UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

KÁREN MENDES JORGE DE SOUZA

**Discursos sobre a tuberculose:
significância por e para sujeitos**

Ribeirão Preto

2012

KÁREN MENDES JORGE DE SOUZA

**Discursos sobre a tuberculose:
significância por e para sujeitos**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor 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

2012

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.

Souza, Káren Mendes Jorge de

Discursos sobre a tuberculose: significância por e para sujeitos. Ribeirão Preto, 2012.

71 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Palha, Pedro Fredemir

1. Tuberculose. 2. Estereotipagem. 3. Pesquisa Qualitativa.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de

Discursos sobre a tuberculose: significância por e para sujeitos

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Ao meu pai, com gratidão,
pelo carinho e incansável apoio.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que tem tecido os dias de minha vida com amparo e bondade infinita.

Aos meus pais, **José Jorge e Noeme** (*in memoriam*), pelo amor incondicional e valiosos ensinamentos de vida.

À minha avó, **Maria**, por suas orações e afeto.

Aos meus irmãos **Adson, Ygor e Erika**, que apesar da distância, estiveram sempre presentes, me nutrindo com amizade fraterna e apoio.

Ao meu amor, **Marcos**, pelo companheirismo, compreensão e palavras de força e estímulo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. **Pedro Fredemir Palha**, com admiração e respeito, por ter me acolhido e conduzido com grande generosidade, oportunizando meu crescimento pessoal e profissional.

Aos membros da Banca Examinadora, Prof.^a Dr.^a **Lenilde Duarte de Sá**, Prof.^a Dr.^a **Filomena Elaine Paiva Assolini**, Prof. Dr. **Antonio Ruffino Netto**, Prof.^a Dr.^a **Tereza Cristina Scatena Villa**, pelas contribuições a minha formação acadêmica e, principalmente, por me ensinarem que o aprendizado é sem fim.

A todos os membros do **Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde** (GEQualiS), do **Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose** (GEOTB), do **Grupo de Estudos e Pesