision: a discursive analysis.** 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Tuberculosis is considered a major problem in global health, being the second cause of death among infectious diseases having as a priority for its control early diagnosis and proper treatment, and requiring a care network able to preserve the continuity of care. Among the types of continuity, we have the relational implying the continued contact between the user and services, with a sense of responsibility towards the patient, giving care sustainability over time. Therefore, the French pattern of discourse analysis, in this context, becomes an important theoretical and methodological framework able to understand the elements of the continuity presents in the patient's discourse. This study aimed to analyze the discourse of the patient about the continuity of care during his treatment. This is a research with qualitative and descriptive design approach. We held this research in one of the reference centers for care of tuberculosis in Ribeirão Preto, from July to September of 2014. The subjects of this were ten tuberculosis' patients on directly observed treatment and/or clinical follow up in this reference center. For data collection we conducted depths interviews scheduled. This study was approved by the Ethics in Research Committee of the College of Nursing of Ribeirão Preto, being respected the ethical principles as recommendations contained in Resolution No. 466/2012 of the National Health Council. Data analysis was carried out through the theoretical and methodological framework of the French pattern of discourse analysis, and eight interviews were used in order to contemplate the purpose of this study. To establish the corpus for analysis, we identified four discursive blocks. The first is related to the production of meanings of the disease to the patient, they being cancer, aids, drug use, prison populations, isolation, "bicho de sete cabeças", the punitive character through religious discourse and the normality of illness by the health care professional. The second is related to production of meanings about the link between patients and healthcare professionals, related to the bond's weakness was the rotation of personnel, the objectification of the patient during care and the failure to identify other professions, not just medical, as care members; and the potential of it was the accessibility, good communication, and the provision of incentives (food basket and transportation vouchers). The third is associated with the production of meanings related to treatment supervisory mode and regulation of patient autonomy, seen as both fragility and potentiality. And as the fourth discursive block, empowerment has been identified as a current sense for continuity of care, being mediated by the subjects themselves through the Internet or as a necessity during clinic visits or home visits. We believe that understanding this process by the patient's perspective with the contribution of discourse analysis framework has brought important benefits for professional practice focused in qualification of care to diseased with tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis. Patients. Continuity of patient care. Health personnel. Qualitative research.

RESUMEN

SURNICHE, C. A. **La continuidad de la atención en la visión del paciente de tuberculosis: un análisis discursivo.** 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La tuberculosis es considerada un problema importante en la salud mundial, ya que es la segunda causa de muerte entre las enfermedades infecciosas donde el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son la prioridad para su control, exigiendo una red de atención capaz de preservar la continuidad de la asistencia. Entre los tipos de continuidad, citamos la relacional que implica el contacto continuado entre el usuario y el sistema, con un sentido de responsabilidad y sostenibilidad con el tiempo. Así, el análisis del discurso de origen francés, se convierte en un importante teórico-metodológico capaz de entender los elementos de continuidad presentes en el discurso del paciente. El objetivo del presente estudio fue analizar la discursividad del paciente en la continuidad de la atención durante el tratamiento. Esta es una investigación con enfoque cualitativo y descriptivo. Realizada en uno de los centros de referencia para la atención de la tuberculosis en Ribeirão Preto, en el período de julio a septiembre de 2014. Los sujetos del estudio fueron diez pacientes con tuberculosis en tratamiento directamente observado y/o seguimiento clínico esta referencia central. Para recolección de datos, se realizaron entrevistas en profundidad programadas de antemano. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Preto Ribeirão, siendo respetados los principios éticos conforme a las recomendaciones contenidas en la Resolución N ° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. Análisis de los datos fue realizada a través del referencial teórico-metodológico de la matriz francesa de análisis del discurso, y ocho entrevistas se utilizaron con el fin de contemplar el propósito del estudio. Así que eso fue consolidado el corpus para análisis, se han identificado cuatro bloques discursivos. El primero está relacionado con la producción de sentidos de la enfermedad para el paciente, a saber, el cáncer, el SIDA, el consumo de drogas, la población carcelaria, el aislamiento, la gran cosa, el castigo a través del discurso religioso y la normalidad de la enfermedad por el profesional de la salud. El segundo está relacionado con la producción de sentidos como el vínculo entre los pacientes y los profesionales de la salud, relacionado con la fragilidad del vínculo al mencionar la cifra de negocios de los profesionales, la objetivación del paciente durante la atención y la falta de identificación de otras profesiones no médicas, como miembros de atención; y el potencial de la misma a partir de la accesibilidad, la buena comunicación, y la provisión de incentivos (canasta básica y vales de transporte). El tercero se asocia con la producción de sentidos como la modalidad de tratamiento supervisado y la regulación de la autonomía del paciente, considerando tanto la fragilidad y el potencial. Cómo cuarto bloque, el empoderamiento fue identificado como un sentido actual de la continuidad de la atención, siendo mediada por los sujetos sí mismos a través de Internet o como una necesidad durante las visitas clínicas o visitas a domicilio. Creemos que la comprensión de este proceso por la perspectiva del paciente con la contribución de marco de análisis del discurso, trajo importantes beneficios para el ejercicio profesional, con especial atención para mejorar la atención los enfermos de tuberculosis.

Palabras Clave: Tuberculosis. Pacientes. Continuidad de la atención al paciente. Personal de salud. Investigación Cualitativa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Seleção de descritores conforme base de dados.....	28
Figura 2 – Estratégias de busca realizadas no PubMed.....	29
Figura 3 – Processo de seleção dos artigos.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
AMIN	Ambulatório de Moléstias Infecciosas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSE	Centro de Saúde Escola
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB	Departamento de Atenção Básica
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DOTS	Direct Observed Treatment Shortcourse
DRS	Departamento Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HC FMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto na Universidade de São Paulo
HIV	Human Immunodeficiency Virus - Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
MI	Moléstias Infecciosas
NADEF	Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente
NGA 59	Ambulatório Regional de Especialidades
NOB	Normas Operacionais Básicas

ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAM	Posto de Atendimento Médico
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PubMed	Publisher Medline
SS	Serviço de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBL	Tuberculose Latente
TODO	Tratamento Diretamente Observado
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UETDI	Unidade Especial de Tratamento em Doenças Infecciosas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. INTRODUÇÃO	15
3. ANÁLISE DE DISCURSO DE MATRIZ FRANCESA: APROXIMAÇÃO TEÓRICA	22
4. REVISÃO DA LITERATURA	27
5. OBJETIVOS	32
5.1. Objetivo Geral	33
5.2. Objetivos Específicos	33
6. MATERIAL E MÉTODOS	34
6.1. Delineamento do Estudo	35
6.2. Cenário do Estudo	35
6.3. Sujeitos do Estudo	37
6.4. Procedimentos para Coleta de Dados	37
6.5. Análise de Dados	39
6.6. Aspectos Éticos	42
7. RESULTADOS	43
7.1. Condições de Produção relacionadas à assistência ao doente de TB no Centro Saúde Escola “Dr. Joel Domingos Machado” Sumarezinho – Ambulatório de Moléstias Infecciosas	44
7.2. Condições de Produção dos adoecidos por TB	47
7.2.1. Entrevistado 1 (E1)	48
7.2.2. Entrevistado 2 (E2)	49
7.2.3. Entrevistado 3 (E3)	49
7.2.4. Entrevistado 4 (E4)	50
7.2.5. Entrevistado 5 (E5)	51
7.2.6. Entrevistado 6 (E6)	52
7.2.7. Entrevistado 7 (E7)	53
7.2.8. Entrevistado 8 (E8)	54
7.3. Descrição sociodemográfica	56
7.3.1. Doentes em tratamento no CSE “Dr. Joel Domingos Machado” Sumarezinho	56
7.3.2. Doentes entrevistados	57

7.4. Análise dos fragmentos.....	58
7.4.1. Doente e doença: os sentidos circulantes	58
7.4.2. A vinculação com os serviços e os profissionais de saúde	74
7.4.3. A regulação da autonomia e os processos de resignação/resiliência	86
7.4.4. O empoderamento quanto ao processo de adoecimento	96
8. <i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	101
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	113
ANEXOS	119

1. APRESENTAÇÃO

O presente estudo buscou compreender a continuidade da assistência ao doente em tratamento de tuberculose por meio do discurso do mesmo. Percebe-se a importância dessa compreensão, uma vez que essas questões frequentemente influenciam a adesão ao tratamento. Identificar os fatores que influenciam essa continuidade a partir do efeito de sentidos produzidos, considerando as condições de produção e posição assumida pelo sujeito, permitirá a elaboração de estratégias para evitar a quebra da mesma e consequentemente evitar o abandono do tratamento.

Esse estudo foi realizado em Ribeirão Preto e faz parte de um projeto multicêntrico intitulado: *“Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil”* resultante da colaboração de pesquisadores de sete Universidades Federais e Estaduais juntamente com coordenações locais do Programa de Controle da Tuberculose e Centro de Vigilância Epidemiológica, cujas atividades de pesquisa são coordenadas e desenvolvidas pelo Grupo Interinstitucional de Pesquisa da Área Epidemiológico-Operacional em Tuberculose – GEOTB, que atua de forma articulada com a REDE TB.

O GEOTB apresenta como objetivos: fomentar a produção de conhecimento tendo como eixo norteador a organização da atenção para o controle da tuberculose; empregar metodologias inovadoras na avaliação de programas, sistemas e serviços de saúde, e na análise de dados epidemiológicos; e contribuir para a formação de recursos humanos para prestação de assistência em tuberculose. Apresenta como líderes a Prof^ª. Dr^ª. Tereza Cristina Scatena Villa e Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto.

A fim de fortalecer as parcerias e aprofundar os conhecimentos acerca do referencial teórico-analítico da Análise de Discurso de matriz Francesa outra parceria foi instituída com o Grupo de Estudos e Pesquisa em Alfabetização, Leitura e Letramento (GEPALLE) coordenado e liderado pela Prof^ª. Dr^ª. Filomena Elaine Paiva Assolini. O grupo tem como o foco o estudo em áreas relacionadas à alfabetização, à leitura, ao letramento, às práticas pedagógicas escolares e à formação de professores fundamentados, também, na Análise de Discurso de matriz Francesa.

2. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) ainda hoje é considerada um importante problema na saúde global, uma vez que é a segunda causa de morte entre as doenças infecciosas apesar de ser prevenível e curável. Sua transmissão ocorre por meio da tosse, fala ou espirro do doente bacilífero (doentes com baciloscopia de escarro positiva para *Mycobacterium Tuberculosis*) e com isso a prioridade para o seu controle é o diagnóstico precoce e tratamento adequado (BRASIL, 2011; WHO, 2013).

Há duas décadas, a TB foi declarada uma emergência de saúde pública devido ao número de casos alarmantes, desde então a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a implementação da Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS), traduzido como Estratégia de Tratamento Diretamente Observado, que é fundamentada em cinco elementos: compromisso político e mobilização social, diagnóstico por meio de exames de qualidade, tratamento supervisionado e padronizado (elemento principal devido às taxas de cura inferiores à 85% e abandono superior à 5%) , fornecimento de medicamentos, e monitoramento e avaliação dos casos. No Brasil esta estratégia surge em 1998, após o estabelecimento da TB como um problema prioritário no país, com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose estabelecendo como componente fundamental a atenção à todos sintomáticos respiratórios (SR), com diagnóstico da totalidade dos casos e tratamento supervisionado para diminuição do abandono ao nível máximo de 5% (BRASIL, 1998; WHO, 2014).

Além dessa, em 2006 é lançada a estratégia Stop-TB com seis componentes sendo o primeiro o fortalecimento do DOTS. Entre as metas globais dessa estratégia também contempladas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estão: a redução da incidência, da prevalência e da mortalidade; o aumento da taxa de detecção dos casos; e o aumento da taxa de sucesso do tratamento (UNITED NATIONS, 2013; WHO, 2006; WHO, 2014a).

Desde 2000 é possível perceber uma queda, ainda que lenta, nos índices de incidência (aproximadamente 1,5% ao ano) e na taxa de mortalidade (45%), sendo que duas regiões, das Américas e do Pacífico Ocidental, já alcançaram as metas de redução de incidência, prevalência e mortalidade. Entre 2000 e 2013 um total de 37 milhões de pessoas foram salvas devido ao diagnóstico e tratamento adequados. Apesar disso, em 2013, a estimativa de casos novos foi de 9 milhões sendo que desses, 1,5 milhões evoluíram para o óbito, tornando-se assim responsável pela segunda posição nos óbitos por doenças

infecciosas. A maioria dos casos ocorreu na Ásia (56%) e na região Africana (29%); e aproximadamente 78% dos óbitos ocorreram na região Africana e no Sudeste da Ásia (WHO, 2014b).

Atualmente, 22 países permanecem como prioritários para o controle da TB, entre eles o Brasil, uma vez que os mesmos possuem 81% de todos os casos estimados da doença a nível global. Entre os cinco países com maiores casos da doença estão a Índia, China, África do Sul, Indonésia e Paquistão. Outros 11 países ainda estão longe de atingir uma ou mais metas de redução da incidência, prevalência e mortalidade, principalmente devido aos recursos reduzidos, epidemia de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e conflitos/instabilidades. O Brasil, em 2013, apresentou uma incidência de 46 casos novos por 100 mil habitantes, e em 2012, 72% de casos tratados com sucesso (inferior à taxa esperada de 85%) (WHO, 2014b).

Na revisão de literatura realizada por Pedro e Oliveira (2013) evidenciou-se que a TB está associada intimamente às condições de vida, baixos níveis de escolaridade e renda, aumentando assim a vulnerabilidade à doença. Além disso, algumas doenças que comprometem o sistema imunológico podem ser facilitadoras à manifestação da TB, estando entre elas o *Diabetes Mellitus*, a infecção pelo HIV, doenças renais crônicas e a desnutrição. Ainda, o tratamento prolongado com corticosteroides, a terapia imunossupressora e o uso do tabaco podem ser considerados fatores de risco para doença. Além desses, crianças menores de dois anos, idosos, população indígena, profissionais da área da saúde, pessoas privadas de liberdade e em situação de rua estão contempladas como população vulnerável (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; WHO, 2007).

No Brasil, além dos fatores mencionados anteriormente, existe uma heterogeneidade materializada nas dimensões territoriais, étnicas, econômicas, sociais, e culturais. Em 1988, com a Constituição Federal, ocorre a descentralização do sistema público de atenção à saúde com base na municipalização buscando atender as especificidades regionais. Entretanto, visto o número elevado de municípios com população inferior a 20 mil habitantes (75%), essa descentralização gerou a fragmentação do sistema de saúde juntamente com problemas de má qualidade dos serviços. A descentralização é definida operacionalmente por meio das leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que posteriormente passam a ser reguladas por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB). A portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998 aprova o Manual para Organização da Atenção

Básica consolidando o estabelecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como prioritária a fim de tornar o Serviço de Saúde (SS) mais eficiente, consolidando vínculos e contribuindo para a universalização do acesso e integralidade da assistência (BRASIL, 2003).

Atualmente a APS deve ser vista como o local de contato preferencial do usuário com o SS considerando a singularidade e complexidade do indivíduo e proporcionando uma assistência integral às condições agudas e crônicas, assim como a promoção à saúde. Dessa forma, atuaria como um centro coordenador articulando os pontos de atenção e regulando o fluxo aos serviços de níveis secundários e terciários (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; MENDES, 2011).

Entres as áreas estratégicas de atuação da APS encontra-se o controle da TB, privilegiando a descentralização das ações de controle e ampliando assim o acesso das populações vulneráveis. No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) juntamente com o Departamento de Atenção Básica (DAB) são os responsáveis, à nível federal, pela elaboração de estratégias que promovam essa descentralização juntamente com outros setores do governo (BRASIL, 2011; MENDES, 2012).

Dessa forma, o doente de TB pode procurar qualquer unidade de saúde, devendo ser a APS o serviço de saúde preferencial. A estes serviços são atribuídos à prescrição do esquema básico de tratamento da doença, a responsabilização pelos pacientes com efeitos adversos “menores”, a busca pelos SR, realização do exame diagnóstico, e o monitoramento do tratamento. Ainda a estrutura de atenção à TB é composta pela referência secundária em casos de comorbidades, efeitos adversos “maiores”, prescrição de esquemas especiais e pela referência terciária em casos prescrição de esquemas para multirresistência. Embora as unidades urgência e emergência (hospital e pronto atendimento (PA)) não sejam a porta de entrada preferencial, são importantes componentes na rede de atenção à TB devendo estar aptos a identificar o SR, diagnosticar a TB, e realizar medidas de controle da infecção (BRASIL, 2011).

A TB tem curso longo de adoecimento e tratamento. Estas características a denominam como uma condição crônica necessitando de uma rede de serviços coordenadas e voltadas às necessidades dessa população. Infelizmente, os SS permanecem falhos, uma vez que sua atenção é voltada para o tratamento das condições agudas, não sendo preparado para atender as condições crônicas. Além disso, os profissionais envolvidos na tomada de decisão

assim como no cuidado direto ao cliente mantêm esse paradigma tornando difícil a aplicação de um novo modelo (BRASIL, 2011; MENDES, 2012).

Nesse contexto, a continuidade da assistência é percebida como sendo a coordenação efetiva entre os SS, o mais coerente e conjunto possível; a adequada acessibilidade ao SS; o relacionamento interpessoal entre usuário e profissional de saúde; e o bom fluxo de informações entre os SS. No controle da TB, a continuidade da assistência é indispensável para o sucesso do tratamento visto a longa duração do mesmo (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

A necessidade de evitar a fragmentação e melhorar a continuidade da assistência faz com que vários estudos sejam elaborados nessa área, entretanto os esforços para resolver os problemas ou mesmo avaliá-los são prejudicados dada a ampla conceituação e avaliação utilizada para a continuidade da assistência. Com isso, Reid, Haggerty e McKendry (2002) juntamente com 58 pesquisadores realizaram uma revisão sistemática para verificar como a continuidade tem sido usada e medida a fim de apreender o conceito comum e recomendar medidas para monitoramento do serviço de saúde.

Assim, a continuidade da assistência é o resultado do acesso adequado, das habilidades interpessoais, do bom fluxo de informações entre serviços, além da boa coordenação entre provedores. A continuidade da assistência é percebida pelo usuário por meio do cuidado ao longo do tempo, apresentando coerência com as suas necessidades e integralidade por meio dos diferentes serviços de saúde. Dois elementos centrais são necessários: a experiência do cuidado de um sujeito específico com o SS, e a continuidade do cuidado através do tempo. A continuidade existe na presença dos dois, mas apenas eles não definem a mesma (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Existem três tipos de continuidade da assistência: continuidade informacional, continuidade relacional e continuidade gerencial. A informacional é determinada pelo uso de informações passadas para a efetivação do cuidado individual. A gerencial, utilizada principalmente nas doenças crônicas, oferece a prestação de diversos tipos de serviços com o objetivo de complementariedade. Já a relacional implica que o contato continuado entre o usuário e o SS dê sustentabilidade ao cuidado através do tempo. Ainda significa que o paciente utiliza o mesmo SS para a maioria de suas necessidades e que o mesmo apresenta um senso de responsabilidade com relação ao usuário. No presente estudo o foco se dará no quesito relacional. A continuidade é atingida quando os serviços são prestados de maneira

complementar e em tempo oportuno (HAGGERTY et al., 2003; REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Vários fatores podem estar relacionados com o rompimento dessa continuidade, tais como: relações interpessoais entre os profissionais de saúde e o doente (confiança, vínculo, comunicação), organização dos SS (falta de estrutura física, profissionais, e recursos financeiros e comunicação falha entre SS) afetando diretamente a qualidade do atendimento, dificuldades financeiras do doente, entre outros (HAGGERTY et al., 2003; REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Vários estudos têm relatado o relacionamento entre o profissional e o doente de TB, estando à confiança atrelada ao bom relacionamento de ambos. Algumas vezes, a falta de treinamento e educação continuada do profissional pode comprometer essa relação com o doente, levando à percepção da falta de conhecimento e à consequente queda da qualidade do serviço. Além disso, essa quebra na confiança pode ser percebida com a falta de vínculos entre profissionais e usuários, ou seja, pela comunicação inadequada. Podendo ser percebida pela falta de conhecimento do doente sobre a TB. Ainda é relatada a experiência com a estigmatização do doente pelo profissional, gerando um sentimento de inferioridade e humilhação comprometendo essa relação (AYISI et al., 2011; CULQUI et al., 2012; EL-DIN; ELHOSSSEN; MOHSEN, 2013; FINLAY et al., 2012; GEBREKIDAN et al., 2014; HASKER et al., 2010; KIZUB et al., 2012; SHIMAMURA et al., 2012; SOUZA et al., 2010; VIJAY et al., 2010; WANG; CHEN, 2009).

O comprometimento da organização dos SS é descrito por alguns autores por meio da falta de estrutura física comprometendo a privacidade do doente, ou ainda pela falta de profissionais de saúde comprometendo a qualidade da atenção por meio da sobrecarga de trabalho. Ainda é evidenciado um atraso na comunicação entre os serviços gerando um descontentamento entre os profissionais com consequente comprometimento do cuidado (CHHEA; WARREN; MANDERSON, 2010; KIZUB et al., 2012; LI et al., 2010; RITCHIE et al., 2012; YAO et al., 2011).

Por fim, questões financeiras são frequentemente abordadas como fatores que interferem no sucesso do tratamento. Estudos trazem que apesar da gratuidade do tratamento, há uma sobrecarga na situação financeira do doente devido aos deslocamentos até o SS (distância geográfica), ou até mesmo na necessidade de alimentação feito fora do domicílio

(BARENNE et al., 2010; BOOGAARD et al., 2012; HASKER et al., 2010; KIZUB et al., 2012; LI et al., 2010; TEDESSE et al., 2013; XU et al., 2009; YAO et al., 2011).

Considerando a amplitude dos aspectos que podem comprometer a continuidade da assistência e a importância de sua compreensão, percebemos o doente de TB como importante elemento para qualificar a assistência prestada. Nesse sentido buscamos um referencial teórico-metodológico para compreender os aspectos implicado nessas relações entre os doentes e os SS. Assim, a análise de discurso (AD) de matriz Francesa, dentro desse contexto, torna-se um importante referencial teórico-metodológico capaz de compreender os elementos da continuidade presentes no discurso do doente. Ao trabalharmos com o discurso, heterogêneo e em constante mudança, concebendo o mesmo como um processo de produção de sentidos que consideram as condições de produção do mesmo além da posição assumida pelo sujeito, podemos apreender a compreensão desse sujeito à respeito da continuidade de maneira singular trabalhando assim, com os aspectos destacados para melhoria dessa continuidade (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2013).

Considerando os aspectos mencionados anteriormente e falta de estudos na área de enfermagem que trabalhem a continuidade da assistência a partir da perspectiva do doente e com embasamento no referencial teórico-metodológico da AD de matriz Francesa, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Como o doente de TB percebe a continuidade da assistência durante seu tratamento?

3. *ANÁLISE DE DISCURSO DE MATRIZ FRANCESA: APROXIMAÇÃO TEÓRICA*

A fim de responder aos objetivos propostos, teremos como dispositivo teórico-analítico a análise de discurso (AD), de matriz Francesa. A escolha desse dispositivo analítico se deu pela possibilidade de identificar a posição discursiva que o sujeito ocupa e como esta se encontra fundamentada pela união da história, da psicologia e da ideologia (ORLANDI, 2013).

O discurso na AD não apresenta a conformação linear da comunicação (Emissor – Receptor – Código - Referente – Mensagem) assim como não prioriza a transmissão da informação, mas sim apresenta uma relação simultânea entre emissor e receptor formando um processo complexo de constituição desses sujeitos e produção de sentidos (ORLANDI, 2013). Nesse contexto, o discurso é trabalhado como um objeto sócio-histórico com intervenção do linguístico, ou seja, a partir dele podemos observar as relações entre ideologia e a língua observando o efeito de sentidos gerados pela ideologia na língua e pela língua na ideologia compreendendo assim a produção de sentidos e a constituição dos sujeitos (ASSOLINI, 2003).

Com isso, é necessário salientar que a língua para o analista de discurso, não é apenas um código, mas um mecanismo de funcionamento do discurso com um caráter de significante, não sendo fechada nela mesmo, e com isso capaz de equívoco, deslize e de falha (ASSOLINI, 2003).

Remetendo-nos ao objeto dessa pesquisa, compreender a discursividade do doente de TB sobre a continuidade da assistência durante o seu tratamento implica a compreensão de alguns dos sentidos produzidos por esse sujeito, a partir de determinadas condições de produção, sobre essa continuidade.

Se a partir do discurso, ou seja, da produção de sentidos nos constituímos enquanto sujeitos, faz-se necessário uma compreensão sobre conceito de sujeito nessa perspectiva. Diz-se que o sujeito da AD é um sujeito cindido, clivado, descentrado, uma vez que é interpelado pela ideologia e pelo inconsciente e com isso sem liberdade discursiva. Sendo assim, dois aspectos intervêm em sua constituição: o primeiro diz que apesar de social, por ser interpelado pela ideologia, o sujeito se acredita livre e individual; o segundo que apesar de provido pelo inconsciente, acredita estar sempre consciente. Considerando esses aspectos, podemos inferir que o sujeito (re)produz o seu discurso (GUERRA).

Outro conceito importante para compreensão da AD é o de sentido. O sentido não pode ser definido como algo em si, mas como uma relação. Nesse caso, o sentido nada mais é

do que a relação da ideologia com a língua e consequentemente das formações ideológicas nas quais os sujeitos estão inscritos. Salienta-se que o sentido é construído durante o processo de interlocução considerando as condições de produção e a formação discursiva não sendo, portanto, algo imutável (BRANDÃO, 2012).

As condições de produção, na AD, representam as relações dos sujeitos com o contexto histórico assim como a imagem de si mesmos e do local de onde falam (BRANDÃO, 2012). As condições de produção podem ser consideradas em seu sentido estrito, juntamente com as condições de enunciação que correspondem ao contexto imediato; e em seu sentido amplo considerando então, o contexto sócio-histórico e ideológico (ORLANDI, 2013). No contexto da pesquisa, as condições estritas são representadas pelo contexto familiar e do adoecimento do doente, além do momento da entrevista. Já as condições amplas são representadas pela organização dos SS, e também do Sistema Único de Saúde (SUS).

A memória é uma ferramenta que faz com que as condições de produção sejam “ativadas” na produção do discurso. Quando considerada na perspectiva discursiva assume o papel de interdiscurso. O interdiscurso é a memória discursiva, compreendida conforme o já dito, tornando possível todo o dizer, retornando sob a forma do pré-construído e sustentando o dizer. As formulações já feitas e esquecidas, ou seja, o interdiscurso, afetam o modo como o sujeito significa a partir de dizeres disponibilizados e determinam o que dizemos. Nesse sentido, a enunciação imediata é entendida como intradiscurso, influenciada pelas condições de produção e também pelo interdiscurso (ORLANDI, 2013).

Já a formação discursiva pode ser entendida como a determinação do que “pode ou deve” ser dito considerando a formação ideológica a partir de um local historicamente determinado (BRANDÃO, 2012). São constituídas pela contradição, sendo heterogêneas continuamente configurando-se e reconfigurando-se nas relações. Com isso, palavras iguais podem significar diferentemente de acordo com a formação discursiva na qual se inscrevem. É ainda o lugar de constituição do sentido e da identificação do sujeito. A formação ideológica é a representação da formação discursiva no discurso, por isso pode-se dizer que os sentidos sempre são determinados ideologicamente (ASSOLINI, 2003; ORLANDI, 2013).

Destaca-se que o discurso sempre esteve em processo, o que quer dizer que nós nos inserimos no mesmo e não o originamos. Com isso dois conceitos são necessários para o entendimento de que a formação discursiva juntamente com a memória discursiva faz

formular formulações já enunciadas, sendo eles: o esquecimento número um e o esquecimento número dois (BRANDÃO, 2012; ORLANDI, 2013).

O esquecimento número um é resultado da forma como a ideologia nos afeta estando no inconsciente do sujeito. Nesse esquecimento temos a sensação de que o que estamos formulando é de nossa autoria, entretanto a formulação é retomada/pré-existente. Já o esquecimento de número dois, semiconsciente, produz a impressão da realidade do pensamento, pensamos que só há uma maneira de dizer o que se pretende quando na realidade não o é (ORLANDI, 2013).

Retomando a questão das condições de produção, podemos considerar que há três questões que a origina, o material (língua e historicidade), o institucional (formação social) e o mecanismo imaginário. Considerando os conceitos abordados anteriormente que compreendem o material e o institucional, resta-nos abordar o mecanismo imaginário. Esse mecanismo é conhecido por formações imaginárias, que funcionam no discurso por meio da produção de imagens dos sujeitos e do objeto discursivo dentro de uma conjuntura sócio-histórica. Os fatores envolvidos nas formações imaginárias são: a relação de sentidos, o mecanismo de antecipação e a relação de forças (ORLANDI, 2013).

A relação de sentidos garante que haja uma relação entre discursos, ou seja, todos se relacionam de forma contínua. O mecanismo de antecipação, regula a argumentação, a partir da possibilidade de experimentação colocando-se no lugar do interlocutor e imaginando o que o mesmo pensará de suas palavras. Finalmente a relação de forças, indica que o lugar de onde o sujeito fala o constitui. Esses mecanismos permitem que o sujeito assuma sua posição de sujeito no discurso contribuindo para a constituição das condições de produção no discurso (ORLANDI, 2013).

Ainda há outro aspecto do discurso importante para o entendimento do mesmo: o silêncio. Considerado como uma das formas de trabalhar o não dito na AD pode ser identificado como um lugar para que o sentido faça sentido. O silêncio fundador é aquele que indica que o que foi dito pode significar outra coisa, ou seja, que o sentido pode ser outro. Entretanto existe também, o silenciamento ou política do silêncio que se divide em silêncio constitutivo, onde uma palavra apaga outras; e o silêncio local que nada mais é do que a censura, aquilo que não pode ser dito (ORLANDI, 2013).

Destaca-se a importância da compreensão de que não há como segmentar os conceitos abordados anteriormente, uma vez que todos estão, de uma forma ou de outra,

vinculados. Novamente trazemos como conceito central o discurso, tanto para o referencial teórico-metodológico da AD quanto para o nosso estudo. Salientamos, então, que o mesmo não é homogêneo e sim marcado pela heterogeneidade, pela contradição. Ainda, não é acabado, uma vez que é influenciado por discursos passados e influenciará discursos futuros. Com isso, os gestos interpretativos não são definitivos, podendo haver outros sentidos de acordo com a posição-sujeito e/ou filiações sócio-históricas às quais o sujeito está vinculado.

4. REVISÃO DA LITERATURA

Para realização da revisão de literatura duas bases foram selecionadas levando em consideração as produções regionais relevantes (latino-americanas) e a amplitude das produções na área da biomedicina e saúde sendo elas: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o Publisher Medline (PubMed)

A partir da definição do problema de estudo, foi realizado uma busca por descritores que pudessem subsidiar o aprofundamento no objeto de estudo. Com isso a seleção ocorreu por meio dos Descritores em Ciência da Saúde (Decs) e do Medical Subject Headings (MeSH) conforme Figura 1.

Figura 1. Seleção de descritores conforme base de dados.

Após a seleção dos descritores, foram formuladas estratégias de buscas a fim de contemplar todos os descritores selecionados. Na Figura 2 é demonstrado a estratégia realizada no PubMed. A mesma estratégia foi utilizada no LILACS com os descritores em português.

Figura 2. Estratégias de busca realizadas no PubMed.

Para seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: 1) ter sido publicado a partir de 2009; 2) ter sido realizado com adultos maiores de 19 anos; 3) estar nos idiomas Inglês, Português ou Espanhol; 4) possuir resumo online disponível; 5) Não ser tese, dissertação e nota editorial.

Durante as leituras dos títulos e resumos foram selecionados artigos que contemplassem os critérios de inclusão e que mencionassem nos resultados os fatores relacionados ao SS que podem influenciar a continuidade do tratamento, podendo estar relacionado à percepção do doente ou dos profissionais de saúde.

Os resultados após as buscas, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, leitura de títulos e resumos, e exclusão de duplicados estão ilustrados na Figura 3.

Figura 3. Processo de seleção dos artigos.

Desses 30 artigos, dois foram excluídos por não possuírem livre acesso. Após leitura dos 28 restantes, outros dois foram excluídos por não se adequarem ao objeto de estudo, resultando em um total de 26 estudos para análise. Após a organização e síntese dos dados, por meio de um formulário (Apêndice A) elaborado para este fim, os mesmos foram incluídos na introdução do presente estudo.

Das publicações encontradas 53,8% (14) apresentaram abordagem qualitativa, 38,5% (10) abordagem quantitativa, e 7,7% (2) mista (qualitativa e quantitativa). Ainda, 73% (19) trabalharam com a perspectiva do usuário, 19% (5) com a perspectiva dos profissionais de saúde, e 8% (2) com a perspectiva de ambos. Com relação ao ano de produção, aproximadamente, 19% (5) foram publicadas em 2009, 23% (6) em 2010, 15% (4) em 2011, 27% (7) em 2012, 12% (3) em 2013, e 4% (1) em 2014.

Os estudos foram realizados em sua maioria (42% - 11 estudos) em países do continente Asiático, sendo a China o país com maior número de produções nessa revisão, seguido pelo continente Africano com 35% (9), Americano com 19% (5), sendo o Brasil responsável por três, e Europeu com 4%(1).

Essa revisão possibilitou um reconhecimento das produções realizadas na temática da continuidade do tratamento. Ainda, permitiu a percepção de que apesar do número elevado de publicações com a abordagem qualitativa, dentro dessa revisão, o referencial teórico-metodológico de AD não foi utilizado destacando assim, uma lacuna na sua utilização em produções nessa área. Entretanto, não podemos considerá-la como sendo completamente abrangente, uma vez que foi utilizada apenas uma estratégia de busca, sem inclusão de sinônimos, para cada descritor em duas bases de dados.

Entre as questões abordadas pelos autores podemos elencar: o relacionamento entre o profissional de saúde e o doente, considerando a confiança, a falta de treinamento, a comunicação inadequada e a estigmatização do doente pelo profissional de saúde como sendo fatores que podem comprometer essa continuidade; a organização do SS, considerando a estrutura física, recursos humanos e comunicação entre serviços como fatores comprometedores; e as questões financeiras, tanto com deslocamento quanto com alimentação.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

- Analisar a discursividade do doente sobre a continuidade da assistência durante o tratamento da TB.

5.2. Objetivos Específicos

- Analisar a produção de sentidos em relação à tuberculose.
- Analisar a produção de sentidos do doente sobre as relações interpessoais com a equipe de saúde.
- Analisar a produção de sentidos do doente sobre modalidade de supervisão do tratamento.

6. MATERIAL E MÉTODOS

6.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e delineamento descritivo.

Segundo Deslantes, Gomes, Minayo (2010) a abordagem qualitativa trabalha com uma realidade não quantificável, uma vez que tramita no universo dos significados. Volta-se para a especificidade do sujeito, suas crenças, seus valores, seus motivos, ou seja, suas questões particulares (DESLANTES; GOMES; MINAYO, 2010; SEVERINO, 2007).

O pesquisador está interessado na interpretação que os sujeitos apresentam sobre determinada situação, estando a subjetividade presente. Além disso, o contexto em que o sujeito está inserido é considerado primordial para formação de sua experiência (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

Nessa abordagem o delineamento descritivo é frequentemente utilizado uma vez que o mesmo, além do registro e análise, busca identificar as causas de determinada situação por meio da interpretação (SEVERINO, 2007). Procura descrever os fatos e fenômenos da realidade exigindo do pesquisador um aporte teórico sobre o objeto de estudo (TRIVIÑOS, 1987 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35).

6.2. Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto, localizado na região noroeste do Estado de São Paulo, com uma população estimada de 658.059 (IBGE, 2014) e um índice de desenvolvimento humano de 0,800 (PNUD, 2010) estando em 40º no ranking dos municípios brasileiros. O município é gestor pleno do sistema de saúde desde 1998, atendendo a 26 municípios que compõem ao XIII Departamento Regional de Saúde (DRS), e apresenta em processo de implantação o modelo de gestão colegiada a fim de descentralizar o processo decisório fortalecendo assim os cinco distritos de saúde do município (Distritos Central, Leste – Castelo Branco, Norte - Quintino, Oeste - Sumarezinho e Sul – Vila Virgínia) (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A rede municipal de saúde em 2014 era composta, entre outros, por: cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), sendo uma com serviços de Atenção Básica e Especialidades (UBDS Castelo Branco); três com serviços de PA, Atenção Básica e Especialidades (UBDS Vila Virgínia, UBDS Central e Centro Saúde Escola (CSE)

Sumarezinho) e uma com serviços de PA e Especialidades (UBDS Norte) (CNES, 2014; RIBEIRÃO PRETO, 2013; RIBEIRÃO PRETO 2014); 27 Unidades Básicas de Saúde e 12 Unidades de Saúde da Família, sendo que o município possuía 321 Agentes Comunitários de saúde (cobertura populacional estimada de 29,8%) e 33 equipes de ESF cadastradas (cobertura estimada de 18,4%) (CNES, 2014; DAB, 2014); quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i), além de dois Ambulatórios de Saúde Mental (Ambulatório Regional de Saúde Mental Dr. Guido Hetem e Ambulatório de Saúde Mental Dr. Nelson Okano), quatro Residências terapêuticas e três comunidades terapêuticas; Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas – Posto de Atendimento Médico (PAM II), uma Unidade de PA (UPA III), um Centro de Referência a saúde do Trabalhador (CEREST); um Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF); dois Centros de Referência de Moléstias Infectocontagiosas; cinco Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) que integram o Programa de DST/aids e 15 unidades hospitalares, sendo um Hospital Universitário – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC FMRP-USP); e nove hospitais conveniados ao SUS (CNES, 2014; RIBEIRÃO PRETO, 2013; RIBEIRÃO PRETO, 2014a).

A atenção aos doentes de TB ocorre de forma centralizada, sendo em 2014, em quatro Ambulatórios de Referência. Em 2015, esse quadro passa a ser composto por cinco ambulatórios de referência, uma vez que o ambulatório da UBDS Castelo Branco foi reativado. Em casos mais graves o tratamento pode ocorrer no Centro de Referência de Moléstias Infectocontagiosas (MI), localizado do distrito central, e no HC FMRP-USP, onde casos complexos são tratados tanto em regime ambulatorial quanto hospitalar.

Em 2013, o município apresentou 213 casos de TB, sendo 183 casos novos, número superior ao ano anterior (167 casos, sendo 138 novos). A taxa de coinfeção TB/HIV foi de 22%, em 2013, e a taxa de cobertura do Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi de 93,3%, em 2009¹. Considerando o desfecho do tratamento, em 2012, verificou-se uma taxa de cura de 77,8%, 3,6% de óbito por TB e 9,6% por outras causas, 6,6% de abandono, 1,2% de falência e 1,2% em tratamento (RIBEIRÃO PRETO, 2014b).

¹Devido à mudança na forma de registro a partir de 2010 e com isso o preenchimento inadequado dos dados, os de 2009 são considerados, pela Secretaria Municipal de Saúde, os mais fidedignos e por isso, mais atualizados.

No estado de São Paulo o sistema TBWEB é utilizado para monitorar os casos da doença por meio do cadastramento em tempo real a fim de manter um registro único. Esses dados podem ser visualizados e cadastrados durante todo o percurso do doente. Esse programa foi criado a fim de suprir a necessidade do estado de um banco de dados centralizado nos casos de TB para acompanhamento efetivo dos tratamentos e eliminação dos cadastros duplicados (SÃO PAULO, 2008).

O município dispõe em todas as Unidades de APS, de Atenção Secundária e PA de um sistema de informação Hygia-WEB para registrar o atendimento ao usuário, com informações nos prontuários, exames de apoio diagnóstico e terapêutico, programas de vacinação, programas de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, faturas SUS, encaminhamentos a outros serviços, etc. O profissional de saúde pode ter acesso aos dados do paciente, onde quer que ele seja atendido, exceto nos hospitais.

As condições amplas de produção sobre o processo de atenção ao doente de TB no ambulatório do CSE Sumarezinho encontram-se descritas no capítulo de resultados, visto a importância das mesmas para análise frente ao referencial teórico-analítico da análise de discurso de matriz Francesa.

6.3. Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram aqueles doentes de TB em TDO e/ou em acompanhamento clínico no Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas do CSE Sumarezinho no mês de julho de 2014.

Os *critérios de inclusão* para participação na pesquisa foram: ser maior de 18 anos, não pertencer ao sistema prisional, não estar institucionalizado e não apresentar coinfeção HIV/Aids.

6.4. Procedimentos para Coleta de Dados

Os procedimentos para coleta de dados ocorreram de julho à setembro de 2014, conforme as etapas a seguir:

1ª Etapa: Reconhecimento do cenário de estudo e seleção da amostra.

A fim de conhecer o fluxo do serviço, as relações profissionais existentes, assim como o contexto presenciado pelo doente de TB em TDO e/ou em acompanhamento clínico no Ambulatório de MI do CSE Sumarezinho, houve participação diária na rotina, em um dos turnos de trabalho nessa unidade de saúde. O período de participação da rotina foi de 26/06/2014 à 29/09/2014, contabilizando um total de 276 horas. Após esse período ocorreram reuniões esporádicas com a visitadora sanitária a fim de complementar informações mantendo uma atualização dos doentes entrevistados. Com essa participação foi possível compreender as condições de produção amplas do SS e estritas para cada um dos doentes, sendo elas anotadas em diário de campo. Essa participação incluiu o TDO no domicílio, as buscas por comunicantes, reuniões na Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), acompanhamento da pré e pós-consulta, além de atualização das informações nas planilhas de acompanhamento.

Sendo assim, no mês de julho haviam 20 doentes de TB vinculados à esse serviço. Desses, dois eram crianças, três apresentaram mudança de diagnóstico, um estava institucionalizado, dois apresentavam coinfeção por HIV/aids, e um pediu transferência para outro município. Dessa forma, considerando os critérios de inclusão, os participantes do estudo seriam 11 doentes. Entretanto no decorrer desse processo, um dos doentes utilizava com frequência drogas ilícitas, inviabilizando as consultas de acompanhamento, mas não a ingesta da medicação, o que fez com que o excluíssemos do estudo. Com isso os sujeitos aptos a participar da pesquisa foram 10.

Considerando o material empírico produzido a partir das falas, optamos por analisar oito entrevistas uma vez que duas não estavam em consonância com os objetivos do estudo.

2ª Etapa: Agendamento das Entrevistas

A abordagem para convidar o doente à participar da pesquisa foi realizada considerando as particularidades de cada um, podendo ter ocorrido durante a realização TDO no domicílio ou durante uma consulta clínica.

Após o convite, cada um dos doentes agendou conforme sua preferência e disponibilidade. Os locais variaram entre o domicílio após a realização TDO, o domicílio no final de semana e o SS.

3ª Etapa: Entrevistas

As entrevistas em profundidade foram realizadas utilizando questões abertas e norteadoras, favorecendo assim, a construção de informações pertinentes ao objeto de estudo. Salienta-se que as entrevistas foram gravadas para posterior transcrição e análise.

A entrevista em profundidade foi escolhida como método de coleta de dados, pois permite que o sujeito fale livremente sobre um tema e as perguntas realizadas pelo pesquisador buscam estimular profundidade nas reflexões do entrevistado (DESLANTES; GOMES; MINAYO, 2010). Além disso, proporciona uma interação entre pesquisador e sujeito o que auxilia na compreensão dos sentidos e argumentos do mesmo, assim como a reflexão sobre a realidade vivenciada (DESLANTES; GOMES; MINAYO, 2010; SEVERINO, 2007).

O roteiro de entrevista (Apêndice B) foi criado para contemplar a caracterização da população do estudo com base em dados sociodemográficos; e para perceber questões relacionadas às relações interpessoais com os profissionais de saúde, à relação do usuário com a procura pelo serviço; ao acesso; à disponibilização da terapêutica tanto para a TB quanto para outras doenças (se necessário); e à disponibilização de auxílio para continuidade do tratamento.

A fim de analisar a pertinência do roteiro da entrevista para o objeto de estudo foi realizada uma entrevista piloto. Após transcrição da mesma, percebeu-se que as questões norteadoras estavam apropriadas para o objeto de estudo, não sendo realizadas modificações no roteiro de entrevista. Dessa forma, a entrevista piloto também foi incluída na amostra do estudo.

6.5. Análise de Dados

O processo de análise na AD tem como característica a identificação dos sentidos das palavras expressas tanto pelo dito, quanto pelo não dito, ambos os constituindo. Não há a busca pelo sentido verdadeiro, mas pelo o real com base na materialidade da língua e da

história. Com isso, não identifica-se um sentido único e entende-se que sempre será possível a identificação de outros (ORLANDI, 2013).

A interpretação está, então, presente tanto na fala do sujeito quanto na descrição do analista. Dessa forma, o analista deve compreender os gestos de interpretação do próprio sujeito que constitui os sentidos produzidos por ele, assim como o dispositivo teórico que permitirá um deslocamento entre descrição e interpretação pelo analista (ORLANDI, 2013).

A partir dessa compreensão, percebe-se a necessidade de seleção de dispositivos analíticos, com intuito de mostrar o processo diferenciado de significação a partir da posição do sujeito e da inscrição do mesmo em uma formação discursiva determinada. Sendo assim, durante a primeira etapa do processo de análise, os seguintes dispositivos foram considerados para desvendar a discursividade do doente de TB: paráfrase, polissemia, interdiscurso, metáfora e formação imaginária com seus mecanismos de formação do discurso.

A paráfrase é um importante dispositivo de análise, pois está intimamente ligada à produção de sentidos. Com isso entende-se que o dizer está articulado com a memória, ou seja, que há normalmente um retorno à dizes anteriores. Na área da saúde, os processos parafrásticos podem ser representados pelas orientações realizadas pelos profissionais de saúde com base em um protocolo de cuidados, com a reorganização das ideias por parte do doente com base em informações recebidas dos profissionais ou de familiares/amigos, e até mesmo com a reprodução dos cuidados recebidos (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

Gerando uma ruptura nos processos parafrásticos encontra-se a polissemia, caracterizada pelo diferente, pelo equívoco. Com isso, percebe-se que há um jogo entre paráfrase e polissemia, sendo essa última responsável pelos deslocamentos nos processos de significação, pela transformação dos sentidos e multiplicidade dos mesmos. Essa tensão entre paráfrase e polissemia garante a relação do discurso entre o mesmo e o diferente. Na área da saúde, considerando a relação doente-profissional, normalmente há uma prevalência da paráfrase entretanto, a polissemia, ao romper essa rede de sentidos (pré)estabelecidos, pode trabalhar com as particularidades do doente colaborando assim, por exemplo, para adesão à uma terapêutica determinada (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

Retomando a questão da memória, como sendo o já dito, podemos pensar no dispositivo analítico denominado interdiscurso. Apesar de podermos pensar que o mesmo está intimamente ligado à paráfrase, há uma diferenciação imprescindível para seu entendimento: o esquecimento. Enquanto o processo parafrástico implica a repetição do já

dito, o interdiscurso agrega o esquecimento à esse processo. Sendo assim, o interdiscurso nada mais é do que ideias já difundidas, esquecidas e que determinarão nosso dizer. Esse esquecimento é essencial para o interdiscurso como acontecimento discursivo. No controle da TB o estigma associado à doença é um exemplo importante de interdiscurso, uma vez que poderá determinar o sucesso ou não do tratamento (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

O efeito metafórico é outro elemento indispensável nos dispositivos de análise. A partir dele podemos perceber um deslizamento de sentidos ao identificarmos a transferência de uma palavra por outra presente no discurso do sujeito. Não há um sentido fixo nas palavras, mas uma manifestação da ideologia e historicidade, inconscientemente gerando uma transferência entre elas. No controle à TB é fácil percebermos essa transferência na própria nomenclatura da doença que muitas vezes não é dita conforme a conhecemos e esperamos pelo doente. Há uma transferência entre TB e “aquela doença”, por exemplo, caracterizando o efeito metafórico dentro da AD (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

As formações imaginárias, ou seja as imagens resultadas de projeções do sujeito, agregam alguns mecanismos importantes para o funcionamento do discurso e sua constituição e que podem ser utilizados como dispositivos de análise. O primeiro, denominado relações de sentidos, está relacionado com a noção de que todo discurso remete à dizeres passados o que caracteriza a incompletude do mesmo. O mecanismo de antecipação permite que o sujeito “experimente” o seu dizer imaginando o que seu interlocutor irá efetivamente ouvir, regulando assim a argumentação. O último, denominado relações de força, expressa que o lugar de onde o sujeito fala constituirá o que ele diz e conseqüentemente, considerando a sociedade atual, definirá o seu valor (devido ao poder envolvido na posição assumida) (GOMES, 2006; ORLANDI, 2013).

Sendo assim, o processo de análise passou pelas seguintes etapas (ORLANDI, 2013):

1. *Passagem da superfície linguística para o objeto discursivo*: leitura exaustiva do material coletado (entrevista na íntegra) tentando desvencilhar a ilusão de que o que foi dito só poderia ter sido dito daquela forma (esquecimento nº 2) considerando então como foi dito, quem disse e em quais circunstâncias (condições de produção amplas e estritas) por meio da materialidade da língua. Após esse processo, temos o objeto discursivo, ou seja, um corpus com uma análise superficial realizada pelo analista, já identificando os dispositivos de análise a serem utilizados de acordo com o próprio objeto discursivo.

2. *Passagem do objeto discursivo para o processo discursivo*: nessa etapa, já com o objeto discursivo, é realizada a análise com foco nas relações entre as formações discursivas, observadas anteriormente a partir da análise dos processos de significação, e a formação ideológica existente.
3. *Processo discursivo*: por meio da relação entre formação discursiva e ideológica, realizada anteriormente, atinge-se o processo discursivo. Essa etapa nada mais é do que o efeito de sentidos produzidos a partir do material simbólico.

6.6. Aspectos Éticos

Esse estudo é parte do projeto multicêntrico intitulado: “*Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil*” referente à chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo tendo aprovação em 21 de agosto de 2013 sob número de protocolo CAAE: 15671713.9.1001.5393 conforme Anexo A.

Ainda a coleta de dados foi autorizada pela Comissão de Avaliação Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto em 21 de junho de 2013 conforme Anexo B.

No desenvolvimento dessa pesquisa foram respeitados os preceitos éticos conforme recomendações contidas na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos

Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C) e receberam a segunda via desse. Ainda, durante a apresentação dos resultados foi mantido o anonimato por meio de codificação dos depoimentos (E1 à E8).

7. RESULTADOS

7.1. Condições de Produção relacionadas à assistência ao doente de TB no Centro Saúde Escola “Dr. Joel Domingos Machado” Sumarezinho – Ambulatório de Moléstias Infecciosas

Durante o período de observação e participação nas atividades do Ambulatório de MI um diário de campo foi mantido a fim de subsidiar a construção das condições de produção relacionadas à assistência ao doente de TB. Com base nesses dados foi possível destacar os aspectos importantes para esse cuidado.

Um dos centros de referência para tratamento da TB está localizado no CSE Sumarezinho, mais especificamente no Ambulatório de MI. Nesse local é prestada assistência às pessoas com doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o vírus HIV e aids, doentes por TB, além de outras doenças infecciosas (chamado de Moléstias Infecciosas Gerais)².

A porta de entrada desse serviço pode ocorrer por meio de serviços de atenção primária, secundária ou terciária. As Unidades de APS possuem autonomia para pedir o exame de baciloscopia de escarro caso haja suspeita de TB, e após diagnóstico da doença faz o encaminhamento do doente para um dos ambulatórios de referência. O PA, ao suspeitar da ocorrência da doença pode encaminhar diretamente ao MI, sem referenciar à uma UBS. O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), apesar de fazer parte do MI, recebe os pacientes por demanda espontânea e de acordo com o diagnóstico, referencia o mesmo para o MI ou para o HC FMRP-USP (de acordo com o diagnóstico). Por fim, ainda o doente pode ser encaminhado diretamente ao MI após alta hospitalar.

O ambulatório de MI possui em sua equipe de profissionais sete médicos, dois técnicos de enfermagem, um visitador sanitário, um motorista, um assistente social e um farmacêutico. O atendimento médico é dividido para TB, HIV/aids, DST's e MI Geral. Há três médicos responsáveis pelo atendimento da TB e do HIV/aids, sendo que para TB o atendimento é realizado na terça-feira à tarde e na quarta-feira pela manhã enquanto que para o HIV/aids o atendimento ocorre no restante dos períodos. Ainda há uma médica responsável pelo atendimento dos casos pediátricos de TB na quarta-feira pela manhã. O atendimento para os casos de DST's ocorre todos os dias à tarde, sendo que há um médico para atendimento dos casos masculinos (todos os dias da semana) e outro para atendimento dos casos femininos (na

² São realizados atendimentos para casos de dengue, hantavirose, leptospirose, leishmaniose, herpes, herpes zoster, varicela, rubéola, caxumba, sarampo, entre outras.

quarta-feira à tarde). O MI Geral possui um médico que realiza o atendimento na quarta-feira e sexta-feira pela manhã. Em alguns momentos há residentes de medicina da FMRP-USP realizando o atendimento dos doentes do Ambulatório supervisionados pelo médico responsável.

Os técnicos de enfermagem realizam suas atividades laborais, em turnos inversos, sendo que um deles atende na recepção do MI e no CTA. No MI realizam a pré-consulta, onde verificam o peso do paciente, a idade, e realizam a recepção do mesmo no sistema Hygia-WEB para que possam ser prescritos medicamentos ou exames pelo médico no momento do atendimento. Na pós-consulta eles realizam as orientações com relação aos medicamentos prescritos e exames solicitados, caso necessário, além de agendamento da próxima consulta. Em caso de encaminhamentos para outras especialidades e/ou outros exames diagnósticos, os mesmos enviam para a central de regulação que irá comunicar ao paciente posteriormente o dia e horário da consulta e/ou exames. Salienta-se que não há segregação por doença nesse atendimento, assim como ocorre no atendimento médico. Ainda um dos técnicos de enfermagem atende, no período da manhã, no CTA localizado em uma sala separada do Ambulatório de MI.

Esses dois técnicos mantêm uma planilha no Excel de acompanhamento dos casos de HIV/aids do ambulatório. O mesmo é alimentado após as consultas, além de ser utilizado pelo setor da Farmácia para monitoramento e dispensação das medicações.

A pré e pós consulta são realizadas na sala de recepção do Ambulatório de MI, compartilhada também com a visitadora sanitária. A sala é pequena, apenas com capacidade para dois profissionais (duas mesas com computadores e capacidade para atendimento à um doente por vez), com uma janela basculante e um ventilador na entrada da sala direcionado para janela. Os doentes aguardam no corredor da unidade, onde há um banco de concreto em toda extensão da parede, normalmente com capacidade para todos os doentes que aguardam por atendimento tanto no MI quanto em outros setores do CSE Sumarezinho. Os atendimentos realizados pelos técnicos de enfermagem, tanto pré e pós consulta, ocorrem na sala de recepção com a porta aberta, o que diminui a privacidade do doente em atendimento além de proporcionar frequentes interrupções tanto para sanar dúvidas de outros profissionais quanto de outros doentes que aguardam por atendimento.

Nesse ambulatório a visitadora sanitária é responsável pelo TDO da TB, realizado de segunda à quinta-feira no período da manhã. A profissional possui casos em que realiza o

TDO no próprio ambulatório, mas em sua maioria é realizado no domicílio. Na sexta-feira pela manhã as visitas domiciliárias realizadas são para busca de comunicantes, além de alguns casos de HIV/aids e Internação Domiciliar. As visitas domiciliárias são realizadas apenas no período da manhã, pois a tarde o motorista é cedido para realização de atividades na Vigilância Epidemiológica, sendo o carro próprio para esses fins.

Além do TDO, a visitadora sanitária realiza o monitoramento dos casos de TB, também em uma planilha do Excel, e dos comunicantes que realizam o acompanhamento no próprio CSE Sumarezinho. Faz a entrega, em dias previamente agendados, da cesta básica disponibilizada pelo PCT durante o tratamento da doença. Além disso, recebe os alunos provenientes dos estágios curriculares e pós-graduandos quando há pesquisas em andamento.

Considerando os auxílios disponibilizados pelo PCT, a cesta básica é distribuída durante todo o tratamento da TB sendo prorrogada por mais dois meses após o término do mesmo para todos os doentes. Além dela, há ainda um número limitado de vales-transportes para distribuição entre os doentes com maior necessidade de auxílio, sendo avaliado durante as visitas domiciliárias. Nessas é levado em consideração a situação sócio familiar assim com as queixas do doente, principalmente relacionada à dificuldade de recursos financeiros para deslocamento até o serviço de saúde. Os vales-transportes são utilizados tanto para o deslocamento até a consulta médica quanto para realização de exames. Ainda, há disponibilização de leite para os doentes que possuem crianças em casa, uma vez que o número disponibilizado de caixas é reduzido.

Mensalmente há uma reunião realizada no HC FMRP-USP, para discussão dos casos de TB que são acompanhados na UETDI e no Ambulatório de Moléstias Infecciosas (AMIN) desse hospital. Nessa reunião participam os responsáveis pelo TDO dos centros de referência do município, nesse caso a visitadora sanitária, além da coordenadora do PCT, juntamente com o médico responsável por esses atendimentos no hospital.

Os casos novos de TB podem ser acompanhados de três formas: na UETDI em casos de coinfeção com HIV, no AMIN caso haja comorbidades associadas, e no Ambulatório de MI nos demais casos. Quando um caso novo chega de fora da unidade, o farmacêutico dispensa a medicação apenas para dois ou três dias e avisa a visitadora sanitária, para que a mesma inicie o TDO o quanto antes. Salienta-se que em todos os casos de TB nessa unidade o TDO é preconizado como rotina, principalmente no início, podendo ser auto administrado quando o doente retorna ao trabalho.

Os comunicantes são investigados na primeira visita e são acompanhados nas sextas-feiras. Após coleta dos dados necessários (nome completo, data de nascimento e nome na mãe) a visitadora sanitária passa os casos aos técnicos de enfermagem que agendam a consulta clínica, o mais precocemente possível. Tendo em mãos os agendamentos a visitadora sanitária retorna às residências para informá-los sobre as datas da mesma.

As notificações de casos novos de TB e de TB Latente (TBL) acompanhados nesse serviço, são enviadas à Vigilância Epidemiológica após realização de cópia para anexar ao prontuário. Há uma comunicação frequente para acompanhamento dos casos entre esses dois serviços. Entretanto, a comunicação entre essa unidade e as outras unidades de APS correspondentes aos doentes assistidos é esporádica. Durante o período de observação essa comunicação ocorreu de duas formas: uma aluna da graduação passou na unidade para informações sobre os doentes de TB correspondentes à área da unidade de saúde de estágio; e uma professora entrou em contato telefônico para reagendamento de uma gestante, comunicante de um doente de TB em tratamento na unidade.

Os casos pediátricos são atendidos por uma única médica em todo o município, sendo que o atendimento ocorre nesse serviço para os distritos norte e oeste; e na UBDS Central para os distritos central, leste e sul. Para esse atendimento há uma técnica de enfermagem específica que realiza os agendamentos, além de realizar a pré e pós-consulta. A sala de atendimento está localizada ao final do corredor, separada do Ambulatório de MI. As notificações desses casos são levados diretamente para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica localizado no HC FMRP-USP, uma vez que a médica também tem vínculo empregatício com esse serviço.

Os exames solicitados são realizados no próprio CSE Sumarezinho inclusive para os pacientes em acompanhamento clínico no AMIN. Nos dias em que os exames estão agendados, o TDO é realizado no serviço de saúde.

7.2. Condições de Produção dos adoecidos por TB

Apesar das entrevistas terem sido realizadas com 10 doentes de TB, apenas oito foram utilizados para análise das sequências discursivas dado que as contribuições relacionadas ao objeto de estudo tinham maior pertinência. Sendo assim, a seguir seguem as condições de

produção estritas para cada um dos sujeitos, cujas sequências discursivas foram utilizadas nas análises.

7.2.1. Entrevistado 1 (E1)

Doente com TB pulmonar entrevistado em seu domicílio, no último dia de tratamento, após agendamento prévio durante o TDO.

Doente possui 49 anos, é casado, com Ensino Fundamental incompleto. Mora apenas com sua esposa, possui plano de saúde privado, e apresenta renda mensal aproximada de R\$ 2.000,00.

Passou por duas consultas médicas, na primeira foi solicitado o exame de escarro, mas o mesmo voltou negativo. Na segunda consulta após realização de outros exames complementares (doente só soube informar a radiografia de tórax, apesar de ter realizado outro exame) foi diagnosticado a TB. Como essas consultas foram realizadas pelo convênio, o médico fez um encaminhamento para Unidade Básica de Saúde (UBS) Nelson Barrionovo - Campos Elíseos. Após a busca por essa unidade de saúde, o doente foi novamente encaminhado para UBDS Central onde iniciou o acompanhamento clínico e o tratamento auto administrado.

Esse doente, faz parte da área do CSE Sumarezinho, entretanto a unidade ficou sabendo do caso após alguns meses por meio da Vigilância Epidemiológica. A partir desse momento, a visitadora sanitária entrou em contato com o doente e começou a realizar o TDO, uma vez que todos os casos são acompanhados por essa modalidade de tratamento. Houve resistência em trocar a modalidade de tratamento, devido à espera diária pela visitadora sanitária, apesar disso o TDO foi realizado. Ainda foi oferecido a troca da unidade de acompanhamento clínico, mas o doente preferiu manter na UBDS Central.

O doente já conhecia sobre a TB, uma vez que dois tios já haviam tido a mesma, um deles evoluindo para o óbito. Apesar de manifestar resistência em aceitar o TDO, o doente possuiu uma boa adesão à medicação recebendo alta cura em 23/07/2014.

7.2.2. Entrevistado 2 (E2)

Doente de TB pulmonar e laríngea entrevistado no quarto mês de tratamento em seu domicílio. A entrevista foi agendada durante o TDO. Reside na casa de uma sobrinha, que possui dois filhos, ajudando com as despesas. Realizamos a entrevista na área externa da casa, uma vez que a moradia é pequena e as crianças estavam dentro de casa com a mãe.

Doente com 43 anos, separado, com Ensino Médio completo. Trabalha no setor de produção em uma indústria farmacêutica à noite. Apresenta renda mensal de aproximadamente R\$ 1.330,00, possui auxílio transporte e plano de saúde privado custeados pela empresa.

Várias consultas foram realizadas sem elucidação diagnóstica. Quando o doente estava muito debilitado fisicamente, seu irmão entrevistou e após reclamação na Ouvidoria do plano de saúde conseguiu que fosse internado. Após uma semana de internação, no Hospital São Paulo, houve o diagnóstico da TB por meio da baciloscopia e logo o encaminhamento para o início do tratamento junto ao setor público.

Após alta hospitalar, doente saiu com encaminhamento para a Unidade de Saúde mais próxima, sendo esta o CSE Sumarezinho, onde iniciou-se o TDO e o acompanhamento clínico. O TDO foi iniciado de forma compulsória, entretanto não houve resistência do doente com relação a essa modalidade de tratamento.

No quarto mês de tratamento voltou a trabalhar, mas não suspendeu o TDO. Como o doente trabalha à noite, a visitadora sanitária acordou com ele que o mesmo tomaria café da manhã às 5h no serviço para manter o período de jejum necessário e, tomar a medicação supervisionada a partir das 8h em sua residência.

Doente aderiu bem ao tratamento, não apresentou intercorrências e recebeu alta por cura no dia 07/10/2014.

7.2.3. Entrevistado 3 (E3)

Doente de TB pericárdica, entrevistado no domicílio após agendamento prévio durante a administração do TDO (vigésimo sexto dia de tratamento). Atualmente reside, com sua esposa, na casa de uma filha, com o genro e um neto. Possui casa própria, onde residia com sua esposa antes do adoecimento. Após a alta hospitalar a família achou melhor que os

dois fossem morar com a filha até a melhora da condição de saúde. Ainda possui carro, que passou a não dirigir devido sua condição de saúde, o que proporcionava certa independência.

Doente com 85 anos, casado, com Ensino Médio completo. Atualmente aposentado, com renda familiar de aproximadamente R\$ 2.200,00.

A internação hospitalar ocorreu devido a dor no peito e costas. A investigação foi realizada na unidade cardiológica do HC FMRP-USP, onde passou aproximadamente um mês. Após diagnóstico da TB o doente foi encaminhado para o AMIN, localizado no HC FMRP-USP, onde realiza as consultas clínicas de acompanhamento.

Possui nas relações familiares médicos que o auxiliam. De fato, sua sobrinha, é a médica cardiologista responsável por seus cuidados. Parece bem informado, com relação ao seu quadro clínico e medicações.

Na primeira visita para início do TDO, ficou um pouco inseguro com relação às suas medicações, pois a visitadora sanitária recolheu os medicamentos da TB para realizar o TDO diariamente (compulsório). Entretanto após alguns encontros, sentiu-se mais confiante e não apresentou resistência com essa modalidade de tratamento.

Eventualmente, frente a possibilidade de retornar ao seu apartamento, propôs um acordo para continuidade do TDO: continuar de segunda à quinta na casa da filha para receber o medicamento e retornar na quinta à tarde para seu apartamento onde passaria o final de semana. Esse acordo foi sugerido, pois caso ele ficasse em seu apartamento integralmente, outra unidade de saúde, e consequentemente outro profissional, daria continuidade ao TDO. Até o momento esse acordo não foi efetivado, pois não foi decidido ainda o retorno do casal para sua residência.

No final de novembro, após a entrevista, necessitou de outra internação para colocação de marca-passo, suspendendo o TDO, mas não o tratamento, realizado pelo CSE Sumarezinho nesse período. Recebeu alta por cura em 15/01/2015.

7.2.4. Entrevistado 4 (E4)

Doente de TB pulmonar, entrevistada no serviço de saúde, no período do almoço, antes da sua última consulta clínica no sexto mês de tratamento. A entrevista foi agendada durante a realização do TDO no domicílio, optou-se pelo serviço de saúde, pois a doente era

sempre a primeira da lista de TDO a ser visitada, normalmente saía da cama apenas para o recebimento da medicação, sendo muito cedo para conversarmos no domicílio.

Mora com sua filha, sua mãe, o padrasto, uma irmã, um sobrinho. Entretanto essas três crianças (irmã, sobrinho e filha) são criadas pela avó. A casa está localizada em uma área geográfica de alta vulnerabilidade social, ficando ao lado de um ponto de venda de drogas ilícitas. Possui 23 anos, é solteira, e possui o Ensino Fundamental incompleto. Não soube informar a renda mensal, mas a mesma é proveniente apenas da mãe.

O diagnóstico ocorreu após algumas consultas no pronto atendimento do CSE Sumarezinho. A mãe já havia desconfiado da doença, mas a doente não teve interesse em procurar o serviço. Após o diagnóstico ficou internada no HC FMRP-USP devido à condição clínica precária, onde iniciou o tratamento.

Após a alta hospitalar, foi encaminhada para o CSE Sumarezinho onde iniciou o acompanhamento clínico e o TDO no domicílio. Apesar de ser compulsório, a doente não apresentou ressalvas com essa modalidade de tratamento, sentindo-se muito à vontade em deixar exclusivamente nas mãos da profissional a responsabilidade por seu tratamento.

Apresentou boa adesão ao tratamento, não apresentando problemas nas visitas domiciliares e não faltando às consultas clínicas. Recebeu alta cura no dia 29/07/2014.

7.2.5. Entrevistado 5 (E5)

Doente de TB pulmonar entrevistada no primeiro mês de tratamento em seu domicílio. O convite para participação da pesquisa ocorreu durante uma consulta clínica, uma vez que durante o TDO não há possibilidade de conversar pois normalmente doente acorda apenas na hora de tomar a medicação.

Reside com o marido, mãe e avó. Após diagnóstico da TB o padrasto deixou o domicílio. O marido e a mãe trabalham fora, enquanto ela cuida da avó que é dependente de cuidados, inclusive para locomoção. Possui 22 anos e o Ensino Médio Incompleto. A renda familiar é de aproximadamente R\$ 3.550,00. Possui convênio médico da privado.

Em 2013, após várias consultas particulares, com clínico geral e pneumologista, e tratamentos sem sucesso foi diagnosticada com a TB. Iniciou o tratamento no CSE Sumarezinho, com a realização do TDO no domicílio de forma compulsória. Houve transmissão da doença para avó e a mãe, que realizaram e completaram o tratamento para a

doença em março de 2014. O marido não desenvolveu a doença, mas iniciou com o esquema de quimioprofilaxia. Quando retornou ao trabalho, ainda em 2013, a modalidade de tratamento passou do TDO para o auto administrado, após negociação em consulta médica. Nesse período, devido ao tamanho do medicamento e aos efeitos colaterais relatados por ela (náusea, dor no corpo e perda de cabelo) houve abandono do tratamento, tanto da doente quanto do marido (quimioprofilaxia). Oficialmente o abandono foi registrado em abril de 2014, após confirmação da não ingestão da medicação por meio das visitas domiciliares e das tentativas para retorno da medicação.

Em junho de 2014, é reiniciado o tratamento para TB. O retorno ao serviço de saúde ocorreu por meio da visitadora sanitária, que com a educação em saúde (explicando que o bacilo ainda estava presente e transmitindo para os outros) salientou que o tratamento completo deveria ser feito. A aceitação não foi imediata, mas após várias visitas ocorreu. Após consulta médica, reiniciou com o tratamento e consequentemente com o TDO compulsório no domicílio.

Durante a realização do TDO, houve grande dificuldades, uma vez que a doente demora a atender a visitadora sanitária, atrasando as visitas subsequentes e reclama constantemente da medicação. As consultas clínicas devem ser lembradas no dia durante o TDO, do contrário a doente não comparece ao serviço.

No terceiro mês de tratamento, a doente mudou de residência com o marido e não avisou ao serviço de saúde ou a visitadora sanitária (que havia realizado o TDO um dia antes da mudança). A visitadora sanitária foi avisada pela mãe da paciente durante a visita para o TDO. Logo, foi procurar o endereço informado e ao encontrar a doente conseguiu dar seguimento no tratamento. Recebeu alta por cura em 24/12/2014.

7.2.6. Entrevistado 6 (E6)

Doente com TB pulmonar, entrevistada em seu domicílio em um sábado, conforme sua preferência, pois a mesma trabalha no período diurno chegando apenas à noite em sua moradia. O convite para participação ocorreu após consulta clínica no seu quarto mês de tratamento.

Mora com os três filhos pequenos, que ficam na escola durante o dia, é divorciada, possui 33 anos e Ensino Médio completo. Trabalha em uma empresa privada como auxiliar de expedição e possui renda mensal aproximada de R\$ 1.200,00.

O diagnóstico ocorreu no hospital de Santa Casa, ao qual foi encaminhada após constatação de uma “mancha” na radiografia de tórax realizada no pronto atendimento. Ficou cinco dias internada, e saiu antes mesmo do diagnóstico (contra orientação médica), voltando apenas no dia provável do resultado para receber as orientações e o encaminhamento. A opção por deixar o hospital antes do diagnóstico ocorreu por estar no isolamento, sem nenhum tratamento medicamentoso ou informação. Além disso, a preocupação com os filhos, que ficaram com parentes diferentes, era grande o que contribuía para a ansiedade de deixar o hospital.

Após o encaminhamento para CSE Sumarezinho iniciou as consultas clínicas e o TDO no domicílio de forma compulsória. Todos os filhos foram avaliados clinicamente e iniciaram com a quimioprofilaxia, sendo essa administrada pela mãe. Relata que já conhecia sobre a doença, mas todas as dúvidas sobre a mesma foram sanadas durante as consultas clínicas e as visitas domiciliares. Não apresentou problemas com a adesão ao tratamento.

No final de junho, doente retorna ao trabalho e por isso passa a fazer o tratamento auto administrado, solicitado durante consulta clínica para a médica responsável. Recebeu alta por cura no dia 02/10/2014.

7.2.7. Entrevistado 7 (E7)

Doente de TB pulmonar entrevistada no seu sétimo mês de tratamento em seu domicílio. Mora com um irmão e um primo em uma casa de aluguel. No dia da entrevista, estava com a visita de seus pais e alguns sobrinhos, que residem em Minas Gerais. A entrevista foi agendada durante uma visita domiciliar para realização do TDO, sendo respeitada a preferência do doente com relação ao dia, local e horário da entrevista.

Doente possui 20 anos, é solteira, possui Ensino Técnico completo. Trabalha em uma fábrica de bobinas de secador de cabelo, no momento afastada, ganhando aproximadamente R\$ 1.300,00.

O processo de diagnóstico foi longo, aproximadamente oito meses, com sucessivas consultas sem resolutividade, tanto na UBS quanto no PA. Apresentou diferentes diagnósticos

durante o processo, entre eles pneumonia e bronquite, com diferentes tratamentos, mas sem apresentar melhoras. A suspeita da doença ocorreu no município de residência dos seus pais, apesar da suspeita a doente foi encaminhada para seu município de residência onde realizou a baciloscopia sendo então diagnosticada na Unidade de Saúde da Família “Dr. Álvaro Panazzolo” Vila Albertina em Ribeirão Preto. Após o diagnóstico ocorreu a transferência para o CSE Sumarezinho, onde foi realizado o tratamento e acompanhamento clínico.

O início do tratamento ocorreu por meio do TDO no domicílio de forma compulsória. No quinto mês de tratamento, o mesmo passou a ser auto administrado, após acordo com a visitadora sanitária, para que ocorresse o retorno ao trabalho.

Durante o período de acompanhamento houve relatos constantes de falta de ar, tanto durante o TDO quanto nas consultas clínicas. Entretanto a conduta clínica foi de aguardar o término do tratamento, para esperar que os sintomas cessassem com a medicação. Caso não ocorresse melhora após o término do tratamento seria solicitado uma tomografia.

Passou por duas internações, a primeira após o primeiro mês de tratamento devido a “água no pulmão” e a segunda no quinto mês de tratamento, três semanas após o retorno ao trabalho, devido inicialmente à uma pneumonia diagnosticada posteriormente como fibrose pulmonar. Nessa segunda internação, após três intervenções cirúrgicas sem sucesso, houve a perda funcional de um dos pulmões. O mesmo será retirado cirurgicamente provavelmente após estabilização do quadro clínico.

Após essa intercorrência, o acompanhamento clínico da paciente passou a ser no HC FMRP-USP, no AMIN. Com isso passou novamente a receber o TDO no domicílio, ainda pela visitadora sanitária do CSE Sumarezinho.

A doente recebeu alta por cura da TB no dia 21/10/2014, encerrando com nove meses de tratamento.

7.2.8. Entrevistado 8 (E8)

Doente de TB pulmonar entrevistado no serviço de saúde no oitavo mês de tratamento. A entrevista foi agendada durante a realização do TDO no SS, e várias tentativas foram realizadas a fim de conciliar a disponibilidade de sala para entrevista com os dias e horários disponíveis do doente.

O doente é viúvo, mora sozinho em uma casa de alvenaria construída dentro de uma favela. Possui 45 anos e Ensino Médio completo. Trabalha como motorista e apresenta renda mensal aproximada de R\$ 1.100,00. Possui suporte do filho e da nora, que o auxiliam com as refeições, preparando-as e levando até sua casa.

O processo de diagnóstico durou aproximadamente dois meses, entre consultas ao otorrino e retornos no HC/FMRP-USP, uma vez que não havia um diagnóstico conclusivo. Como o diagnóstico foi realizado no HC/FMRP-USP, seu acompanhamento clínico ocorre no AMIN. Foi encaminhado diretamente ao CSE Sumarezinho para realização do TDO, realizado nessa unidade de forma compulsória.

Houve complicações durante o início do tratamento, o que fez com que o esquema básico, composto pela Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, fosse trocado por um alternativo composto pela Rifampicina, Isoniazida e Etambutol, consequentemente estendendo o tratamento de seis para nove meses.

No início do TDO, houve dificuldades para encontrá-lo no domicílio, o que fez com que a visitadora sanitária entrasse em acordo com o doente para que o TDO fosse realizado no serviço de saúde, uma vez que o mesmo considerava mais fácil passar no serviço antes ir para o trabalho. Após esse ajuste o TDO foi realizado sem contratempos e permitiu a adesão ao tratamento.

Em 06/08/2014, durante uma reunião na UETDI, o docente responsável diagnosticou por meio do teste de sensibilidade do doente a resistência à Isoniazida. Com isso, orientou a visitadora sanitária a antecipar a consulta do doente a fim de rever as medicações utilizadas. Entretanto quando o doente foi a consulta a orientação foi de aguardar até a próxima consulta (início de outubro), pois ainda faltava resultado de alguns exames. Nesse momento, já foi orientado ao doente que dependendo do resultado o esquema de tratamento poderia ser alterado, inclusive com administração de medicação injetável.

No retorno, foi alterado o esquema de tratamento de acordo com o protocolo e o doente passou a ingerir quatro medicamentos por via oral diariamente, sendo eles a Terizidona (3 comprimidos ao dia), Levofloxacino (3 comprimidos ao dia), Pirazinamida (3 comprimidos ao dia) e Etambutol (3 comprimidos ao dia); e um medicamento injetável cinco dias na semana, sendo ele a Estreptomicina. Após o primeiro mês de tratamento, o doente começou referir desconfortos gastrointestinais, principalmente à noite. Após conversar com a visitadora sanitária durante o TDO, por decisão própria interrompeu o uso das medicações por

dois dias, até o retorno à consulta médica, para tentar reverter o quadro. Após a consulta, retornou com as medicações em TDO e logo os sintomas retornaram.

Quando os sintomas retornaram uma nova consulta foi agendada, dessa vez no CSE Sumarezinho, uma vez que a médica que faz o seguimento no HC FMRP-USP também atende lá. De acordo com relato do doente nessa consulta, houve um desentendimento entre a médica e o mesmo, devido ao uso da máscara. O paciente sentiu-se discriminado pela forma ríspida com o qual foi abordado e saiu da consulta relatando que não gostaria de ser atendido mais por essa médica e que não continuaria o tratamento. A visitadora sanitária conversou com o doente e tentou dar seguimento ao tratamento, mas sem sucesso. Em novembro o doente não retornou ao serviço de saúde para a ingesta das medicações e nenhum contato por telefone ou por visita domiciliar teve sucesso. Segundo relato da visitadora sanitária, nesse período o doente perdeu o vínculo empregatício, na mesma semana em que relatou que as faltas estavam ocorrendo devido ao tratamento da TB, e em um dos últimos contatos com o serviço relatou que “iria para o Nordeste, assim ninguém o encontraria, não passaria a doença para ninguém e poderia morrer sozinho”.

Em 02/12/2014 doente retornou com o tratamento, sendo que as medicações foram introduzidas em sua totalidade em 12/12/2014.

7.3. Descrição sociodemográfica

7.3.1. Doentes em tratamento no CSE “Dr. Joel Domingos Machado”

Sumarezinho

Em julho de 2014 o número de doentes em tratamento no CSE Sumarezinho, seja devido à realização do TDO e/ou acompanhamento clínico no próprio SS, era de 20. Desses, 55% (11) eram do sexo masculino e 45% (9) do sexo feminino. A mediana de idade dos doentes era de 35,5 anos variando de 6 à 85 anos.

Considerando as fases do tratamento, 35% (7) estavam na fase de ataque, enquanto que 65% (13) estavam na fase de manutenção. Desses, quatro (31%) estavam no sexto mês, sendo que apenas dois (15%) encerrariam o tratamento dentro desse período.

Com relação à modalidade de tratamento, 85% (17) estavam em TDO e 15% (3) em auto administrado. Considerando essa última modalidade, a opção ocorreu por reinício do trabalho, pertencer à outro município e estar institucionalizado em casa de apoio social.

A maioria (50%) dos doentes está em acompanhamento clínico no próprio CSE Sumarezinho, enquanto que 45% (9) estão em acompanhamento no HC FMRP-USP e 5% (1) na UBDS Central. Dos casos em acompanhamento no HC FMRP-USP, três (33%) estão na UETDI devido à coinfeção com HIV/aids e seis (67%) no AMIN devido à presença de outras morbidades, tais como alterações cardíacas, hepatite, sífilis e câncer.

7.3.2. Doentes entrevistados

Um total de 10 doentes foram entrevistados, desses 50% (5) eram do sexo masculino e apresentavam uma idade mediana de 34 anos, variando de 20 à 85 anos. Considerando o estado civil, 40% (4) eram casados ou com união estável, 20% (2) separados ou divorciados, 30% (3) solteiros, e 10% (1) viúvo.

Com relação à escolaridade, 10% (1) apresentou até 3 anos de estudo, 20% (2) de quatro à sete anos de estudo, e 70% (7) de 8 à 11 anos de estudo. Em situação empregatícia, as categorias desempregado, aposentado e afastado foram responsáveis por 20% (2) cada uma. Entretanto, a maioria 30% (3) estavam empregados, enquanto 10% (1) é do lar. A renda familiar variou de R\$ 724,00 à R\$ 3.550,00, sendo que um dos participantes não soube informar o valor, correspondendo à uma mediana de R\$ 1.315,00.

Considerando o mês de tratamento no momento da entrevista, 30% (3) estavam na fase de ataque e 70% (7) na fase de manutenção. Sendo que 20% (2) estavam no primeiro mês de tratamento, 10% (1) no segundo, 30% (3) no quarto, 20% (6) no sexto, 10% (1) no sétimo e 10% (1) no oitavo. Desses dois últimos, a resistência medicamentosa e complicações clínicas foram os motivos pelos quais ultrapassaram o esquema regular (seis meses) de tratamento. No que concerne a modalidade de tratamento, 90% (9) estavam realizando o TDO e 10% (1) estava em auto administrado, acordado em consulta médica após liberação para retorno ao trabalho.

A maioria (50%) dos doentes está em acompanhamento clínico no próprio CSE Sumarezinho, enquanto que 40% (4) estão em acompanhamento no HC FMRP-USP e 5% (1) na UBDS Central. Dos casos em acompanhamento no HC FMRP-USP, todos estão no AMIN

devido à presença de outras morbidades, tais como alterações cardíacas, hepatite, sífilis e complicações clínicas.

7.4. Análise dos fragmentos

7.4.1. Doente e doença: os sentidos circulantes

A partir do questionamento sobre como foi adoecer por TB, um dos entrevistados traz em seu discurso a associação entre o câncer e os sintomas da TB vivenciados por ele. Apesar do conhecimento sobre a TB, proporcionado pela experiência com dois casos na família, o câncer foi a primeira imagem relacionada à fragilidade das condições de saúde evidenciado principalmente pela perda de peso e tosse persistente.

[...]a minha família, inclusive meu irmão, meu pai, eles achavam que eu tava com câncer. Por causa, eu fui perdendo peso, sabe? Eu perdi uns 10 quilos, né? E aquela tosse...aí pegou fez uma tomografia, aí...nossa...eu ficava...tava achando que tava com câncer. Aí quando descobriu isso (risada), eles acharam até melhor do que o câncer, porque foi mais fácil de cuidar, né? [...]
E aí eu conversei com o Dr. (Y), ele falou assim que os tratamentos hoje são mais, são muito mais eficaz, né?...do que de antigamente. (E1)

Percebe-se no interdiscurso que o processo de adoecimento estava vinculado à memória discursiva sobre o adoecimento por câncer, quando o doente afirma: “[...]a minha família, inclusive meu irmão, meu pai, eles achavam que eu tava com câncer.” Assim, entende-se o interdiscurso como um acontecimento histórico inserido na memória do doente que influenciará no intradiscurso do mesmo (ORLANDI, 2013), ou seja, o imaginário social sobre o adoecimento por câncer. Até 1882, entendia-se a TB como um processo tumoral, tal qual o câncer, com isso a sintomatologia estava associada. O desconhecimento com relação ao tratamento e sua incurabilidade gerava metáforas relacionadas ao mistério, uma vez que a premissa básica da medicina era a de que todas as doenças pudessem ser curadas, sendo então considerada como uma implacável ladra de vidas. Após esse período, identificou-se a TB com uma infecção bacteriana fazendo com que a mesma fosse diferenciada do câncer e gerasse com isso metáforas distintas para as duas doenças. Com o sucesso terapêutico e o conhecimento sobre a doença, a TB perde essa característica de mistério e passa a ser

associada como uma doença da pobreza e da privação. Ainda sim carregada de estigma, mas não mais relacionada à incurabilidade e a morte, tal qual o câncer ainda pode ser entendido (SONTAG, 1984).

Nesse caso, podemos compreender a aproximação relacionada aos sintomas e a diferenciação com relação aos sentidos produzidos a partir do diagnóstico da doença. A vulnerabilidade física causada pela sintomatologia ativou a memória discursiva relacionada à gravidade do câncer, entretanto ao ser diagnosticado o interdiscurso médico relacionado à TB o afastou do sentimento de morte devido ao conhecimento e tratamento disponível sobre a TB.

Com isso, a relação da perda de peso, tosse e tomografia pode ser percebida como agravantes e condicionantes da doença e consequentemente do desfecho final: *“Por causa, eu fui perdendo peso, sabe? Eu perdi uns 10 quilos, né? E aquela tosse, aí pegou fez uma tomografia, aí...nossa..eu ficava...tava achando que tava com câncer.”*. Para o doente há uma íntima relação entre essa sintomatologia e o exame, com o diagnóstico de câncer, fazendo com que o mesmo tema por sua vida. Houve uma inversão de sentidos relacionadas com essas doenças, o que antigamente era tido como sinônimo de morte, nesse caso o diagnóstico da TB, hoje está relacionado com o diagnóstico de câncer (SONTAG, 1984).

Para o doente, estar com câncer é um agravante quando comparado ao estar com TB, e pode ser identificado por meio da metáfora produzida no segmento *“Aí quando descobriu isso (risada), eles acharam até melhor do que o câncer, porque foi mais fácil de cuidar, né?”*. Metáfora devido à transferência do termo “TB” pelo pronome “isso” gerando significantes revestidos por sentidos diferentes, não sendo eles presos à literalidade (ORLANDI, 2013). A partir desse entendimento, a palavra “isso” gera dois possíveis sentidos relacionado ao adoecimento por TB. O primeiro relacionado à gravidade da TB quando comparada ao câncer, apesar de antigamente apresentarem sentidos semelhantes, hoje a TB passa ser menos temida do que o câncer devido ao sucesso do tratamento. E o segundo relacionado ao alívio após o diagnóstico efetivo da TB, uma vez que para o doente estar com câncer produz sentidos relacionadas a finitude da existência humana.

O discurso é finalizado com: *“E aí eu conversei com o Dr. (Y), ele falou assim que os tratamentos hoje são mais, são muito mais eficaz, né? do que de antigamente.”* Apesar dos sentidos relacionados à morte quando pensado sobre o câncer, percebe-se que o doente procurou uma forma de tranquilizar-se sobre o próprio adoecimento, ao descobrir estar com

TB. Ainda que haja o entendimento sobre seu processo de tratamento, o discurso apoia-se na busca de uma confirmação por meio da expressão “né?”, a qual busca junto ao pesquisador, o que já é entendido pelo doente, mas que apesar disso, ainda gera algum tipo de dúvida.

O medo relacionado à TB pode ser evidenciado em alguns estudos que consideram a busca por cuidados à saúde e o abandono do tratamento. Em um estudo realizado em Fortaleza com doentes de TB que abandonaram o tratamento, houve menção à um mal estar produzido no momento do diagnóstico, tanto para o doente quanto para os familiares. (LIMA et. al., 2001). Ainda em um estudo realizado no México, com foco na busca pelo cuidado, tanto homens quanto mulheres tendem a esconder os sintomas da doença com medo do estigma relacionado à ela. Entre as causas do estigma o medo da incurabilidade e o do contágio são frequentes fazendo com que familiares e vizinhos se afastem do convívio e consequentemente comprometendo o tratamento (GORDILLO; JIMENÉZ; ROSALES, 2001).

Podemos perceber, que apesar dos avanços relacionados ao diagnóstico e o tratamento da TB o interdiscurso relacionado aos sentidos de incurabilidade, transmissibilidade e pobreza produzidos pela doença são frequentes e influenciam o enfrentamento da mesma. Ainda assim, o doente em questão consegue se desvencilhar desse interdiscurso e produzir sentidos distintos do comum, facilitando assim o seu processo de tratamento e cura. Nessa situação, o medo e metáfora associada à incurabilidade está relacionada ao diagnóstico de câncer ao invés de TB.

A próxima formação discursiva faz uma aproximação com relação à associação anteriormente realizada, relacionada ao câncer, mas com um destaque ao sentido produzido pelo adoecimento por TB. Esse sentido é produzido no momento em que é realizada uma explicação sobre o abandono do tratamento, ocorrido no ano anterior. Durante a entrevista há um discurso polissêmico, pois vários assuntos são trazidos pela doente, muitas vezes sem uma sequência lógica, mas nem por isso com pouca importância.

[...] eu daria assim a vida pra não ter tido isso, porque querendo ou não nunca mais vou ser a mesma pessoa. [...]Então não é uma doença bendita! Aí eu falei pra médica, falei “nossa que doencinha maldita”, ela falou: “maldita nada E5. tem cura”. Eu falei “ahh então é abençoada?” Não tem cabimento, sabe? Toda a doença é maldita! Graças a Deus que não é um câncer, porque câncer é mais difícil, mas é uma doença séria e pode levar a morte. (E5)

Em um primeiro momento há novamente uma metáfora percebida na transferência da nomenclatura “TB” pelo pronome “isso”: “[...] *eu daria assim a vida pra não ter tido isso, porque querendo ou não nunca mais vou ser a mesma pessoa. [...]*”. Essa transferência pode significar diferentes sentidos, tais como medo, raiva, desprezo, insegurança ou até mesmo estigma relacionado à doença. Se observarmos nessa sequência discursiva há vários adjetivos (“maldita”, “bendita”, “séria”) que designam a doença, mas não há expresso em suas palavras a doença TB propriamente dita, há uma negação quanto a atribuição do nome à doença. Os vários sentidos produzidos pela doença ou até mesmo seu estigma pode ser resultado do sentido mais amplo que a doença produziu na doente, “[...] *nunca mais vou ser a mesma pessoa.*”. Ao analisarmos o discurso da doente como um todo, percebemos que essa alteração está relacionada tanto aos aspectos emocionais envolvidos quanto ao medo da transmissibilidade e recorrência da doença.

Na sequência “*Então não é uma doença bendita! Aí eu falei pra médica, falei “nossa que doencinha maldita”, ela falou: “maldita nada E5 tem cura”. Eu falei “ahh então é abençoada?” Não tem cabimento, sabe?[...]*”, nos é apresentado um diálogo entre a paciente e o profissional médico marcado por um discurso conflituoso em relação às posições discursivas assumidas por ambos: “*maldita nada B, tem cura.*”. Ao salientar “*Então não é uma doença bendita!*” o discurso enfático tem como objetivo destacar o sentido produzido pela doença para o doente, de revolta e indignação. O uso dos adjetivos antagônicos “maldita” e “abençoada”, são usados pela entrevistada de forma literal remetendo a um interdiscurso polissêmico. Ao salientar “*Não tem cabimento, sabe?*” há uma marca de indignação com relação ao sentido de normalidade do adoecimento demonstrada pelo profissional.

O discurso é finalizado com os fragmentos discursivos: “*Toda a doença é maldita! Graças a Deus que não é um câncer, porque câncer é mais difícil, mas é uma doença séria e pode levar a morte.*”, onde há uma reafirmação com relação à gravidade da doença, portanto discordante do discurso do profissional, e uma analogia com o interdiscurso relacionado ao câncer. Nesse momento, a doente traz novamente o interdiscurso religioso ao utilizar o termo “*Graças a Deus*”, destacando o caráter de castigo relacionado ao adoecimento, e salienta o interdiscurso social relacionado à incurabilidade do câncer ao afirmar “*...porque o câncer é mais difícil...*”. Entretanto, reafirma a gravidade da TB através da paráfrase “[...] *é uma doença séria e pode levar a morte.*”, entendida como a estabilização do já dito (ORLANDI, 2013), ou

seja, o discurso médico relacionado à doença com a intencionalidade de reacender o interesse e cuidado com a mesma.

Apesar de hoje ser uma doença tratável e com diretrizes bem estabelecidas para o seu controle ainda carrega uma herança relacionada à sua incurabilidade. Nesse sentido, as mudanças que o doente vivencia podem estar relacionadas à forma como a sociedade e o próprio doente concebem essa cura. O medo da recorrência da doença está muito próximo à crença de sua incurabilidade, fazendo com que seja necessário um preparo do doente para aceitação dessa cura tanto no meio familiar quanto no social. Antigamente, por se tratar de uma doença incurável não havia a relação com o ex-doente ou a cura, e essa memória discursiva ecoa na atualidade, principalmente, entre a população leiga gerando com isso o medo, tanto da recorrência quanto do preconceito, ligado intimamente às modificações permanentes relatadas pela doente (GONÇALVES, 2000).

Situações indesejáveis fazem com que haja uma adequação de imagens criadas a partir do vivenciado, resultando nas mais variáveis metáforas. Sontag (1984) comenta que doenças cuja as causas são, ou nesse caso eram, desconhecidas agregado ao peso da incurabilidade tendem a ser carregadas de significação. O medo que as acompanha faz com que a doença passe a adjetivar. A fim de disfarçar ocultando suas características as pessoas passam a nomear a doença de outra forma, e esse sentimento pode ser justificado pelo medo da própria morte ou pelo caráter pejorativo associado à TB (PORTO, 2007).

Por meio do interdiscurso religioso podemos perceber outro sentido atribuído à doença, tendo ele o caráter punitivo, podendo ter importância e até mesmo influência no curso do tratamento do doente. Na sequência discursiva seguinte, houve a abertura para que a entrevistada falasse sobre outros aspectos à respeito do tratamento que não havíamos abordado até o momento e que tiveram importância pessoal. A partir disso, a sequência discursiva teve como foco o interdiscurso religioso, marcado pela reafirmação da crença de que havia um sentido que deveria ser apreendido pelo doente.

“Então é sofrido, entendeu? É sofrido, mas faz o que...tem que passa por isso. Deus sabe, eu acredito muito em Deus, e sei que tudo tem um propósito. Se eu peguei essa doença algum propósito ele tinha na minha vida. Talvez era me colocar no lugar das pessoas, talvez era vê que minha vida não era tão difícil assim. Entendeu? Que eu poderia estar pior, porque às vezes a gente tá bem e reclama da vida, sabe?” (E5)

Primeiramente, percebemos uma repetição do termo “sofrido” o que marca o caráter de punição atribuído à doença: “*“Então é sofrido, entendeu? É sofrido, mas faz o que...”*”. Logo, há uma resignação relacionada ao adoecimento marcado pelos termos “*...tem que passar por isso*”. Essa passagem, confirma as consequências do adoecimento vivenciadas pelo doente e com ela o entendimento de que não há forma de prevenção uma vez que estava destinado à ela essa experiência.

A sequência seguinte: “*Deus sabe, eu acredito muito em Deus, e sei que tudo tem um propósito. Se eu peguei essa doença algum propósito ele tinha na minha vida.*”, mostra claramente o interdiscurso religioso por meio da (re)afirmação da crença em Deus e da aceitação da doença apenas como designação divina. Ao final, há uma tentativa de compreensão do porquê do adoecimento por meio do fragmento: “*Se eu peguei essa doença algum propósito ele tinha na minha vida.*”

Finalizando essa sequência discursiva temos uma tentativa de elencar os possíveis motivos para que a punição (adoecimento) acontecesse: “*Talvez era me colocar no lugar das pessoas, talvez era vê que minha vida não era tão difícil assim. Entendeu? Que eu poderia estar pior, porque às vezes a gente tá bem e reclama da vida, sabe?*”. Por meio da paráfrase “*às vezes a gente tá bem e reclama da vida*” percebemos essa como provável causa para o adoecimento, pela utilização do termo “*a gente*” verificamos a sua inclusão como sujeito dessa ação e com isso percebemos os sentidos atribuídos para seu adoecimento relacionados com o interdiscurso religioso e sua resignação frente à ele.

A crença no divino ou no mágico está relacionada à busca por entendimento sobre o significado de estar no mundo. A religião é vista como uma forma de amparo físico e emocional, com isso o significado do adoecimento é influenciado por ela. A distância social existente entre o doente e o médico, tratando-o muitas vezes como objeto, colabora para um sentimento de fragmentação, de afastamento e com isso o discurso religioso orienta e ajuda o doente a significar essa experiência e contornar suas aflições cotidianas (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

Em um estudo realizado na igreja neopetencostal, identificou-se que há duas razões para manifestação da doença, a primeira relacionada à provação que deve ser enfrentada, dentro de uma concepção punitiva, e a segunda como ataque do demônio para fazer calar quem leva a palavra de Deus, nesse caso quando ocorre em pastores. Dentro da concepção religiosa a noção de saúde está articulada com a noção de pecado, castigo e degeneração

humana. Com isso, entende-se a doença como uma punição provocada pelo próprio indivíduo ou grupo e a cura está relacionada ao novo modo de vida instaurado pela doença, ou seja, a partir da punição há o adoecimento e a cura só estará instaurada após uma percepção individual sobre a adaptação ao novo modo de vida, ao aprendizado (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

A normalidade relacionada ao adoecimento por parte dos profissionais de saúde é percebida pelo doente e significada por ele conforme sequência discursiva a seguir.

“Porque às vezes, tudo bem, pra médico é normal uma doença. Pro médico é normal. [...]Pra você é uma coisa técnica, é o seu trabalho, se não tive doente cê não trabalha. Entendeu? Mas pra gente não é normal, pra gente é uma coisa assim ... estranha, é uma coisa de outro mundo, porque se eu olhar pra uma pessoa com câncer eu não vo acha normal. Eu vo fica muito preocupada com a pessoa. E eu passei pela tuberculose, hoje em dia é o que eu tô falando pra você, pra vocês é uma doença bonita de se estuda, é uma doença legal de se trata, pra vocês!!! [...] Mas pra gente que é paciente é uma doença maldita, dolorosa, chata, ruim, entendeu? E é isso que às vezes a médica não entende. Entendeu? É o meu caso com a doutora F., um dia ela falou pra mim: ah é uma doença linda. [...]Mas pra nós é chato gente! Entendeu?” (E5)

Há uma (re)afirmação relacionada à essa normalidade quando a doente fala *“Porque às vezes, tudo bem, pra médico é normal uma doença. Pro médico é normal.”* Nesse momento, apesar do possível entendimento do doente, há um estranhamento marcado pela repetição *“pro médico é normal”*, possivelmente relacionado à compreensão desse processo de instrumentalização do adoecimento, pautado no modelo biomédico, mas não à aceitação do mesmo. Novamente, como forma de salientar e aproximar essa situação do entendimento do pesquisador há um destaque por meio do pronome *“você”* na passagem *“Pra você é uma coisa técnica, é o seu trabalho, se não tive doente cê não trabalha. Entendeu?”* Ainda após toda a descrição do processo, por meio do *“entendeu?”* a doente busca mostrar clareza em seu discurso explicitando seu ponto de vista.

Logo em seguida, o doente significa o modo como ele percebe essa normalidade e o quanto a mesma é vista como distorcida *“Mas pra gente não é normal, pra gente é uma coisa assim ... estranha, é uma coisa de outro mundo, porque se eu olhar pra uma pessoa com câncer eu não vo acha normal. Eu vo fica muito preocupada com a pessoa.”*. Há uma pausa a

fim de buscar um termo que signifique sua experiência e ao mesmo tempo que produza um efeito de sentidos forte a fim de buscar a sensibilização do pesquisador e mostrar como a doença, sendo sobrenatural, força a fuga da normalidade gerando uma perda de controle da vida pessoal “[...]...*estranha, é uma coisa de outro mundo*”. Ainda há uma justificativa para essa afirmação ao buscar como exemplo uma doença com um desfecho estigmatizado “[...]...*porque se eu olhar pra uma pessoa com câncer eu não vo acha normal.*” Nesse mesmo fragmento ao afirmar que “*eu não vo acha normal*” há um deslizamento de sentidos inferindo que o profissional de saúde nesse mesmo contexto acharia normal enquanto que a população de uma forma geral não. Ao afirmar “*Eu vo fica muito preocupada com a pessoa.*”, novamente há uma tentativa de destaque para o fato de que essa normalidade relacionada ao processo de adoecimento faz com que o profissional não transpareça sua preocupação com a saúde do doente, devido à normatização do processo de trabalho.

Nesse momento ela assume efetivamente a posição de doente e a partir dela ressalta a importância de compreender que o processo de adoecimento deve ser tomado de forma diferente pelo profissional, não apenas focado na doença. Novamente há um destaque para o pronome “*você/vocês*” a fim de colocar o pesquisador no lugar do profissional e assim destacar sua ideia: “*E eu passei pela tuberculose, hoje em dia é o que eu tô falando pra você, pra vocês é uma doença bonita de se estudar, é uma doença legal de se tratar, pra vocês!!!*”. Ao afirmar “*eu passei pela tuberculose*” está destacando o fato que passar pela doença tem um caráter vitorioso e ao mesmo tempo único que permite a fala com propriedade com relação à esse adoecimento. No momento seguinte utiliza-se da metáfora para designar outros termos para a doença a fim de mostrar o quanto esse percurso é difícil e por meio do termo “*entendeu*” busca novamente explicitar sua ideia, ou seja, marcar tudo o que foi dito anteriormente “*Mas pra gente que é paciente é uma doença maldita, dolorosa, chata, ruim, entendeu?*”.

Ao final, traz sua experiência a fim de destacar fragilidades na relação entre profissional médico e doente “*E é isso que às vezes a médica não entende. Entendeu? É o meu caso com a doutora F., um dia ela falou pra mim: ahh é uma doença linda. [...]Mas pra nós é chato gente! Entendeu?*”. O termo “*entendeu*” traz o destaque do explícito do discurso e marca a importância dessa normalização do adoecimento uma vez que houve retornos constantes à questão “*doença maldita versus abençoada*” no decorrer de todo discurso.

A expressão “*ahh é uma doença linda*” referida como fala do profissional de saúde remete à memória discursiva dos processos de adoecimento da TB no século XIX relacionados à uma forma valorizada de estética, ou seja, havia uma ideia de que o poeta ou artista adoecido com TB apresentava um refinamento dos sentimentos tornando-os mais sensíveis à eles e com isso suas produções apresentavam, por serem mais verdadeiras, maior qualidade (GONÇALVES, 2000).

Ao percebermos esse descontentamento do sujeito relacionado à atitude do profissional frente ao adoecimento, precisamos compreender primeiramente que as reações fisiopatológicas são vivenciadas de forma única, não podendo ser normatizadas de tal forma que acredite-se que todos passarão por ela da mesma maneira. Canguilhem ao trabalhar a ideia de normal e patológico salienta que uma vez que os processos patológicos são experimentados de formas diferentes a concepção de normal irá variar para cada sujeito, não podendo dessa forma ser generalizado (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

A concepção biomédica de saúde e doença, está intimamente ligada ao diagnóstico e cura de uma determinada patologia. Sendo assim, dentro dessa perspectiva, o normal assume a concepção focada na fisiologia, ou seja, ao simples fato de curar o sujeito com base no estabelecimento da normalização dos processos fisiológicos. Esse processo não assume uma importância real para o sujeito adoecido, uma vez que para ele o voltar à normalidade está relacionado ao retorno à uma atividade interrompida sem ser inválido à ela. Canguilhem trabalha a ideia de que a terapêutica deveria respeitar essa adaptação ao novo modo de vida instaurado após o adoecimento e não simplesmente no reestabelecimento do normal, conforme compreendido pela visão biomédica (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

O termo medicalização surgiu a partir de 1960 para definir a apropriação da vida do homem pela medicina. Com isso, entende-se que a medicina passa a exercer um poder sobre o corpo por meio do estabelecimento de normas de conduta e prescrição de comportamento tornando os sujeito dependentes desse conhecimento. Apesar disso, o discurso apresentado anteriormente busca uma quebra dessa medicalização, há um movimento contrário à essa perda de autonomia apesar da adoção da terapêutica em si. Não é com isso um processo excludente, mas de ampliação do entendimento do processo de adoecimento e com isso do próprio sujeito (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Nesse sentido, Illich trabalha principalmente com a perda da autonomia gerada pelo processo de medicalização. Há o estabelecimento de uma dependência que faz com o sujeito

consoma ativamente a medicina, as especialidades, entretanto é entendido que o sujeito só alcançará verdadeira satisfação no momento em que romper com essa necessidade dominadora. Já Foucault traz, a partir da concepção de manejo da população pela medicina, o exercício do poder sobre a vida por meio das medidas de controle estabelecidas sobre o corpo individual e coletivo (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). A partir dessas duas perspectivas, precisamos compreender o movimento que tem sido realizado pelo sujeito adoecido a fim de romper com esses modelos e retomar sua autonomia e o cuidado frente às suas necessidades.

O estigma relacionado à Aids e à drogadição está presente no interdiscurso dos doentes de TB conforme pode ser observado na seguinte sequência discursiva.

“Então não é todo mundo que tem aquele peito: ahh eu tô com tuberculose. Porque no ouvido dos outros soa: ahh ela tem aids...ahh ela é drogada. Aí pra reputação da pessoa fica meio assim, porque a pessoa não tem aquele conhecimento de entende que pega no ar, o povo não pensa assim, pensa assim: nossa ela tem tuberculose, ela tem aids. [...] Aí começaram a abrir a mente, que não é porque tem tuberculose que tem aids ou que usa droga, entendeu? Mas o preconceito é esse, não é?” (E5)

O impacto em admitir estar doente por TB fica claro no segmento *“Então não é todo mundo que tem aquele peito: ahh eu tô com tuberculose.”* Na utilização do termo *“peito”* e na expressão corporal realizada no momento dessa afirmação percebe-se esta como questão de força, coragem, uma vez que admitir estar com TB não é um processo fácil devido às consequências relacionadas à ela. Logo em seguida surge a justificativa do motivo pelo qual assumir-se com TB pode ser difícil: *“Porque no ouvido dos outros soa: ahh ela tem aids...ahh ela é drogada.”*. Há um deslizamento de sentidos mostrando que é de conhecimento amplo a associação existente entre a TB e a aids e/ou drogadição, e apesar de ser explicitado *“no ouvido dos outros”* em algum momento essa crença esteve presente no imaginário dessa doente também.

Há na passagem seguinte uma confirmação de que adoecer por TB é um qualificador social importante *“Aí pra reputação da pessoa fica meio assim, porque a pessoa não tem aquele conhecimento de entende que pega no ar, o povo não pensa assim, pensa assim: nossa ela tem tuberculose, ela tem aids.”*. Quando o substantivo *“reputação”* é utilizado o compreendemos como um qualificador social moderado pela expressão *“fica meio assim”*, nesse caso como fator negativo de influência no julgamento social. Novamente, ao finalizar a

frase traz o estigma associado à doença a partir do discurso biomédico sobre a transmissibilidade da doença.

Ao final da sequência discursiva, apesar da utilização do verbo “começar” na 3ª pessoa do plural, há um deslizamento de sentidos considerando que ela, em algum momento, já passou por esse desconstrução do naturalizado e hoje consegue desmistificar essa associação “*Aí começaram a abrir a mente, que não é porque tem tuberculose que tem aids ou que usa droga, entendeu? Mas o preconceito é esse, não é?*”. A expressão “*entendeu?*” novamente busca explicitar essa desconstrução do estigma realizado por ela, entretanto ao final com a expressão “*não é?*”, busca uma concordância do pesquisador relacionado ao preconceito existente e com isso compreender que apesar de estar claro para ela ainda existe essa associação/preconceito naturalizada frente à sociedade.

Atualmente é preconizado que todo o doente diagnosticado com a TB deve realizar o teste de HIV devido à associação frequente entre essas duas doenças. O HIV/aids possui estigmas próprios que contribuem para a morte social do sujeito desencadeando sofrimentos psíquicos e emocionais (NEVES et. al., 2012). O doente de TB ao ser diagnosticado faz essa associação devido a memória discursiva presente sobre essa coinfeção e ao interdiscurso médico no momento do diagnóstico. Com isso, pode surgir o medo em ser identificado com TB e consequentemente ser excluído socialmente.

Outro sentido atribuído à doença está na relação dela com o monstro da mitologia grega, popularmente conhecido como “bicho de sete cabeças”. Essa sequência discursiva, foi originada durante uma exposição sobre a aceitação do adoecimento por TB no ambiente de trabalho e o preconceito gerado após essa revelação. No discurso desse sujeito há uma predominância do interdiscurso médico, proporcionado durante as consultas médicas e visitas domiciliares, o que resultou em uma autonomia com relação ao processo de adoecimento e consequentemente na educação em saúde na sua rede de relações.

“Aí que eu digo o bom da gente...é...tirar as dúvidas com os profissionais os quais visitam a gente, é que a gente pode passar isso pros outros, que a falta de informação das pessoas fazem com que elas se afastem. [...] Porque...antigamente se era um bicho de sete cabeças, hoje fazendo o tratamento correto, certinho, tem cura, tem trat..já tem tratamento pra isso, mas é uma doença que tem cura.” (E6)

A sequência discursiva tem início com o destaque relacionado à atenção recebida pelos profissionais de saúde que a atenderam: *Aí que eu digo o bom da gente...é...tirar as dúvidas com os profissionais os quais visitam a gente [...]*. A utilização do substantivo “gente” deixa claro a iniciativa do doente em questionar sobre suas dúvidas com os profissionais, pois dessa forma haverá mecanismos para subsidiar sua autonomia com relação ao processo saúde-doença. Logo em seguida há a conclusão salientando o que essa autonomia proporciona “*[...]é que a gente pode passar isso pros outros, que a falta de informação das pessoas fazem com que elas se afastem.*”, sendo a educação em saúde por meio da reprodução do conhecimento adquirido.

Por meio da metáfora contida na substituição do termo TB por “*bicho de sete cabeças*” percebemos o impacto negativo que a doença apresentava frente às medidas de controle e tratamento. No seguimento “*Porque...antigamente se era um bicho de sete cabeças, hoje fazendo o tratamento correto, certinho, tem cura, tem trat..já tem tratamento pra isso, mas é uma doença que tem cura.*”, é salientado pela polissemia contida nos termos “*tratamento correto*”, “*certinho*”, “*tem cura*”, “*tem trat...já tem tratamento pra isso*”, a importância de conhecer os aspectos clínicos da doença e de seu tratamento a fim de desmistificar os sentidos que a TB pode produzir.

A metáfora “*bicho de sete cabeças*” faz referência à mitologia grega, mas especificamente à Hidra de Lerna. Esse monstro era tido como repugnante, com corpo de serpente e nove cabeças apavorantes, cada uma delas com dentes enormes pelos quais exalava um hálito mortal para que o respirasse. Quando era cortada outra cabeça nascia no lugar gerando um aspecto de imortalidade. A única forma de destruí-las foi cortando-as e logo em seguida cauterizando-as. Entretanto a do meio não pode ser combatida, e com isso foi necessário ser enterrada tendo sido colocado logo acima um rochedo colossal. Esse monstro fez parte dos 12 trabalhos de Hércules, filho do deus Zeus, que os realizou a fim de se redimir dos assassinatos cometidos (KOUZMIN-KOROVAEFF, 2009).

O caráter de imortalidade, repugnância, temibilidade conferido ao “*bicho de sete cabeças*” é transferido, ainda hoje, à TB. Por muito tempo, a TB foi vista como uma doença incurável e para além dela como uma doença social, flagelo social, doença operária devido às condições de moradia, alimentação e trabalho (A TB ao longo dos tempos). Além disso havia a presença de um horror coletivo uma vez que o contato direto com o doente poderia ocasionar uma infecção indesejada, tanto do ponto de vista médico quanto da moral, já que

que havia uma associação da doença com o estilo de vida relacionado aos excessos, ou seja, em desacordo com os padrões sociais estabelecidos (PORTO, 2007).

Quando pensamos que o discurso é sócio-historicamente produzido e olhamos para a sequência discursiva anterior vemos o quanto a memória discursiva está presente e a importância dela para a compreensão da TB pela perspectiva do sujeito. Não há como desvencilhar esses conceitos, assim como não há como compreendermos o discurso sem a historicidade presente acerca da doença. Apesar do entendimento sobre o distanciamento entre o “bicho de sete cabeças” e a TB presente no discurso da doente, a memória ainda ecoa no imaginário coletivo e é a partir dela que poderemos trabalhar com o rompimento desse estigma colaborando para o não abandono do tratamento.

As significações que acompanham o “bicho de sete cabeças” e também a TB são integrantes da memória discursiva social. Apesar do tratamento facilitado, o destaque dado à doença está associado ao medo e com isso ao afastamento da sociedade. A experiência com o serviço de saúde proporcionou subsídios para que a doente conseguisse romper com esse imaginário, principalmente no ambiente de trabalho. Ainda proporcionou a perda da vergonha associada ao adoecimento por TB, uma vez que a mesma foi vivenciada pelo doente interferindo inclusive na vontade de sair de casa.

Ainda com caráter negativo, outro sentido relacionado à doença é o de isolamento. Durante a fala sobre as informações e o apoio recebido dos profissionais de saúde há um retorno aos momentos vivenciados até o diagnóstico efetivo da doença com destaque para a internação hospitalar.

“Eu acho que num caso desse a gente pensa tanta coisa ruim, tanta coisa ruim, a gente não sabe, tá ali...que nem lá no hospital fiquei isolada cinco dias sozinha, a cabeça só vai pensando coisa ruim e aí os meus filhos fico cada um prum lado. [...]” (E6)

No início da sequência discursiva há um receio em nomear a doença marcado pelo termo “desse”. Ainda, ocorre repetição do qualificador “coisa ruim” identificando o adoecimento como um processo sofrido. Logo em seguida há um deslizamento de sentidos relacionado à associação entre isolamento e TB “...que nem lá no hospital fiquei isolada cinco dias sozinha, a cabeça só vai pensando coisa ruim [...]”. Apesar de não possuir o diagnóstico da TB, no momento em que houve o isolamento no hospital houve uma associação com a doença devido à sua memória discursiva.

A preocupação com os filhos fica marcada no segmento “[...] *a cabeça só vai pensando coisa ruim e aí os meus filhos fico cada um prum lado. [...]*”. Ao referir “*pensando coisa ruim*” há uma referência ao risco de morte associado à doença e com isso a legitimação de sua preocupação. Esse isolamento e com ele a falta de informação sobre seu processo de adoecimento fez com que a doente saísse do hospital sem indicação médica, entretanto a preocupação com os filhos garantiu o retorno ao serviço para diagnóstico e posterior tratamento.

No século XIX, as diretrizes para o combate da TB tinha como um de seus focos o isolamento social por meio do sanatório, sendo responsável pela redução da disseminação da doença. Com isso, havia a segregação do doente para o tratamento da mesma. A associação existente com essa política era de isolamento, privação, sofrimento (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000). Essa memória discursiva presente no discurso do sujeito fez com que, apesar de não ter diagnóstico, o isolamento fosse associado à TB e também a possível incurabilidade gerando um medo principalmente com relação ao destino dos filhos.

A próxima sequência discursiva foi produzida durante o discurso sobre a transmissibilidade da doença e a falta de informação com relação à ela. Foi referido que não era de seu conhecimento a quantidade de pessoas com TB e que nunca pensou que pudesse contrair a doença.

“A gente fica sabendo de pessoas próximas, aí em contato com outras pessoas...uma colega minha, que fazia anos que eu não via ela, ela pegou quando foi visitar o marido na penitenciária e fez tratamento. E eis a questão, eu tenho um irmão preso.” (E6)

É valorizado pelo doente a troca de experiências com outras pessoas, e falar sobre a doença proporciona ferramentas para lidar com o adoecimento. Percebe-se o interdiscurso relacionado à associação entre penitenciária e a TB no momento em que ela expressa “[...] *ela pegou quando foi visitar o marido na penitenciária e fez tratamento.*” e a partir desse novo conhecimento há subsídios para conjecturar sobre seu próprio foco de transmissão “*E eis a questão, eu tenho um irmão preso.*”.

Apesar do diagnóstico estabelecido e das preocupações que com ele se formam, há uma curiosidade e ao mesmo tempo preocupação com a forma de contágio. Nesse caso, a possibilidade de nova infecção foi considerada pela doente, uma vez que o contato com o

presídio ocorrerá em um futuro próximo visto a necessidade de visitas familiares para que o presidiário possa ser liberado nos feriados.

Sabe-se que a população privada de liberdade frequentemente é proveniente de áreas pobres e desfavorecidas, consequentemente com maior ocorrência de TB. No encarceramento a presença de outros fatores, tais como uso de drogas, infecção por HIV, recorrência da doença, dificuldade de acesso aos serviços de saúde dentro da prisão, além de celas superlotadas, colaboram para a ocorrência da doença (COUTO et. al., 2014). O interdiscurso relacionado à esta questão é destaque na fala desse sujeito, causando um dilema entre correr o risco de adoecer novamente e não prestar suporte ao irmão encarcerado.

Ainda com relação à transmissibilidade e a falta de controle sobre a doença, temos a próxima sequência discursiva produzida após a explicação sobre estigmatização da TB e aids, que foi vivenciada por sua vizinha muitos anos antes do seu adoecimento.

“Mas eu acho que eu peguei dela esse bacilo, olha quanto tempo ele demorou pra manifesta. É muito tempo, ou seja, esse...é demoníaco essa doença (risos). Olha...é muito grave, porque o negócio se aloja, ele tem a capacidade de dormi dentro de você e ele manifesta a hora que ele bem entende. [...] Ela dorme e no momento oportuno, ela é oportunista, no momento oportuno ela vai e manifesta, te derruba.” (E5)

Podemos perceber a presença forte do interdiscurso médico por meio dos termos “bacilo”, “manifesta” e “oportunista”. Há uma explicação sobre o contágio pelo bacilo da TB e todo processo após o mesmo, a partir de características clínicas que passa a ser de seu conhecimento por meio dos profissionais e da internet. Ainda assim, a característica diabólica e de destruição novamente é destacada nos fragmentos “[...] esse...é demoníaco essa doença (risos).” e “no momento oportuno ela vai e manifesta, te derruba.”. E a partir delas podemos compreender a falta de controle com relação à doença, uma vez que o sobrenatural “demoníaco” ao assumir o controle gera uma desestabilização de sua condição.

O sentido assumido pela TB nesse contexto é o de perda do controle devido à força da doença. Se considerarmos que as condições de produção envolvidas nesse discurso mostram o adoecimento pela TB da mãe e avó da doente, o aparecimento de TBL no marido, e o abandono do padrasto após diagnóstico da doença, como significantes importantes que permeiam seu interdiscurso poderemos compreender o caráter dominador da doença, capaz de desestabilizar inclusive suas relações familiares.

Podemos destacar que os sentidos produzidos pela doença no discurso do doente são variados e complexos, sendo que nesse momento apenas alguns tiveram destaque. Conforme entende-se na AD, o discurso não é fechado, finito, e por isso não podemos afirmar que apenas esses significam a experiência de adoecimento. A introdução dessa compreensão dará subsídios para uma futura formação discursiva relacionada ao sentido do adoecimento para o doente de TB.

A associação da TB com o câncer é frequente. Apesar da diferenciação entre as doenças e da curabilidade reconhecida da TB, a sintomatologia debilitante a faz ser constantemente associada ao câncer. Consequentemente, esse medo gera uma adjetivação da TB, não sendo “permitido” sua nomeação propriamente dita.

Além dessa associação, o caráter de punição associado ao discurso religioso provoca um afastamento do conhecimento sobre a doença. Se pensarmos apenas em punição, teoricamente medidas de prevenção não seriam cabíveis para o controle da doença. Ainda, dependendo da crença religiosa, a curabilidade pode ser colocada em jogo ao ser questionado o tratamento medicamentoso.

A atuação dos profissionais de saúde e a forma como os mesmos consideram esse adoecimento pode gerar conflitos com o doente, inclusive dificultando a adesão ao tratamento. Se o profissional percebe apenas a doença, sem as subjetividades do adoecimento, e ainda trata como uma condição normal, pode ocorrer um afastamento do doente comprometendo assim, o relacionamento entre eles.

O estigma relacionado à TB tem suas raízes na associação da doença com a aids, drogadição, presídios, isolamento, invencibilidade (“bicho de sete cabeças”). Como anteriormente destacado, a memória discursiva relacionada à TB ecoa na atualidade, comprometendo seu enfrentamento pela sociedade. O doente não tem o desejo de se identificar com a doença e a sociedade não tem interesse em reconhecer a existência da mesma. Sendo assim, o controle da doença, por meio, principalmente da participação da comunidade e educação em saúde, fica comprometido.

Entre os sentidos abordados até esse momento, está a perda de controle. Novamente o caráter infeccioso da doença gera um medo relacionado à transmissibilidade, tanto por parte do doente quanto dos familiares. Sendo assim, o doente sente-se impotente frente ao adoecimento, tanto relacionado à transmissão aos entes queridos quanto ao afastamento dos mesmos.

Podemos considerar esses sentidos como integrantes da continuidade do cuidado, uma vez que o rompimento das barreiras provocadas por esses sentidos são imprescindíveis para adesão ao tratamento e consequente sucesso do tratamento. Os profissionais de saúde possuem um papel chave, por meio da educação em saúde, tanto para comunidade quanto para o doente em tratamento.

7.4.2. A vinculação com os serviços e os profissionais de saúde

O vínculo percebido entre o doente de TB e os profissionais de saúde e consequentemente com os serviços responsáveis pelo seu cuidado está relacionado com a continuidade relacional. Nessa perspectiva há o reconhecimento que o contato contínuo entre o doente e o provedor de saúde conectam o cuidado ao longo do tempo. Com essa proximidade há o estímulo da confiança, facilidade na comunicação, entendimento e senso de responsabilidade mútua resultando em uma conexão para o cuidado futuro (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Ao ser questionado sobre os profissionais que atuaram durante o tratamento da TB, um doente apresentou um discurso contraditório ao tentar identificar essa vinculação. Considerando as condições de produção associadas à ele, principalmente ao longo tempo até o diagnóstico e ao período de internação, foi possível perceber que não houve reconhecimento dos profissionais que iniciaram seu tratamento dentro do contexto hospitalar. Entretanto ao deslocarmos para o contexto da pesquisa, que é o CSE Sumarezinho, percebemos uma mudança ao haver identificação pelo nome do profissional responsável pelo cuidado.

“[...]mais aqui no posto de saúde do Cuiabá, a médica minha é a Dr. (W)., né? E daí pra frente andei passando com alguns médico, às vezes era ela né, teve um dia que ela entrou de férias, mas nesse contexto aí, às vezes a gente...não se apresentou, então a gente fica perdido né, não sabe quem que é, tudo né? Mas fui bem atendido nesse ponto. (E2)

A identificação do profissional responsável pelo cuidado e cujo vínculo está estabelecido é marcado no fragmento “[...]Mais aqui no posto de saúde do Cuiabá, a médica minha é a Dr. (W)., né?[...]”. O termo “mais [mas]” sugere um rompimento entre o cuidado prestado no hospital, no início do tratamento, e o realizado no CSE Sumarezinho. O

profissional que anteriormente não pode ser identificado, o é quando há a transferência para outro local de tratamento da doença a partir da expressão “*a minha médica é a Dr. (W).*”.

A partir dessa identificação há um movimento contrário marcado no fragmento “*E daí pra frente andei passando com alguns médico, às vezes era ela né, teve um dia que ela entrou de férias[...]*”. Nesse momento o doente relata que apesar da sua médica ser a Dr^a (W)., outros profissionais médicos o atenderam fazendo parte do cuidado durante o período de tratamento. O deslizamento de sentidos ocorre ao apontar uma problemática presente no serviço a partir do fragmento “*mas nesse contexto aí, às vezes a gente...não se apresentou, então a gente fica perdido né, não sabe quem que é, tudo né?*”. Apesar da identificação do gestor do caso, os outros profissionais médicos envolvidos não são identificados como parte da equipe, mas apenas como substitutos. A responsabilização mútua por essa ocorrência é marcada na expressão “*às vezes a gente...não se apresentou*” onde há uma tentativa de justificar a falta de vínculo nessa situação específica. Essa falta de reconhecimento leva à um estranhamento por parte do doente, presente no fragmento “*então a gente fica perdido né, não sabe quem que é*”.

O discurso é finalizado marcado pela contradição “*Mas fui bem atendido nesse ponto.*” Nesse momento, o doente desconstrói sua fala ao apontar que apesar do não reconhecimento de alguns profissionais seu atendimento foi bom. Provavelmente a referência está direcionada para o fato do curso do tratamento ter ocorrido sem intercorrências, uma vez que seus exames estavam dentro dos parâmetros normais e a medicação ingerida não gerou efeitos colaterais.

É possível perceber, primeiramente uma diferenciação entre o atendimento no contexto hospitalar e no centro de referência. A não identificação dos profissionais atuantes dentro do primeiro contexto reflete uma quebra no vínculo, fazendo com que o doente não reconheça essa instituição como parte integrante do tratamento à TB. Para ele, o local de tratamento ocorre no contexto do CSE Sumarezinho, para onde foi referenciado após alta hospitalar. É nesse momento, que ocorre a identificação de um profissional da área médica responsável por seu cuidado, inclusive sendo o mesmo identificado pelo nome. Apesar dessa identificação, dois pontos merecerem destaque: o primeiro relacionado à rotatividade dos profissionais e o segundo relacionado à identificação da categoria profissional.

O CSE Sumarezinho, local de tratamento desse doente, é caracterizado por ser um Serviço Escola, sendo assim no setor de MI há residentes de medicina e graduandos de

enfermagem, ambos envolvidos diretamente no cuidado dos doentes por TB. Apesar dessa conformação, o sujeito não foi capaz de identificá-los durante os atendimentos, destacando apenas o fato de haver outros médicos realizando seu atendimento. Nesse caso, a rotatividade de profissionais está relacionada aos estudantes envolvidos no cuidado e não aos profissionais contratados pela unidade.

A não identificação dos residentes pode estar relacionada ao medo de resistência por parte dos usuários do SS. Em um estudo sobre a percepção dos profissionais sobre a inserção de estudantes de medicina no SS, foi identificado, como dificuldade de integração da comunidade com o sistema ensino-serviço, a resistência dos usuários em serem atendidos por estudantes, principalmente devido à insegurança frente alguns procedimentos (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011).

Como consequência da não identificação dos profissionais, ocorre uma confusão relacionada ao conhecimento sobre os profissionais envolvidos no cuidado e com isso um comprometimento da formação do vínculo, necessário para a adesão ao tratamento. Em um estudo realizado na Paraíba sobre o abandono do tratamento e as relações de vínculo com os profissionais de saúde, foi identificado que a valorização do doente pela equipe de saúde por meio das práticas de cuidado, atenção, interesse e preocupação colaboram para a formação de vínculo e consequentemente para adesão terapêutica (SOUZA et. al.; 2010). Sendo assim, é importante que o doente tenha conhecimento sobre seu processo terapêutico e os profissionais envolvidos com o mesmo para que se sinta à vontade em questionar sobre suas dúvidas e anseios.

No contexto da APS, a categoria médica é integrante de uma equipe de saúde, igualmente responsável pelo cuidado da população. Com isso, as outras categorias profissionais podem desempenhar papéis complementares, ampliando a eficiência de determinada tarefa; de substituição, realizando tarefas também de sua competência mas no lugar de outro profissional, e de complementação, ampliando a efetividade de uma tarefa (STARFIELD, 2002). Entretanto, no contexto estudado, por ser um serviço especializado, essa característica é perdida, tendo então como figura central do cuidado o profissional médico especializado.

Essa situação é transparente ao doente, sendo identificada no momento em que ele cita apenas o médico como profissional responsável pelo cuidado. Não há o reconhecimento de outros profissionais envolvidos nesse cuidado, uma vez que não identifica, por exemplo a

visitadora sanitária que realiza a visita domiciliária para ingestão da medicação ou a pré e pós consulta realizadas pelo técnico de enfermagem, como parte do mesmo. Essa condição pode estar relacionada com a organização desse serviço de saúde, visto que a equipe responsável pelo cuidado é composta pelo médico, técnico de enfermagem e visitador sanitário, não tendo o enfermeiro como parte da equipe fixa do setor.

Em uma revisão sistemática relacionada ao vínculo da atenção à saúde, identificou-se que os profissionais de enfermagem, estando entre eles o enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, tendem a formar um vínculo maior com o doente garantindo dessa forma uma valorização do trabalho. Essa valorização está associada com a proximidade entre profissional e doente devido ao atendimento cujo enfoque não está relacionada apenas aos aspectos biológicos, mas também nos aspectos afetivos e de foro íntimo (BRUNELLO et. al.; 2010).

No CSE Sumarezinho esta realidade fica comprometida visto que não há um enfermeiro específico para o setor, o que faz com que o doente identifique apenas o ato da consulta médica. Além disso, os técnicos de enfermagem assumem uma postura de recepcionistas, agendando consultas e tirando dúvidas com relação aos exames e medicações. Destaca-se que nesse momento não há privacidade durante o atendimento, os doentes são atendidos em sala compartilhada e com a porta aberta não havendo espaço privado para falar sobre outras dúvidas ou problemas de saúde, comprometendo dessa forma o vínculo com esses profissionais. Além disso, apesar do visitador sanitário possuir um ambiente mais favorável à formação de vínculo, sendo ele a residência do doente, o mesmo não é identificado pelo mesmo como profissional envolvido no cuidado.

No próximo discurso identificamos a memória discursiva, nesse caso relacionado à sobrinha do doente, sobre o funcionamento do serviço de saúde. Também ao responder sobre os profissionais que o estão atendendo há a identificação da médica como responsável pelo tratamento. Entretanto, há o reconhecimento dos outros profissionais, apesar de não ser pelo nome, como parte do processo de trabalho mostrando o entendimento e conformação com essa rotina.

“Não, ela que me atendeu, mas como se tratam de residentes cada vez que vai é um que atende. Mas passa depois lá dentro, para....para o profissional médico responsável pelo setor e ela vai tirar as dificuldades dela lá. Aí depois então traz a receita, marca nova consulta e é isso.” (E3)

Após a identificação da profissional que prestou atendimento há uma negação a fim de salientar que foi um atendimento, sendo o restante realizados por outros profissionais, nesse caso residentes de medicina “*Não, ela que me atendeu, mas como se tratam de residentes cada vez que vai é um que atende.*”. A ruptura ocorre por meio do “*mas*” ao destacar que apesar de serem residentes, os mesmos tem um profissional responsável por eles que irão ajudar na conduta a ser tomada. Nesse momento, há um destaque para o fato de que as dificuldades do caso estão relacionadas ao aluno e não puramente ao caso clínico conforme fragmento “*ela vai tirar as dificuldades dela lá*”. O pronome “*ela*” e a contração “*dela* [de+ela]” sugerem que o doente se sente inserido no processo de aprendizagem e não considera o contrário, ou seja, o residente inserido no processo de cuidado.

A sequência discursiva é finalizada pelo fragmento “*Aí depois então traz a receita, marca nova consulta e é isso.*”. O pronome “*isso*” normatiza o processo significando que o mesmo é pragmático e não gera outras significações pra o doente. Nesse contexto o doente é mero objeto envolvido em um processo de aprendizagem cujo resultado, para ele, será apenas a cura fisiológica.

Enquanto que na maioria dos discursos dos doentes há uma confusão relacionada aos diferentes profissionais que realizam o atendimento assim como um descontentamento com essa rotatividade, no caso desse doente há uma conformação com essa organização e consequentemente sua inserção como objeto nesse processo. O fato de possuir em sua família um profissional de saúde da área médica inserida no serviço de saúde e também responsável pelo seu cuidado o faz assumir uma posição de resignação frente ao processo. Com isso, o doente sente-se como parte do mesmo, não querendo causar conflitos.

Destaca-se nesse caso, que o doente é atendido no HC para as consultas médicas de rotina e pelo CSE Sumarezinho para o TDO. Em ambos os casos há uma administração da autonomia do doente com consequente resignação, no primeiro relacionado ao atendimento normativo focado na doença e no segundo relacionado a realização do TDO de forma não negociada.

Sabe-se que a crença na Ciência, enquanto capacidade de universalização e negação do particular, colabora para onipotência dos profissionais de saúde, principalmente da área médica, frente à doença e consequentemente ao doente. Sendo assim, há um esquecimento do doente enquanto sujeito complexo e com necessidades além da doença, resultando na

focalização do processo saúde-doença e comprometendo a autonomia do mesmo (MARTINS, 2004).

Em um estudo realizado em Ribeirão Preto sobre o vínculo entre doente e profissional de saúde, percebeu-se que a comunicação restrita aos aspectos biomédicos colaboram para a impessoalidade, diálogos sem escuta, responsabilização e subjetividades. A partir disso, há uma dificuldade no estabelecimento de vínculos contribuindo para a não adesão ao tratamento (BRUNELLO et.al.; 2009). No caso do doente em questão, a normatização do atendimento faz com que o mesmo se perceba como um objeto de aprendizagem colaborando para sua perda de autonomia perante ao processo de tratamento, muitas vezes destacadas na entrevistas com termos como: *“já não sei mais nada”*, *“tenho que espera”*, *“aí vamos ver”*.

Ainda, considerando que o doente possui em seu contexto familiar um profissional médico responsável por seu cuidado é questionado o fato de não ter ocorrido negociação com relação a modalidade de tratamento. Houve, no início, desconfiança por parte do doente relacionado ao TDO, principalmente pelo fato de que na primeira visita domiciliária as medicações foram recolhidas para implementação do mesmo. O sentimento de perda da autonomia foi frequente, visto que não houve profundidade nas consultas médicas, não houve opção de retornar para casa após alta hospitalar (doente está temporariamente com a filha), não lhe é permitido dirigir, e não houve negociação para realização do TDO.

A negociação com relação à modalidade de tratamento deve ser realizada considerando o contexto do doente e as implicações para o mesmo. Nesse caso, considerando o suporte profissional no domicílio (a sobrinha do doente), os aspectos psicológicos e as mudanças na vida do doente, provavelmente essa flexibilização poderia ter beneficiado o doente. Entretanto, apesar das mudanças na vida desse doente percebemos o TDO como uma forma de criação do vínculo com o serviço de saúde, visto que essa proximidade não é encontrada nas consultas de acompanhamento. É referido, que o TDO é potencializador da atenção uma vez que o doente se sente efetivamente cuidado devido ao acolhimento e atenção recebida pelo profissional responsável (CRUZ et. al.; 2012).

Enquanto que nas sequências discursivas anteriores, os profissionais considerados como responsáveis pelo tratamento eram profissionais da área médica, no segmento a seguir há uma aproximação do visitador sanitário, considerado pelo sujeito como o principal responsável pelo tratamento. Durante o questionamento sobre como foi adoecer de TB, a

doente falou um pouco sobre a orientação para continuidade do tratamento após alta hospitalar.

“Orientou, falou que assim que eu saísse de lá era pra mim passa no Cuiabá, traz o papel, pra mim continua o tratamento aqui com a (X), em casa.” (E4)

Nessa sequência discursiva, o sujeito identifica o cuidador pelo apelido, aqui trazido como (X), o que demonstra o vínculo criado com essa profissional de saúde e a representatividade do cuidado prestado em domicílio pela profissional. Durante todo o período, o cuidado esteve inteiramente nas mãos dos profissionais, uma vez que a doente, apesar de estar no último mês de tratamento, apresentava poucos conhecimentos sobre a doença e desconhecia a nomenclatura das medicações utilizadas.

Em um estudo sobre o tratamento supervisionado no controle da TB, no contexto da APS, foi identificado que o Agente Comunitário de Saúde representa o elo entre a população e o serviço de saúde facilitando com isso a criação de vínculo com a instituição (SILVA et. al.; 2007). Nesse caso, sendo um centro de referência, o visitador sanitário assume esse papel, contribuindo para a criação do vínculo assim como para a adesão ao tratamento. Em uma situação em que provavelmente, as visitas tenham contribuído para o melhor entendimento sobre a doença e tratamento, há sim a valorização desse profissional por parte do doente.

No decorrer dessa mesma entrevista, ao ser questionada sobre os profissionais que a atendiam no serviço, assim como em outras entrevistas houve menção aos profissionais médicos. Apenas quando perguntado sobre quem a recebia no serviço é que os outros profissionais foram destacados, sendo eles o técnico de enfermagem e o visitador sanitário, novamente nomeados e com ênfase dada pela doente ao vínculo mantido com os mesmos. Considerando as consultas médicas houve um estranhamento relacionado a rotatividade dos profissionais conforme destaque na sequência discursiva a seguir.

“Ahh incomoda, isso aí é esquisito, uma hora se vai com um médico, uma hora se vai com outro. [...] Tinha que repetir tudo de novo, fala tudo de novo, as coisas que eu já tinha nossa...não gostava disso não.”

Os termos “incomoda” e “esquisito” marcam o discurso, pois estabelecem uma ruptura no processo de normatização do SS. Ao utilizar esses termos o doente revela a resistência com essa normalidade do serviço em relação a rotatividade dos profissionais. Embora para o SS o suporte dos residentes auxiliem na demanda do serviço, assim como são aceitáveis visto o caráter de Serviço Escola, para o doente em tratamento essa rotatividade

pode romper com o vínculo entre eles. Na frase seguinte há a repetição de ideias *“Tinha que repetir tudo de novo, fala tudo de novo, as coisas que eu já tinha nossa...”* o que novamente marca o motivo pelo qual essa forma de organização do serviço pode ser um elemento desmotivador para o doente, instaurando uma certa insegurança ao doente uma vez que nunca irá ter certeza se encontrará o mesmo profissional.

Em um estudo realizado sobre satisfação e percepção do usuário do SUS, entre as falas sobre melhorias necessárias ao SS estavam a questão da rotatividade dos profissionais e a falta de recursos humanos (VILLA et. al.; 2012). Essa realidade é frequente nos SS, principalmente devido à desvalorização financeira do profissional de saúde. No contexto estudado, os profissionais médicos contratados tem um suporte de recursos humanos por meio da participação dos residentes de medicina no atendimento, caracterizando a rotatividade dos profissionais nesse serviço. Com isso, o profissional responsável pelo caso não é fixo gerando um desconforto no doente devido às informações repetitivas sobre seu caso.

Contribuindo para esse quadro, está o horário restrito dos residentes que possuem um período curto para o deslocamento do HC-FMRP para o CSE Sumarezinho, o que gera um atraso para o atendimento do doente. Após a chegada no serviço, o residente não dispõe de tempo para ler o prontuário do doente, devido ao atraso e ao número de doentes aguardando para atendimento, contribuindo para a necessidade de repetições das informações pelo doente.

Na sequência discursiva a seguir, ao falar sobre a relação com os profissionais que o atendem, a ideia sobre a rotatividade vem acoplada ao sistema de saúde normatizado e estabilizado.

“Tem uns que é assim meio fechadão, mas é o sistema né?! Cê é um estilo vai lá é outro estilo. Tem que leva né?! Tem que acompanha. Chamou, cê não vai saber quem vai lhe chama naquela hora porque ali as prancheta tá lá em cima e eles vem e pegou o seu pra chamar.” (E10)

Em um primeiro momento, há uma justificativa para o fato de que não são todos os atendimentos que geram uma condição propícia para o doente, seja para falar sobre o tratamento ou qualquer outro problema que venha a incomodá-lo conforme observamos a seguir *““Tem uns que é assim meio fechadão, mas é o sistema né?! Se é um estilo vai lá é outro estilo.”* Ao expressar *“mas é o sistema né?!”* o sujeito expõe a normatização do serviço de saúde e ao mesmo tempo o interdiscurso relacionado ao SUS, estando ele relacionado ao caráter normativo dos sistema, o qual promove a acomodação dos doentes à rotina do serviço.

Sendo assim, o descontentamento com relação a atendimento não teria importância frente ao sistema estabilizado. Essa questão pode ser observada quando o sujeito fala “*Tem que leva né?! Tem que acompanha.*” O emprego do verbo “ter” expressa obrigatoriedade relacionada a aceitação do atendimento, o que novamente evoca o interdiscurso social relacionado ao SUS, ou seja, o sistema não pode ser questionado.

Ao final, “*Chamou, se não vai saber quem vai lhe chama naquela hora porque ali as prancheta tá lá em cima e eles vem e pegou o seu pra chamar.*”, o doente sente-se objetivado, reduzido a um número e mesmo a uma prancheta. Novamente salientando a falta de autonomia, devido à não escolha dos profissionais, e organização do serviço focada na cura fisiológica da doença. Nessas situações de rotatividade dos profissionais, o sujeito não consegue formar um vínculo e algumas vezes as informações ficam incompletas, exemplificado pelo desconhecimento com relação à troca do seu tratamento no início do esquema básico.

Nesse contexto, o atendimento do doente é realizado no AMIN do HC-FMRP e a rotatividade dos profissionais está relacionada a presença de residentes de medicina no SS. Associado à isso está o elevado número de doentes atendidos nesse setor, sendo relatado pelo entrevistado que o tempo de espera para a consulta agendada, pode se estender por todo o período da manhã e às vezes início da tarde. Como consequência, há o atendimento rápido pautado em alterações fisiológicas sem preocupação com as necessidades subjetivas do doente.

Em um estudo sobre a satisfação e percepção do usuário do SUS, foi identificado que a insatisfação do doente pode estar relacionada com a falta de humanização nesse processo de atendimento (MOIAMAZ et. al.; 2010). Além disso, em outro estudo sobre a percepção dos enfermeiros relacionado ao SUS, é destacado como um desafio o rompimento da concepção de que o SUS é para parcelas pobres da população desconsiderando assim, o caráter universal do sistema (BACKES et. al.; 2014). Na sequência discursiva anterior a conformação com a normatividade do sistema é respaldada pelo interdiscurso relacionado ao SUS, podendo influenciar a forma como o doente reage frente às fragilidades do sistema. Pois, se há o entendimento do SUS como sendo para pobres, há um caráter de favor no serviço disponibilizado, não estando aberto à reclamações e sim à agradecimentos.

Na próxima sequência discursiva, após o questionamento sobre o que foi feito pelo serviço de saúde, a acessibilidade foi mencionada. Visto que a doente é mãe, divorciada, com

três filhos e considerando que o tempo para atendimento influenciou, inclusive na permanência no hospital antes do diagnóstico, o acesso disponibilizado pelo serviço de saúde foi considerado uma medida importante para a continuidade da assistência.

“Que eu acho que isso é o principal, pra não precisar esperar passar pela emergência que demora, né. Então pelo...eu tive ali um bom acesso, fácil pro tratamento.” (E6)

Durante todo o discurso, esse sujeito assumiu posições discursivas diferentes, de profissional de saúde e de doente, o que possibilitou uma administração e autonomia relacionada ao seu cuidado. As informações recebidas pelos profissionais de saúde significaram e influenciaram o seu cotidiano, tanto para o tratamento dela e dos filhos, quanto para a educação em saúde de familiares, amigos e colegas de trabalho. Ao destacar *“eu acho que isso é principal”* remete à experiências passadas com serviços de emergências que tiveram efeito negativo e com isso destaca a importância do acesso facilitado.

A continuidade da assistência é percebida, também, pelo acesso facilitado ao serviço de saúde, conforme visto na sequência discursiva anterior. O fato dos profissionais desse serviço apresentarem disponibilidade para atendimento imediato colabora para a formação do vínculo com a unidade e consequentemente para adesão ao tratamento. Em um estudo realizado em Ribeirão Preto, sobre a satisfação dos usuários com os SS identificou-se que os mesmos apresentaram essa satisfação quando questionados sobre as variáveis “disponibilidade de profissionais para atendê-lo quando necessário” e “disponibilidade dos SS em realizarem consultas eventuais e/ou urgência” (VILLA et. al.; 2012).

Com relação à esse mesmo doente, associado à acessibilidade está à comunicação efetiva entre profissional de saúde e doente. Considerando o discurso produzido durante a entrevista é possível perceber, assim como na sequência discursiva anterior, a posição-sujeito assumida na maioria do tempo, sendo ela a de profissional de saúde. Enquanto que há situações em que o doente não tem propriedade quando discute seu processo de tratamento, nesse caso o oposto é observado: o doente assume a posição de profissional e com ela o controle de seu tratamento, sendo o mesmo adquirido durante as consultas e visitas domiciliares.

Nesse contexto, o vínculo com os profissionais fica claro, facilitando inclusive a liberação para o tratamento auto administrado para que a doente retorne ao trabalho. No mesmo estudo sobre a satisfação do doente, foi observado que a comunicação debilitada entre

profissionais de saúde e doente configurou-se como uma barreira comprometendo a continuidade do cuidado (VILLA et. al.; 2012).

Outro elemento expresso como propício para formação do vínculo com o serviço, foi a disponibilização da cesta básica. Em vários discursos essa aparece como elemento facilitador, embora não determinante, para a finalização do tratamento.

“Ah tem sido ótimo, vixe! Tem me ajudado bastante. Aí às vezes é muito né, porque aqui não é tanta gente. Aí eu dou um pouquinho pra minha sogra pra não estragar, né? Eu divido. Mas, tem me ajudado bastante.” (E5)

Nesse fragmento há uma repetição da expressão “tem me ajudado bastante” o que determina que apesar de não ser imprescindível, visto que em determinadas situações há excesso de alimentos, há uma contribuição significativa.

Os incentivos configuram-se como mecanismos importantes para a adesão ao tratamento e estabelecimento de vínculo com o serviço de saúde. Durante as entrevistas, percebeu-se que os doentes compreendem a importância da cesta básica para continuidade do tratamento, uma vez que fazem a associação da TB com condições precárias de vida. Quando diagnosticados, no primeiro momento há um afastamento do emprego, com consequente redução da renda familiar, com isso a complementação com a cesta básica e auxílio transporte, quando possível, colaboram para reestabelecimento da situação financeira.

Em estudo sobre o acesso aos serviços de saúde, identificou-se na fala dos doentes a importância do apoio, principalmente com transporte, para a continuidade da assistência. Essa importância foi relacionada ao fato dos doentes de TB pertencerem, em sua maioria, à grupos populacionais com condições sociais e econômicas baixas (PALHA et. al.; 2012). Considerando a perspectiva dos profissionais, um estudo sobre adesão ao TDO, mostrou que uma das necessidades mais frequentes estão relacionadas à ordem financeira, tornando o incentivo com transporte importante para a continuidade do tratamento (CRUZ et. al.; 2012).

Sendo assim, no contexto estudado, apesar da disponibilização da cesta básica para todos os doentes em tratamento, o auxílio ao transporte, ainda é insuficiente já que não há disponibilização para todos. Mesmo considerando a avaliação das condições de vida e real necessidade de cada doente realizada pela visitadora sanitária, os subsídios ainda são escassos comprometendo o deslocamento até o SS e consequentemente a continuidade do tratamento.

Após as considerações realizadas, podemos compreender a importância do vínculo, tanto com os profissionais de saúde quanto com os SS, para a continuidade da assistência.

Essa aproximação permite um tratamento tranquilo, com um suporte clínico e emocional para o doente e família. Entretanto, é possível perceber três grandes problemas relacionados a formação de vínculo entre profissionais de saúde e doentes: identificação dos profissionais envolvidos no cuidado, rotatividade dos profissionais de saúde, e normatização do atendimento.

O profissional médico ainda é considerado como o principal responsável pelo tratamento, com isso quando questionados sobre os profissionais que realizam o atendimento não há identificação de outras categorias profissionais. Essa valorização é importante, primeiro para o incentivo do profissional e segundo para a relação com o doente. O reconhecimento de outras categorias profissionais como responsáveis pelo cuidado promove a ampliação do mesmo promovendo a integralidade. Sendo assim, as necessidades do doente são contempladas de forma ampla, seja na consulta médica, na consulta de enfermagem ou na visita domiciliária.

A rotatividade dos profissionais de saúde é outro ponto importante e comprometedor do vínculo. Se o doente não tem uma referência no seu atendimento e de certa forma uma liberdade, adquirida após vários encontros, o cuidado fica comprometido. Esse comprometimento pode estar relacionado com falta de liberdade em questionar sobre qualquer problema que esteja ocorrendo além da doença, ou até mesmo pela repetição das informações aos profissionais, gerando um desconforto no doente.

Além desses, a normatização do cuidado é sem abertura para questionamento também compromete a formação do vínculo. Sentir-se um objeto, simplesmente parte do processo, favorece a desvinculação do SS. O caráter universal do SUS ainda não é reconhecido pela sociedade, com isso há a ilusão de um sistema voltado para população pobre, sem direitos, sem voz, sem poder de questionamento.

Apesar das barreiras mencionadas, foi possível identificar potencialidade para formação do vínculo sendo elas a acessibilidade, a comunicação efetiva, e a disponibilização de incentivos. Em um sistema de saúde em que o tempo de espera para atendimento é longo, a promoção do acesso é um facilitador de vínculo. Além dele, a comunicação aberta entre profissional e doente favorece o entendimento sobre a doença e facilita o processo de tratamento. Por fim, os incentivos disponibilizados pelo SS colaboram para a melhoria na renda familiar, principalmente considerando que a mesma é reduzida quando há o afastamento do trabalho.

7.4.3. A regulação da autonomia e os processos de resignação/resiliência

A modalidade de tratamento é um componente importante para perceber a discursividade do doente e sua relação com a continuidade da assistência. O TDO é uma estratégia de controle da TB que consiste na monitorização da ingesta da medicação de segunda à sexta quando fase de ataque e três vezes por semana na fase de manutenção do tratamento. Essa estratégia é compreendida como uma forma de estabelecer vínculo entre os SS/profissional e o doente, além de reduzir a possibilidade de abandono do tratamento e empoderar o sujeito com relação ao seu processo de tratamento (BRASIL, 2011b).

Entretanto, as condições vivenciadas pelo sujeito em tratamento nem sempre são favoráveis e com isso a autonomia, relacionada a decisão sobre a modalidade de supervisão de tratamento, assim como o vínculo entre profissional e doente perde forças, podendo comprometer o desfecho do mesmo. Durante o discurso sobre a ajuda recebida pelo serviço de saúde, é realizado o questionamento sobre a troca do acompanhamento pelas unidades de saúde responsáveis, uma vez que foi identificado pela Vigilância Epidemiológica que o doente estava sendo acompanhado por uma unidade de saúde cuja área de abrangência não era a mesma da residência do doente. Com isso, no fragmento a seguir, apesar do desfecho clínico favorável, é possível perceber, por meio da metáfora, uma resistência à modalidade de supervisão do tratamento.

Já foi começado por lá, né? Aí eu não quis, pensei que podia complicar. Aí eu peguei e falei...ahhh vou ficar por aqui. Aí no começo nem queria muito que a...eu resisti um pouco de não querer aceitar o tra...a (X), né? Eu queria eu né? administrar o tratamento, mas como é lei...aí...eu não tive como (risos)...tive que concordar, né? mas foi tudo bem.

No fragmento discursivo percebe-se um deslize de sentidos ao identificarmos a metáfora: “[...]que a...eu resisti um pouco de não querer aceitar o tra...a (X), né?” momento em que há uma transferência de sentidos do “tra...a (X)” o qual remete à uma mesma produção de sentidos, ou seja, na discursividade do doente o tratamento produz o mesmo efeito de sentidos que a presença física da visitadora sanitária por ocasião do TDO. A produção desse efeito de sentido está vinculada à resistência à modalidade de supervisão do tratamento, via TDO: “eu resisti um pouco”. Essa resistência inicial ao TDO é decorrente da experiência já vivenciada anteriormente em outra unidade de saúde, onde iniciou o tratamento para TB: “Já foi começado por lá, né?”, no qual o doente, por meio de sua formação

discursiva, reporta-se aos aspectos restritivos quanto a autonomia na modalidade de auto administração. A mudança de unidade de saúde, decorrente da regionalização da assistência, leva-o a ser acompanhado por outra unidade de saúde, onde lhe é oferecido o seguimento clínico e instituído, de forma não negociada, o TDO: *“Eu queria eu né?...administrar o tratamento”*. O interdiscurso revela uma administração de sentidos do doente pelo serviço de saúde, não levando em consideração o desejo do mesmo. Essa rede de significações produz-se pelos efeitos de sentidos ideológicos do serviço de saúde: *“...mas como é lei...”*, assim o doente submete-se à normatividade do serviço não oferecendo resistência ao TDO *“ai...eu não tive como (risos)...tive que concordar, né?”*, buscando por meio da expressão “né” a aprovação do pesquisador. Finaliza a sequência discursiva revelando uma postura de resignação frente ao instituído pelo serviço *“...mas foi tudo bem.”*

Percebe-se que estando vinculado à outra unidade de saúde e já obtendo um determinado controle sobre seu tratamento (auto administrado) a troca pelo TDO constitui-se em um processo autoritário capaz de suprimir a autonomia do doente, tanto relacionada ao processo de tratamento quanto à sua vivência social. Nesse fragmento, o foco estava no processo de não aceitação, pelo menos no início, do TDO com a elaboração de sentidos para explicação do mesmo.

[...]É porque a gente fica preso, no caso, né? Cê tem que fica esperando [...] Porque a partir das dez para nove eu já fico esperando vocês. Qualquer coisinha que vai fazer, eu não faço né? Pra...pra esperar, porque eu não...eu odeio que alguém tenha que me esperar né?Eu não gosto de...[...] (E1)

A rede de significações envolvida no discurso do sujeito é comparada pelo mesmo com a restrição de liberdade, pode-se identificar o interdiscurso relacionado à esse sentido no momento em que o sujeito expressa: *“[...]É porque a gente fica preso, no caso, né?[...]”*. Com isso podemos perceber a memória envolvida nesse dizer relacionada à restrição da liberdade, justificado pela administração do tempo e consequente perda da autonomia *“[...] cê tem que fica esperando [...]”*. A espera pela ingesta da medicação, que dado à peculiaridades de cada doente não ocorre sempre no mesmo horário, faz com que haja uma restrição de autonomia salientado pela longa espera ao identificar um horário específico em que a mesma começa *“Porque a partir das dez para nove eu já fico esperando vocês.”*. Salienta-se que há uma identificação do pesquisador como sendo parte do serviço *“[...]esperando por vocês.”*, identificando-o como interlocutor entre o serviço e o doente. A interferência em sua rotina

diária fica marcada pela restrição, uma vez há uma administração de sentidos, inclusive relacionado aos desejos do doente, ao fazê-lo esperar “*Qualquer coisinha que vai fazer, eu não faço né?*”. Logo em seguida a condição de temporalidade é novamente utilizada por meio da expressão “*Pra...pra esperar[...]*” destacando a importância que esse longo processo tem em sua vida. Ao final da sequência discursiva há um deslizamento de sentidos identificado pela tensão entre a paráfrase e a polissemia “[...]porque eu não...eu odeio que alguém tenha que me esperar né? Eu não gosto de...[...]”. Esse jogo entre paráfrase e polissemia é compreendido como uma tensão entre o mesmo e o diferente, ou seja, os discursos são produzidos parafraseando tudo o que já foi vivenciado e em alguns momentos há uma ruptura, por meio de um processo polissêmico, que gera uma transformação no discurso ocorrendo uma complementariedade desses processos (GOMES, 2006). Ao iniciar o discurso o faz para repetir/salientar a questão da espera “[...]porque eu não...”, entretanto há uma ruptura com a troca dos termos e a afirmação “[...]... eu odeio que alguém tenha que me esperar né? Eu não gosto de...” havendo então uma modificação dos sentidos sugerindo, que na realidade ele é quem odeia esperar pelo SS.

Apesar da entrevista ter sido realizada no dia que o doente teria alta por cura, é marcado no seu discurso o desconforto causado pela imposição do TDO. Considerando que o doente já realizava o tratamento auto administrado a mais de um mês e que não faltava as consultas clínicas, nesse caso realizadas no UBDS Central, a flexibilização na instituição do TDO poderia ter sido considerada com o intuito de garantir a autonomia do doente relacionada à modalidade de supervisão do tratamento. Apesar disso, o TDO foi instituído gerando uma mudança na rotina do doente e um estranhamento relacionado à restrição da liberdade associada à ele.

Em um estudo sobre os sentidos atribuídos ao TDO, identificou-se um caráter punitivo relacionado à irresponsabilidade dos doentes que abandonaram o tratamento da TB. Tanto na percepção do usuário quanto do profissional de saúde, o TDO é instituído principalmente para os doentes rebeldes, irresponsáveis, usuários de álcool e drogas, morador de rua, casos de abandono do tratamento prévio, crianças e idosos (CRUZ et. al., 2012). Além disso, há também sentimentos relacionados à vergonha, constrangimento, e sentimento de não serem dignos de confiança relacionado à adesão ao tratamento (QUEIROZ et al., 2012). Podemos perceber a tentativa de controle instituído por meio do TDO, por meio da repressão

do sujeito, e da administração de sentidos relacionado à sua rotina pessoal. Essa conjuntura é percebida pelo doente, e por isso questionada pelo mesmo.

A autonomia pode ser entendida como uma competência humana de autogovernar-se, relacionada a capacidade de decisão. O indivíduo autônomo é compreendido com aquele que age livremente, baseia-se em um plano escolhido por ele mesmo com base em crenças e valores pessoais, podendo divergir do predominante na sociedade. É compreendido que pessoas em situações coercitivas e/ou manipuladas perdem a capacidade de autonomia, embora nem todas as influências externas possam danificá-la (MORAIS, 2010).

Nesse caso, a compreensão do TDO como lei poderia ser associado ao caráter coercitivo de sua implementação. Embora, doenças crônicas possam prejudicar a autonomia devido à perda da capacidade de decisão, no caso da TB esse elemento não é prejudicado, podendo ser garantido a autonomia do doente. Com isso, a flexibilização das ações devem ser consideradas, desde que não comprometa a assistência prestada.

A resiliência é compreendida com um fenômeno interativo a partir de achados relacionados ao desfecho favorável de determinada situação, quando comparado com outros indivíduos em situações iguais ou semelhantes, apesar das condições adversas (RUTTER, 2013). Obviamente, que de forma superficial, podemos perceber que apesar do descontentamento com a forma de gerenciamento do seu caso, o doente em questão foi capaz de superar essas adversidades e concluir o tratamento com sucesso, podendo ser considerado resiliente. Apesar disso, não é possível inferir as razões para o ocorrido, uma vez que precisaríamos de uma avaliação aprofundada dos fatores de risco e proteção envolvidos no processo.

Em contraposição ao discurso anterior, a próxima sequência discursiva traz a regulação da autonomia como uma característica positiva para a conclusão do tratamento. Esse sujeito abandonou o tratamento no ano anterior à entrevista e nesse momento estava concluindo o primeiro mês, considerando o reinício do mesmo. O questionamento estava relacionado com alguma outra questão que ela achasse pertinente mencionar sobre o seu tratamento.

Eu não vejo a hora de acabar, mas tá bem. Mas eu queria que a (X). viesse até o fim do tratamento, me dá o remédio. [...] Sabe porquê? Porque eu percebi o seguinte se ela para de vir...eu não vô te força pra toma sozinha. [...]Tem que se supervisionado, tem que se até o fim, porque senão a pessoa desiste.

Entendeu? [...] Eu quero que ela venha porque já acostumei também, mais fácil, eu vo tomando, entendeu? Praticamente ela me obriga a toma, né? Ela vem aqui: “Toma esse remédio agora!”. Eu tenho que toma, né? Então, é melhor que ela venha, é melhor supervisionado. [...]Não tem como fugi. (E5)

O início da sequência discursiva destaca o desconforto relacionado ao tratamento prolongado quando é mencionado “*Eu não vejo a hora de acabar*” e ao mesmo tempo a conformação com a situação vivenciada pela expressão “*mas tá bem*”. Logo em seguida é expresso um desejo com base na memória discursiva relacionada à experiência passada “*Mas eu queria que a (X). viesse até o fim do tratamento, me dá o remédio.*” A conjunção “*mas*” causa uma ruptura relacionada à finalização do tratamento uma vez que a memória discursiva relacionada à experiência anterior retrata o abandono do tratamento após a suspensão do TDO.

Logo em seguida a expressão “*Sabe porquê?*” busca uma aproximação do pesquisador com a experiência familiar ao sujeito. A justificativa utilizada “*Porque eu percebi o seguinte se ela para de vir...eu não vô te força pra toma sozinha.*” salienta a dificuldade enfrentada após o retorno ao trabalho e o início do tratamento auto administrado. Essa dificuldade fica marcada pela utilização do substantivo “*força*” indicando que a finalização do tratamento sem o apoio diário do SS demanda um grande esforço, e pode ocasionar um desfecho negativo. Mais uma vez, na frase seguinte há uma reafirmação das ideias anteriores “*Tem que se supervisionado, tem que se até o fim, porque senão a pessoa desiste. Entendeu?*”, dessa vez com enfoque claro ao abandono do tratamento. Para esse sujeito a administração do cuidado deve ser realizada pelo SS, com uma responsabilização mínima do sujeito adoecido, pois somente desse forma haverá conclusão do tratamento. O questionamento “*Entendeu?*” tenta aproximar o pesquisador dessa ideia além de destacar seu ponto de vista.

Nesse caso específico a regulação da autonomia do sujeito relacionada à modalidade da ingesta da medicação é compreendida como necessária e facilitadora “[...] *Eu quero que ela venha porque já acostumei também, mais fácil, eu vo tomando, entendeu?*”. As expressões “*já me acostumei*”, “*mais fácil*” e “*eu vo tomando*” trabalham com uma relação de sentidos semelhante, buscando a ideia de automatização do processo de tratamento, uma vez que para o sujeito seu papel está relacionado apenas ao ato de ingerir a medicação não tendo relação com o restante do processo.

Ao final da sequência discursiva há a revelação do real sentido produzido, para o sujeito em questão, pelo TDO “*Praticamente ela me obriga a toma, né? Ela vem aqui: “toma esse remédio agora”. Eu tenho que toma, né? Então, é melhor que ela venha, é melhor supervisionado.*” O sentido de obrigatoriedade associado ao tratamento da TB mantém-se forte no discurso por meio dos termos “*obriga*”, “*agora*” e “*tenho*”. A contração “*né? (não+é)*” além de buscar a concordância do pesquisador pode estar relacionado com uma tentativa de ruptura desse processo. Considerando os sentidos produzidos pelo tratamento, há uma amenização do processo quando o mesmo é supervisionado “*Então, é melhor que ela venha, é melhor supervisionado.*”. Apesar disso, novamente, o sentido que ecoa no discurso é destacado na finalização da sequência discursiva com a expressão “*Não tem como fugi.*”

Considerando as condições de produção estritas desse doente, podemos inferir que o abandono do tratamento ocorreu devido à intensidade dos efeitos colaterais da medicação. Associado à isso, a modalidade de supervisão do tratamento auto administrado facilitou a tomada de decisão, visto que não havia comprometimento do doente com o tratamento. Em um estudo realizado em Carapicuíba, evidenciou-se que o abandono estava associado à chance de 2,3 vezes mais quando o doente estava em terapia auto administrada (VIEIRA; RIBEIRO, 2008).

Nesse caso, a restrição da autonomia do doente é uma característica positiva, visto que sua tomada de decisão é deturpada pela sintomatologia da doença, contribuindo para um desfecho desfavorável no tratamento. O caráter coercitivo do TDO, foi responsável pela (re) captação do doente e contribuiu auxiliar no controle da doença, impedindo a transmissão da doença por parte do doente em questão. O retorno ao tratamento foi possibilitado pelas visitas frequentes à residência da doente a fim da disseminação sobre o conhecimento da doença e seu caráter de transmissibilidade.

Os efeitos colaterais foram evidenciados como favoráveis ao abandono do tratamento, com isso a sensibilização dos usuários para esses efeitos e a importância do tratamento são imprescindíveis para a continuidade do mesmo. O acompanhamento deficiente do doente colabora para o abandono do tratamento visto que não há o envolvimento do mesmo no seu plano de tratamento (ALVES et. al.; 2012). Nessas circunstâncias a realização do TDO é um mecanismo de proteção e regulação do cuidado.

Ao contrário dos dois processos anteriores, nos quais o TDO foi realizado na residência sem negociação, o caso seguinte apesar de seguir na mesma modalidade de

tratamento (supervisionado) foi realizado no próprio serviço de saúde. Após várias tentativas sem sucesso de supervisão da ingesta da medicação no domicílio, a visitadora sanitária propôs que a supervisão fosse realizada no SS. Para que a mesma ocorresse foi necessário um acordo com relação ao horário de chegada ao serviço, visto que o restante dos doentes deveriam ser visitados nos horários subsequentes. A sequência discursiva a seguir foi produzida durante as explicações sobre os profissionais que o atendiam, sendo que essa seria a experiência com o SS que realiza o TDO, nesse caso o CSE Sumarezinho, relatada ao serviço que realiza o acompanhamento clínico (AMIN HC-FMRP) desse doente.

“Muito bom, eu chego de manhã, porque eles não vão na minha casa porque é caminho do meu serviço, eu passo lá, tomo o medicamento e vo trabalha.”
(E10)

A expressão *“muito bom”* trabalha com o sentido de aceitação com relação ao atendimento recebido. Fica claro a negociação existente entre o doente e o SS quando ele justifica *“porque eles não vão na minha casa porque é caminho do meu serviço”*. Percebe-se uma rotina bem estabelecida englobando o processo de cuidado e sua vida pessoal *“[...]eu passo lá, tomo o medicamento e vo trabalha.”* Apesar da rotina estabelecida, essa última afirmação traz consigo a ideia de que o processo de cuidado é percebido pelo doente apenas pela ingesta da medicação, não havendo em seu discurso a percepção de outros cuidados que são/poderiam ser realizados durante o período de tratamento.

Nesse caso, o doente conseguiu romper com a normatividade do SS, relacionado ao TDO, não deixando-se incluir na rotina do SS e sim incluindo o mesmo em sua rotina. Apesar da insistência em realizar o TDO no domicílio, as frequentes ausências do doente colaboraram para uma flexibilização do processo a fim de evitar um possível abandono do tratamento. Após essa adaptação (realização do TDO no SS) o doente apresentou uma boa adesão à terapêutica.

Em estudo sobre o abandono do tratamento, foi percebido na fala dos doentes que o acompanhamento não visa a promoção da autonomia do doente, assim como a qualidade do cuidado prestado. Em vista disso, destacaram a necessidade de reflexões sobre essas ações com o intuito de melhorar a integralidade da atenção, considerando a complexidade do processo saúde-doença e suas dimensões biológica, cultural, psicológica e social (ALVES et. al.; 2012).

A reflexão sobre essa complexidade é percebida como essencial, quando após a descoberta da resistência à medicação e a forma como o doente se sentiu discriminado

durante o atendimento médico, o mesmo desvinculou-se do SS de saúde temporariamente comprometendo o desfecho do tratamento. Apesar da situação, o doente retornou ao serviço para dar continuidade ao tratamento, provavelmente pela compreensão da gravidade do quadro e risco de transmissibilidade proporcionados pelo diálogo aberto durante o período de acompanhamento e TDO.

A regulação da autonomia também pôde ser percebida tanto no relacionamento familiar quanto profissional. Nesse caso, o sujeito é um idoso no início do tratamento e ainda com pouco aceitação com relação à duração do mesmo. A sequência discursiva a seguir foi produzida durante a explicação sobre as informações recebidas após o diagnóstico da TB.

“Minha sobrinha, que é minha cardiologista, ela também apoio “Não, o Sr. vai ficar por aqui mesmo.” Ontem ela veio aqui, ela falou a mesma coisa “Por enquanto o Sr. vai ficando por aí.” Então...tô eu aqui mofando aqui, dependendo dos outros.”

A primeira informação que pode ser percebida é a relação próxima entre a profissional responsável por seu cuidado e o vínculo familiar. Quando é mencionado *“ela também apoio”* fica marcado que a decisão familiar sobre morar com um dos filhos teve como palavra final a da cardiologista, nesse caso também sobrinha do doente. A autoridade profissional/familiar impõe uma decisão que provavelmente não teria sido tomada pelo doente. Quando ele parafraseia o que foi dito pela sobrinha *“Não, o Sr. vai ficar por aqui mesmo.”* é revelado o sentido autoritário produzido nessa relação.

Dentro dessa relação autoritária, tendo como consequência a perda de sua autonomia, o doente passa a não fazer parte desse processo decisório, sendo apenas um espectador aguardando o desfecho da situação, conforme pode ser visto na passagem *“Ontem ela veio aqui, ela falou a mesma coisa “Por enquanto o Sr. vai ficando por aí.”*. A expectativa passa a ser centrada na decisão de voltar para casa e não no processo de cura. O descontentamento frente à situação aparece com a expressão *“Então...tô eu aqui mofando aqui, dependendo dos outros.”*. Os verbos *“mofar”* e *“depende”* significam como marcadores dessa insatisfação perante a perda da autonomia, tanto do processo de adoecimento quanto da sua vida pessoal.

Apesar do discurso de insatisfação frente à perda de sua autonomia e de resignação frente à organização SS, ao final da entrevista o sujeito expressa a seguinte sequência discursiva *“[...]Não tem nada não. Tá tudo de boa paz (risos) o que cá tá bom (E3)”*. Na expressão *“o que cá tá bom”* há um deslizamento de sentidos relacionado ao processo de

trabalho vinculado ao TDO e ao cuidado familiar, que impõe ao doente a aceitação do que for oferecido mesmo que o mesmo não esteja de acordo.

Na perspectiva do idoso a autonomia é um fator fundamental para qualidade de vida e preservação de sua dignidade. Em um estudo sobre a percepção da relação dos idosos com os cuidadores identificou-se que a maioria dos idosos apresentarem a autonomia preservada, entretanto quando é percebido sua perda, a mesma está relacionada à tomada de decisões e dependência econômica (FLORES et. al., 2010).

A valorização da autonomia do idoso é um elemento estruturante da qualidade de vida, uma vez que o ser humano só é sujeito quando é livre e se auto determina tomando consciência de suas decisões e conseqüentemente de sua liberdade. Os doentes identificados como autônomos sentem-se valorizados, tratados com afeto e incluídos socialmente. Em alguns momentos, a não preservação da autonomia está relacionada com o fato de residir próximo aos filhos, o que impede a deliberação de fatos do seu cotidiano, gerando inclusive o desejo de afastamento para retomada da autonomia (FLORES et. al., 2010).

Considerando todas as formas de regulação dessa autonomia vivenciada por esse doente, podemos inferir que sua qualidade de vida está sendo comprometida. Nesse sentido tanto os familiares cuidadores, quanto os profissionais de saúde contribuem para a exclusão do sujeito de processo de tratamento, comprometendo então sua saúde emocional. Diante do vivenciado, o doente percebe-se resignado, sem forças para romper com esse paradigma.

Seguindo a ideia da resignação, a próxima sequência discursiva retrata essa situação frente aos cuidados recebidos. Após complicações durante o tratamento, esse doente teve a perda da funcionalidade de um dos pulmões juntamente com um longo período de internação hospitalar. Essa sequência discursiva foi produzida durante o relato do processo de diagnóstico e período de tratamento, após as complicações clínicas mencionadas anteriormente.

“Mas a Drª me trata muito bem, a Drª (W).... (chorando) Ela não tem culpa nada não, mas...ela me trato muito bem, agradeço ela muito, se não fosse por ela acho que eu tinha piorado.” (E8)

A conjunção “mas” marca uma mudança no relato. Enquanto que anteriormente o sujeito relatava tudo o que ocorreu durante o tratamento e que culminou em complicações, apesar das queixas constantes da dificuldade de respirar e da sensação de não estar melhorando, essa conjunção busca justificar que apesar do ocorrido o atendimento recebido

não teve relação com as complicações. A repetição das expressões “*me trata muito bem*”, “*não tem culpa de nada*” e “*me trato muito bem*” busca o convencimento, do pesquisador ou até mesmo do próprio sujeito, quanto à relação não existente entre o atendimento recebido e as complicações clínicas. O verbo “*agradecer*” marca o caráter caridoso do atendimento, ou do SUS, uma vez que independentemente do desfecho o aceitável ainda é o agradecimento. O termo “*acho*” presente na última frase, reacende a questão do convencimento uma vez que realça o sentido de dúvida.

A resignação nessa situação está relacionada à normatização do serviço e ao interdiscurso sobre a atenção do SUS para populações carentes. Durante todo o período de tratamento do esquema tradicional houve queixas relacionadas à falta de ar persistente. No momento em que há uma piora do quadro clínico com consequente perda funcional de um dos pulmões, a doente não associa o ocorrido com uma possível negligência, ao contrário personifica o profissional de saúde como sendo fonte única do saber.

Somado à isso, pensa-se que a experiência com o diagnóstico, tendo sido o mesmo demorado e realizado em outro município, poderia influenciar sua concepção sobre o SS. Entretanto, a resignação é presente apesar do sofrimento envolvido durante o diagnóstico e tratamento da doença.

A regulação da autonomia, assim como a resignação do doente frente aos processos normatizados são elementos facilitadores ou comprometedores da continuidade da assistência dependendo das condições de produção do doente.

Considerando o TDO, como um elemento regulador da autonomia podemos considera-lo facilitador da continuidade do cuidado quando o doente não assume uma responsabilização do processo de tratamento deixando o profissional como gestor do cuidado; ou comprometedor quando a realização do TDO não influencia o tratamento do doente, sendo percebido apenas como a ingesta da medicação e restrição de sua liberdade.

Em alguns casos, é possível perceber um rompimento dessa regulação, no caso abordado anteriormente quando o doente põe em risco a ingesta da medicação ao não aceitar a visita domiciliária. Obviamente que atitudes extremas não deveriam ser necessárias, uma vez que ao proporcionar o diálogo aberto logo no primeiro contato, permitiria que essas condições fossem levadas em consideração e ajustadas conforme a preferência do doente, desde que não prejudicasse o cuidado ao mesmo.

Outro elemento importante está relacionado com o atendimento ao idoso. O adoecimento crônico dessa população, somado à regulação da autonomia geram sentimento de impotência e isolamento. O controle exercido pelos familiares e profissionais de saúde colaboram para uma queda na qualidade de vida desses doentes, não considerando os mesmos como sujeitos de desejos e necessidades voltadas ao cuidado humanizado.

A concepção sobre os SS e sua característica universal deve ser disseminada à comunidade a fim de romper com o paradigma existente relacionado à atenção com foco nas populações pobres. O sujeito deve ser conscientizado sobre seus direitos, a fim de que possa questionar o cuidado recebido e participar do planejamento do mesmo. Faz parte de nossas atribuições, enquanto educadores em saúde, o esclarecimento relacionado aos aspectos dos SS.

7.4.4. O empoderamento quanto ao processo de adoecimento

O termo empoderamento possui ampla conceituação, dependendo do contexto político e social no qual é definido. A corrente ideológica que o sustenta é responsável pela multiplicidade de sentidos relacionados à ele. Pode ser entendido como uma ligação de conceitos como o auto fortalecimento, controle e poder próprio, auto confiança, capacidade de decisão, independência e liberdade do indivíduo. No entanto, é possível reduzir a definição de empoderamento como sendo a expansão da liberdade, autoridade e poder de uma pessoa sobre suas decisões pessoais (CHANÁ, 2012).

Entende-se que para um sistema de saúde proporcionar o empoderamento, é necessário uma relação igualitária entre profissional de saúde e doente, pois para a construção do conhecimento não basta a classificação de sintomas e o diagnóstico, mas sim a compreensão e reconhecimento das diversidades, solidarização e promoção da liberdade, promovendo a participação no processo de cuidado. Com isso indica-se determinados elementos para alcançar o empoderamento do doente, sendo eles: estabelecer uma relação sujeito-sujeito, evitar o mecanicismo, disseminar o conhecimento de forma responsável, compartilhar as decisões e considerar o contexto sócio cultural (CHANÁ, 2012).

A promoção à saúde engloba o caráter empoderador do cuidado a partir da disseminação do conhecimento para o doente, a fim de ampliação do conhecimento a respeito de si mesmo e de sua condição de saúde capaz de realização de mudanças em seu ambiente e

conduta. O profissional de saúde, enquanto educador, assume responsabilidade frente ao conteúdo à ser expresso, como o mesmo será mostrado e a repercussão na vida do sujeito envolvido (AQUINO et. al., 2010).

Com o advento da internet e, principalmente com a ampliação do seu acesso, assim com a variedade de ferramentas de buscas existentes, o entendimento sobre os processos de adoecimento foram expandidos à população geral, não ficando restritos aos profissionais responsáveis pelo cuidado. Nesse caso, é possível perceber que o empoderamento é mediado pelo interdiscurso midiático, capaz de influenciar o sujeito e constituí-lo enquanto doente empoderado. A sequência discursiva a seguir foi produzida a partir do questionamento sobre o desejo de expressar outras considerações sobre o tratamento que ainda não haviam sido comentadas.

“Também muita coisa eu pesquiso da internet. Quando eu fiquei com esses sintomas, eu fui pesquisa na internet, o que era tuberculose, por...de onde vinha, como que transmitia, quais eram os sintomas, eu procurei tudo. Aí eu falei mãe eu tô com tuberculose. Olha isso aqui...eu tô tendo tudo isso daqui.”
(E5)

A conjunção “*também*” revela uma consequência a partir de sua experiência de adoecimento. Enquanto que anteriormente os subsídios para conhecimento da doença vinham de sua experiência pessoal com o serviço de saúde, posteriormente, tanto para conhecimento pessoal quanto para informar os conhecidos à respeito da doença, a pesquisa na internet tornou-se fundamental.

Após um período longo até o diagnóstico da TB, a efetivação do mesmo trouxe uma necessidade de compreender a doença. Ao utilizar o pronome pessoal “*eu*” no fragmento “*Quando eu fiquei com esses sintomas, eu fui pesquisa na internet, o que era tuberculose[...]*” há um deslizamento de sentidos mostrando que, para o sujeito, a proximidade com o serviço de saúde, naquele momento, não era efetiva, o que trazia a necessidade de um suporte para questionar o que no momento do diagnóstico não foi possível.

As dúvidas sobre a doença “*por...de onde vinha, como que transmitia, quais eram os sintomas, eu procurei tudo.*” foram desvendadas por meio da internet. Após o diagnóstico, por ser uma doença estigmatizada e por muitos ainda considerada extinta, a pesquisa foi necessária. No momento em que ela fala “*Aí eu falei mãe eu tô com tuberculose.*”, principalmente pela utilização do termo “*Aí*” é podemos compreender que somente após todo

o processo de compreensão pessoal e com suporte eletrônico, é que efetivamente o sujeito se percebe adoecido pela TB.

Independente da forma como ocorre, o sujeito sente-se empoderado ao perceber os detalhes da doença e identificar a relação com a sua sintomatologia. No fragmento “*Olha isso aqui...eu tô tendo tudo isso daqui.*”, há um deslizamento de sentidos relacionado ao alívio de descobrir qual a causa de seus sintomas, pois até então todos os diagnósticos realizados haviam sido equivocados não contribuindo para a melhora de sua saúde.

Nesse contexto de aprendizagem, o diálogo aberto entre profissionais e doentes deve ser priorizado e a partir dele subsidiado a disseminação dos conhecimentos necessários para o empoderamento do doente. No momento em que temos informações disponíveis de forma aleatória e em alguns momentos, sem embasamento científico, o conhecimento adquirido de forma espontânea pode ser administrado de forma incorreta. Entretanto, é preciso reconhecer que há um processo de autonomia em andamento, fazendo com que as informações alcancem diversas populações, podendo ser um mecanismo facilitador, desde que bem administrado.

Além dessa forma de empoderamento, realizada pelo próprio sujeito, a contribuição do profissional de saúde deve ser percebida como fundamental e a partir dela podemos perceber, inclusive, a mudança de posição-sujeito assumida pelo usuário do serviço de saúde. Nesse caso, durante todo o discurso, fica claro o empoderamento, incentivado pelos profissionais responsáveis pelo cuidado, com relação ao processo de adoecimento e tratamento. Essa sequência discursiva é produzida ao final da entrevista e demonstra a posição-sujeito assumida pelo doente de TB.

“Só mais um raio-X e mais um exame de sangue. Já tô com os meus encaminhamentos, os dois. Aí dia três agora, quarta-feira, os meninos tem consulta também e acho que já vão passa o deles também. Porque a G. não fez PPD, ela fez exame de sangue só, raio-X também ela não fez.” (E6)

A utilização dos termos “*raio-X*”, “*exame de sangue*”, “*encaminhamentos*” e “*PPD*” trazem indícios da posição-sujeito assumida pelo doente, sendo ela a de tomar para o seu controle o cuidado em relação a doença. O conhecimento relacionado ao fluxo do atendimento demonstra o envolvimento desse sujeito com o seu cuidado. Esse envolvimento está relacionado, tanto com o processo de empoderamento desenvolvido pelos profissionais de saúde quanto pela necessidade do sujeito em conhecer o processo a fim de garantir um cuidado adequado aos seus filhos.

Apesar disso, é possível perceber casos em que não é considerado a importância do conhecimento do doente com relação ao adoecimento e tratamento. Esse sujeito teve um período de tratamento mais longo devido à resistência a uma das medicações. Entretanto ao tentar explicar sobre o ocorrido é possível perceber o desconhecimento do sujeito com relação ao processo.

“Faz nove meses já. [...] Por causa que...tem um vírus que não apaga, não morre. [...] É, foi tirado, mas o...eles tiraram esse aí...esse medicamento não sei porque... [...] Até hoje ninguém explico porque aconteceu isso aí.” (E10)

No início da sequência discursiva parece claro o entendimento com relação ao tratamento prolongado na expressão *“Faz nove meses já.”*. Ao justificar o tempo de tratamento, o sentido produzido está relacionado à invencibilidade da bactéria marcado nos verbos *“apaga”* e *“morre”*. Apesar de expressar corretamente a resistência à medicação há a utilização da terminologia inadequada ao mencionar o *“vírus”* ao invés de bactéria.

Logo em seguida, percebemos a contradição marcada pela afirmação de que é desconhecido o motivo pelo qual a medicação foi modificada *“É, foi tirado, mas o...eles tiraram esse aí...esse medicamento não sei porque...”*. Apesar de estarem relacionadas, o sujeito não conseguiu fazer a associação da resistência à medicação e a necessidade de troca da mesma. Finaliza a sequência discursiva com a afirmação *“Até hoje ninguém explico porque aconteceu isso aí.”*, salientando por meio da expressão *“Até hoje”* um período prolongado e sem explicações sobre as intercorrências no seu tratamento. Nesse caso, podemos presumir que as explicações que foram dadas pelos profissionais não foram suficientes para o sujeito, comprometendo seu empoderamento com relação ao processo tratamento.

Em um estudo realizado na Fortaleza com doente crônicos, foi identificado que o profissional de saúde possui um importante papel no empoderamento do doente para um cuidado promotor da saúde. O não interesse do profissional em atuar na comunidade a fim de promover essas intervenções educativas colabora para o não reconhecimento dessas atividades como importantes pela comunidade. Entretanto, é reconhecido que essa educação é destinada a formação da consciência crítica e autonomia do doente por meio da escuta ativa incentivando assim, a definição pelos doentes de seus problemas e a instrumentalização para resolve-los. (TADDEO et. al., 2012)

Para que isso ocorra, é necessário uma mudança no atendimento, devendo ser uma prática menos individualista, multiprofissional, compartilhando informações técnicas para que haja o fortalecimento do doente fragilizado pelo processo de adoecimento. Como meta do empoderamento temos a independência, auto confiança e senso de governabilidade. Por isso, não basta o foco na cura fisiológica, mas o reestabelecimento de uma harmonia entre mente e corpo. (ARRUDA, 2005)

Considerando a organização dos serviços, tanto CSE Sumarezinho quanto AMIN HC-FMRP possuem um caráter de especialidades, sendo assim o foco do atendimento está nas consultas clínicas e na realização do TDO. Essa conformação não colabora para a realização da educação em saúde, processo pelo qual pode-se empoderar o sujeito. Entretanto, haveria a possibilidade durante as consultas clínicas, mas o caráter curativo é presente não tendo um espaço aberto para esse trabalho. Essas características, evidenciam o não favorecimento do empoderamento marcado do discurso do doente, quando o mesmo expressa não saber o motivo de ampliação do processo de tratamento.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o referencial teórico-metodológico da AD de matriz Francesa, essa investigação teve o intuito de perceber os sentidos produzidos pelo doente de TB, considerando a continuidade da assistência relacional, a partir de determinadas condições de produção. Novamente, salientamos que o entendimento do discurso, na perspectiva da AD, se dá a partir da compreensão de que o mesmo é produzido a partir de um encontro de interlocutores em determinado contexto com influência de discursos anteriores, e por isso não podemos entendê-lo como acabado, único.

Além disso, os sentidos encontrados devem ser entendidos como moventes, e por isso podem significar diferentemente a partir de condições de produção distintas, inclusive do analista no momento da análise. A partir dessa compreensão, a multiplicidade e riqueza de sentidos encontrados no discurso do doente de TB sobre a continuidade da assistência são significativos e indispensáveis para a qualificação da prática profissional.

Entre os três tipos de continuidade possíveis de destaque (gerencial, relacional e informacional), o discurso do doente permeou aquele relacionado à interação entre o profissional de saúde e ele, provavelmente devido à importância dessa relação no processo de adoecimento. Ao estabelecermos o corpus para análise, quatro blocos discursivos foram identificados, sendo eles: Doente e doença: sentido circulantes; A vinculação com os serviços e os profissionais de saúde; A regulação da autonomia e os processos de resignação/resiliência; e O empoderamento quanto ao processo de adoecimento.

Na perspectiva de conservar e/ou aprimorar a continuidade da assistência a estigmatização da doença apresenta-se como um elemento de grande importância. Com isso, os sentidos produzidos no discurso influenciarão essa continuidade, uma vez que a partir deles o estigma é formado ou mantido. Em nossa investigação, pode-se dizer que o interdiscurso foi de suma importância para a identificação de sentidos circulantes provavelmente desde a origem da doença. Estão eles relacionados ao câncer, principalmente devido à debilidade física proporcionada pelas duas doenças; a aids, uso de drogas e população carcerária sendo associado ao medo de identificação como coinfestado e/ou como sujeito de condições precárias de vida; ao isolamento e bicho de sete cabeças devido à possível morte social do sujeito e invencibilidade do bacilo; ao caráter punitivo por meio do discurso religioso; e a normalidade do adoecimento por parte do profissional de saúde.

Considerando os sentidos múltiplos identificados (e nem por isso únicos!) podemos destacar a importância da desestigmatização da doença. Apesar de haver hoje uma ampla disseminação de informações e por consequência um esclarecimento maior relacionado à TB, ainda é presente o interdiscurso relacionado à doença. Provavelmente, se conversarmos aleatoriamente com alguém, estará presente, por exemplo, a crença de que não devemos compartilhar utensílios de cozinha com o doente de TB. Esses são pontos cruciais e que necessitam de intervenção por parte dos profissionais de saúde, principalmente na educação comunitária, a fim de romper com essas barreiras e consequentemente com o risco de abandono do tratamento por esses motivos.

A questão do vínculo é outra entendida como facilitadora da continuidade da assistência e percebida de forma clara pelo doente de TB. Há um desconforto relacionado à rotatividade dos profissionais e a objetivação do doente durante o atendimento, que são fortes barreiras para a continuidade e difíceis de romper, pois estão intimamente relacionadas à organização dos SS e à formação dos profissionais de saúde. Além disso, essas questões não são questionadas pelo doente devido ao imaginário do SUS, relacionado ao não questionamento do sistema. Dentro desse bloco, a não identificação de outras categorias profissionais, que não a médica, como integrantes do cuidado pode ser identificada como uma barreira na formação do vínculo. Por fim, o doente é capaz de identificar fatores favoráveis a continuidade da assistência, sendo eles a acessibilidade, a boa comunicação, e a disponibilização de incentivos (cesta básica e vale transporte).

A formação do vínculo, tanto com os profissionais quanto com os serviços de saúde, pode ser aprimorada a partir da mudança do paradigma biomédico ainda presente durante o atendimento. É necessário uma visão ampliada do cuidado com enfoque não apenas nos aspectos fisiológicos, mas também nos aspectos, culturais, sociais e emocionais. A comunicação é o primeiro passo para essa efetivação, complementada pelo olhar holístico durante o atendimento.

Embora no manual de controle da TB seja preconizado o TDO para todos os casos de TB, é necessário uma flexibilização considerando o contexto do doente e a real necessidade dessa modalidade de tratamento. Essa normatização é percebida em alguns discursos como um processo de regulação da autonomia, o que influenciará a continuidade do tratamento. Enquanto que em alguns casos, o TDO é percebido como imprescindível para a finalização do tratamento e importante para a criação do vínculo com os profissionais de saúde, em outros

essa modalidade de tratamento restringe a liberdade e consequentemente os vínculos formados.

Os conceitos de empoderamento são vastos, mas entendendo o mesmo como processo de aquisição de conhecimento capaz de subsidiar a tomada de decisão, podemos compreender a importância desse processo. Hoje as tecnologias estão disponíveis para grande parcela da população e podem ser utilizadas como disseminadoras do conhecimento. Entretanto, não podemos considerar apenas essa via de empoderamento, precisamos que os profissionais compreendam a importância da educação em saúde e seu papel indispensável no processo de empoderamento. A mudança começa no atendimento individual e deve ser estendida à comunidade a fim de colaborar para a manutenção da continuidade da assistência, considerando outras condições além da TB.

Por fim, destacamos a importância do uso da AD em pesquisas da área da saúde, visto a riqueza de sentidos encontrados nos discursos e a identificação das condições que os influenciam. Sabemos que os sujeitos são complexos, em constante constituição e influenciado sócio-historicamente, agregado à isso temos a complexidade dos processos de atenção à saúde dentro de um sistema não consolidado e com fragilidades a serem vencidas. Acreditamos que a compreensão desse processo pela perspectiva do doente trouxe subsídios importantes para a prática profissional com foco na qualificação do cuidado a partir dos tópicos abordados anteriormente

REFERÊNCIAS

ASSOLINI, F. E. P. **Interpretação e letramento:** os pilares de sustentação da autoria. 2003. 269p. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-657, sept., 2012.

ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 367-79, 2000.

AQUINO, P. S. et. al. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 690-696, Oct., 2010.

ARRUDA, L. P. O profissional da saúde e os dois lados da doença: da exclusão ao empoderamento do sujeito. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 4, dez., 2005.

AYISI, J. G. et al. Care seeking and attitudes towards treatment compliance by newly enrolled tuberculosis patients in the district treatment programme in rural western Kenya: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 11, n. 515, 2011.

BACKES, D. S. et. al. O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 1026-33, nov.-dez, 2014.

BARENNE, H. et al. Survival and health status of DOTS tuberculosis patients in rural Lao PDR. **BMC Infectious Diseases**, v. 10, n. 265, p. 1-7, 2010.

BOOGAARD, J. V. D. et al. An exploitation of patient perceptions of adherence to Tuberculosis treatment in Tanzania. **Qualitative Health Research**, v. 22, n. 6, p. 835-845, 2012.

BRANDÃO, H. H. N. Introdução à Análise do Discurso. 3ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2012. 117p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 184p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para o controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003. 604p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 72p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 284p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 168p.

BRUNELLO, M. E. F. et. al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 176-82, 2009.

_____. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm**, v. 23, n.1, p. 131-5, 2010.

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T.S.; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. **Revista brasileira de educação médica**, v. 35, n.4, p. 477-85, 2011.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre Neopentecostais. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 82-91, 2004.

CHANA, P. El "empoderamiento": una nueva dimensión en la relación médico-paciente. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 140, n. 3, marzo, 2012 .

CHHEA, C.; WARREN, N.; MANDERSON, L. Health worker effectiveness and retention in rural Cambodia. **The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy**, v. 10, n. 1391, p. 1-14, 2010.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Relatório. **Tipos de Estabelecimento - julho 2014**. Disponível em < http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=35&VMun=354340&VComp=201407>. Acesso em: 26 nov. 2014.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Cangilhem. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.13-36, 1999.

COUTO, D. S. et. al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-81, 2014.

CRUZ, M. M. et. al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 217-24, 2012.

CULQUI, D. R. et al. Factors Associated With the Non-completion of Conventional Anti-Tuberculosis Treatment in Peru. **Archivos de Bronconeumologia**, v. 48, n. 5, p. 150-155, 2012.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, v. 2, n. 4, p. 01-13, 2008.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 20 maio 2015.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p.21.

EL-DIN, M. N.; ELHOSSSEN, T.; MOHSEN, A. M. M. A. Factors affecting defaulting from DOTS therapy under the national programme of tuberculosis control in Alexandria, Egypt. **The Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 19, n. 2, p. 107-113, 2013.

FINLAY, A. et al. Patient- and provider-level risk factors associated with default from tuberculosis treatment, South Africa, 2002: a case-control study. **BMC Public Health**, v. 12, n. 56, p. 1-12, 2012.

FLORES, G. C. et. al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 467-474, sept. 2010

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estatuto da medicalização. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GEBREKIDAN, G. et al. Quality of Tuberculosis Care in Private Health Facilities of Addis Ababa, Ethiopia. **Tuberculosis Research and Treatment**, v. 2014, ID 720432, p. 1-9, 2014.

GERHARDT, T.E. (Org.); SILVEIRA, D. T (Org.). Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Curso de graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o desenvolvimento rural do SEAD/UFRGS. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 35.

GOMES, A. M. T. O desafio da análise de discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **R. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 620-6, 2006.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v. 7, n. 2, p. 303-25, 2000.

GORDILLO, G. C. A.; JIMÉNEZ, J. E.; ROSALES, D. M. La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México. **Rev Panam Salud Publica / Pan Am. J. Public Health**, v. 9, n. 5, p. 285-93, 2001

GUERRA, V. M. L. **Uma reflexão sobre alguns conceitos da análise do discurso de linha francesa**. Disponível na página pessoal de Carolina Fernandes <http://paginapessoal.utfpr.edu.br/cfernandes/analise-do-discurso/textos/UMA%20REFLEXO%20SOBRE%20ALGUNS%20CONCEITOS%20DA%20ANLISE%20DO.pdf/at_download/file>. Acesso em: 20 maio 2015.

HAGGERTY, J. Continuity of Care: a multidisciplinary review. *BMJ*, v. 327, p. 1219-1921, 2003.

HASKER, E. et al. Why do tuberculosis patients default in Tashkent City, Uzbekistan? A qualitative study. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases**, v. 14, n. 9, p. 1132-1139, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades – Ribeirão Preto**. 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=||info%20gr%20E1%20fisco%20-%20informa%20E7%20F5%20es-completas>>. Acesso em: 20 fev 2014.

KIZUB, D. et al. Qualitative study of perceived causes of tuberculosis treatment default among health care workers in Morocco. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases**, v. 16, n. 9, p. 1214-1220, 2012.

KOUZMIN-KOROVAEFF (trad.). Quero saber: mitologia da antiguidade. São Paulo: Editora Escala, 2009.120p.

LIMA, M. G. et. al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 877-85, 2001.

LI, X. et al. Barriers to tuberculosis control and prevention in undergraduates in Xi'an, China: A qualitative study. **Journal of Public Health Policy**, v. 31, n. 3, p. 355-368, 2010.

MARTINS, A. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 21-32, set.2003-fev.2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MOIMAZ, S. A. S. et. al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-40, 2010.

MORAIS, I. M. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, p. 331-36, dec., 2010. Supplement 2.

NEVES, L. A. S. N. Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. **Rev. Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, p. 704-10, 2012.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos**. 11ª ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2013. 100p.

PALHA, P. F. et. al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 342-8, 2012

PEDRO, A. S., OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 4, p. 294-301, 2013.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Ver. Saúde Pública**, v. 41, p. 43-9, 2007. Supplement 1.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Ranking IDHM Municípios 2010. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 21 fev 2014.

QUEIROZ, E. M. et. al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, 8 telas, mar.-abr., 2012.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare**. Final Report. Canadian Health Services Research Foundation. Canadian Institute for Health Information. Advisory Committee on Health Services of the Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health. 2002.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde Período 2010-2013. 2009. 108p.

_____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde Período 2014-2017. 2013. 95p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Rede Básica. **Rede Municipal de Saúde**. Disponível em <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16apresentacao.php>>. Acesso em: 26 nov 2014a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase de Ribeirão Preto. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose: dados gerais do município de Ribeirão Preto, 2013. 2014b. 5p.

RITCHIE, L. M. P. et al. Evaluation of lay health workers' needs to effectively support anti-tuberculosis treatment adherence in Malawi. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases**, v. 16, n. 11, p. 1492-1497, 2012.

RUTTER, M. Annual Research Review: Resilience – clinical implications. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 54, n. 4, p. 474-87, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose. TB WEB versão 1.6. 2008. 55p.

SEVERINO, A. J. Metodologia do Trabalho Científico. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 118-125.

SHIMAMURA, T. et al. The Strategies of Japanese Public Health Nurses in Medication Support for High-Risk Tuberculosis Patients. **Public Health Nursing**, v. 30, n. 4, p. 370-378, 2012.

SILVA, A. C. O. et. al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 402 - 416, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>>

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1984. 54p.

SOUZA, K.M.J. et al. Abando do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 904-911, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TADDEO, P. S. et. al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-30, nov., 2012.

TADESSE, T. et al. Long distance travelling and financial burdens discourage tuberculosis DOTs treatment initiation and compliance in Ethiopia: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 13, n. 424, p. 1-7, 2013.

UNITED NATIONS. The Millenium Development Goals Report 2013. New York, 2013. 62p.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. **J. bras. Pneumol.**, São Paulo , v. 34, n. 3, p. 159-166, mar., 2008 .

VIJAY, S. et al. Risk Factors Associated with Default among New Smear Positive TB Patients Treated Under DOTS in India. **PLoS ONE**, v. 5, n. 4, p. 1-9, 2010.

VILLA, T. C. E. et. al. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. **Cad. Saúde Colet.**, 2012, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 234-43, 2012.

WANG, J.; SHEN, H. Direct observation and completion of treatment of tuberculosis in rural areas of China. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 37, p. 304-309, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Stop TB Partnership. The STOP TB Strategy – Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. 2006. 22p.

_____. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. A WHO/The Unio Monograph on TB and Tabacco Control – Joining efforts to control two related global epidemics. Geneva: Switzerland, 2007. 88p.

_____. **Global Tuberculosis Control Report 2013**. Geneva: Switzerland, 2013. 289p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

_____. Pursue high-quality DOTS expansion and enhancement. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/dots/en/>>. Acesso em: 18 mar. 2014a.

_____. **Global Tuberculosis Control Report 2014**. Geneva: Switzerland, 2014b. 171p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf>. Acesso em: 18 maio. 2015.

XU, W. et al. Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. **BMC Health Services Research**, v. 9, n 169, 2009.

YAO, S. et al. Treatment adherence among sputum smearpositive pulmonary tuberculosis patients in mountainous areas in China. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 341, p. 1-8, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para fichamento dos artigos**Título:****Revista/vol./núm./ano/pág.:**

Autor(es)/ País/ Ano/ Local do estudo
Objetivos
Sujeitos/ Período da pesquisa
Desenho do Estudo e/ou Método Utilizado
Síntese do Conhecimento Produzido

OBS: (Limitações do artigo, comentários, implicação p/ estudo):

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

IDENTIFICAÇÃO									
Número da entrevista_____					Responsável pela coleta:_____				
Local da Entrevista:_____ Data da coleta:____/____/____									
—									
Horário de início: ____:____					Horário de Término: ____:____				
Recusa-se em participar da entrevista: () Sim () Não									
Se sim, Justificativa:_____									

I. DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS									
1.	Iniciais:_____	2.	Sexo:	1 ☐ Feminino	2 ☐ Masculino	99 ☐ Ignorado			
3.	Data de nascimento:____/____/____			4.	Idade:_____anos				
5.	Estado civil:	1 ☐ Solteiro	2 ☐ Casado/ União Estável	3 ☐ Separado/ Divorciado	4 ☐ Viúvo	5 ☐ Outro _____	99 ☐ Ignorado		
6.	Escolaridade de (Anos de estudos concluídos)	1 ☐ Nenhum		2 ☐ De 1 à 3 anos		3 ☐ De 4 à 7 anos			
		4 ☐ De 8 à 11 anos		5 ☐ 12 anos ou mais		99 ☐ Ignorado			
7.	Ocupação habitual e ramo de atividade:_____								
8.	Situação empregatícia	1 ☐ Desempregado	2 ☐ Empregado	3 ☐ Autônomo	4 ☐ Do lar	5 ☐ Estudante	6 ☐ Aposentado	7 ☐ Afastado	
9.	Renda familiar:			10.	Local de				

	R\$ _____		tratamento: _____ _____
QUESTÕES NORTEADORAS			
1.	Comente sobre como foi adoecer de tuberculose.		
2.	Comente sobre a ajuda recebida pelo serviço de saúde (Ações/Referência/Articulação). O que foi feito durante o seu tratamento pelo serviço de saúde?		
3.	Quais são os profissionais que tem atendido o(a) Sr.(a) nessa fase do tratamento?		
4.	Comente como é a sua relação com os profissionais de saúde que prestam assistência durante essa fase do tratamento.		
5.	Como tem sido resolvidas suas necessidades de saúde relacionadas à tuberculose? (Como está sendo o tratamento?)		
6.	Como tem sido o acesso aos serviços de saúde quando o (a) Sr. (a) necessita por alguma situação relacionada à outra necessidade de saúde?		
7.	O Sr. (a) já precisou realizar algum tipo de exame, que não da tuberculose? Se sim, como foi esse processo?		
8.	O (a) Sr. (a) tem recebido apoio (cesta básica, vale leite, vale transporte) para a continuidade do tratamento?		
9.	Se desejar, comente mais algum aspecto sobre seu tratamento no serviço de saúde que o Sr. (a) considere importante.		

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) senhor (a),

Meu nome é Catiucia de Andrade Surniche, sou Enfermeira, mestranda do Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e uma das pesquisadoras responsáveis pelo desenvolvimento desse estudo.

Por meio deste termo, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “A Continuidade da Assistência na visão do doente de Tuberculose: uma análise discursiva” que desenvolverá o objetivo de analisar os constituintes do discurso dos doentes sobre a relação dada entre a perspectiva da continuidade da assistência ao doente de tuberculose e os pontos de estrangulamento na rede de cuidados, ou seja, analisar a forma como ocorre a continuidade da assistência ao doente de tuberculose durante seu tratamento. Ressaltamos que essa pesquisa está inserida na pesquisa multicêntrica intitulada: “Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil”.

Para sua participação, precisaremos nos encontrar uma vez, em local e horário que for melhor para o (a) senhor (a). Neste encontro, o (a) senhor (a) responderá dez questões relacionadas aos seus dados sociodemográficos e outras nove questões, que abordam os aspectos relacionados à continuidade da assistência aos pacientes com tuberculose, sendo que a entrevista será audiografada e terá duração prevista de 45 minutos, podendo ser parada a qualquer momento para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem. Ressalto que a entrevistadora está treinada para a aplicação da entrevista, e apta para esclarecer qualquer dúvida que o senhor (a) possa ter no decorrer da entrevista. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas sob nossa guarda e responsabilidade, e também serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seu nome não irá aparecer em momento algum, e se você não quiser responder a alguma questão ou contar algo relacionado à pesquisa, não tem problema. Quando finalizarmos esta pesquisa, o resultado que ela originar poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos, tais como congressos relacionados à nossa área de estudo. A participação do (a) senhor (a) será completamente voluntária e não haverá nenhum custo ou remuneração vinculada à mesma. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que seu tratamento não será prejudicado de forma alguma por conta disso. Também garantimos que a pesquisa será conduzida de forma a não causar nenhum desconforto físico ou emocional, porém se o mesmo ocorrer no momento de expressar seu conhecimento ou opinião sobre a continuidade da assistência ao doente de tuberculose no seu município poderemos parar nossa conversa e continuar ou não depois, se assim quiser. O senhor (a) terá direito à indenização conforme as leis vigentes do país, por parte do pesquisador, patrocinador, ou instituições envolvidas, na ocorrência de danos relacionados à sua participação nessa pesquisa. Destacamos ainda que os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para o (a) senhor (a) neste momento, mas que sua participação será extremamente importante, pois poderemos obter informações importantes sobre como ocorre essa continuidade, bem como compreender quais os fatores que auxiliam ou dificultam a mesma, o que contribuirá para a discussão sobre a melhoria da atenção à tuberculose.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, por favor, assine duas vias deste documento, que se chama Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter a oportunidade de tirar suas dúvidas comigo. O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo assinada pelos pesquisadores (coordenador da pesquisa e eu, responsável por essa pesquisa). Se tiver alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por meio do endereço ou do telefone presente no final da folha.

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos, com isso ao final da folha seguem os dados para contato com o mesmo caso o senhor (a) tenha necessidade.

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com a minha participação, pela qual decidi de livre e espontânea vontade.

Eu _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos relacionados anteriormente, concordo em participar desta pesquisa, contribuindo por meio das minhas respostas junto às questões sobre a continuidade da assistência ao doente de tuberculose. Recebi uma via deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenadora da pesquisa, e tive a oportunidade de discuti-lo com, pelo menos, uma delas.

Entrevistado (a)

Pesquisadora/Entrevistadora Responsável
Enfª Catiucia de Andrade Surniche
Mestrando do Programa de Saúde Pública da EERP

Coordenadora da Pesquisa
Profª. Drª. Tereza Cristina Scatena Villa

_____, ____ de _____ de 201__.

Atenciosamente,
Enfª Catiucia de Andrade Surniche
Profª Drª Tereza Cristina Scatena
Villa

CONTATO:

Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo.
Endereço: Avenida Bandeirantes,
3900
Campus Universitário – Ribeirão
Preto – SP; CEP 14040-902 – SP

Pesquisadores:
Telefone (0XX16) 36023949
Segunda à sexta das 8h às 17h
E-mail: cath_ansur@usp.br/tite@eerp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa:
(0XX16) 36023386
Segunda a sexta, das 8h às 17h

ANEXO A – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 208/2013

Ribeirão Preto, 21 de Agosto de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 165ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de agosto de 2013.

Protocolo CAAE: 15671713.9.1001.5393

Projeto: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil.

Pesquisadores: Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Ofício de Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 2646/13
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 21 de junho de 2013.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Teresa Cristina Scatena Villa
Prezados pesquisadores
Profª. Drª. Teresa Cristina Scatena Villa
Profª. Drª. Silvia Helena de Figueredo Vendramin
Profª. Drª. Lucia Marina Scatena
Profª. Drª. Maria Catarina Salvador da Motta
Profª. Drª. Lenilde Duarte de Sá
Profª. Drª. Jordana de Almeida Nogueira
Profª. Drª. Erika Simone Galvão Pinto
Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
Prof. Dr. Reinaldo Antônio da Silva Sobrinho

A Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – **Maria Luiza da Silveira Santa Maria**, a Chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica – **Ana Alice M. C. de Castro e Silva**, e a Coordenadora do Programa de Tuberculose – **Lis Aparecida de Souza Neves**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“TUBERCULOSE: ANÁLISE DOS PONTOS DE ESTRANGULAMENTO DA ATENÇÃO PARA O CONTROLE DA DOENÇA EM MUNICÍPIOS DAS REGIÕES SUL, SUDESTE, E NORDESTE DO BRASIL”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 0374402 0.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades Especializadas, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde. Bem como apresente à coordenação da área programática os resultados da presente pesquisa.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e a concordância da SMS-RP como instituição co-participante.

Cordialmente,

 Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Fernanda Cristina Padial
CRB-8/8168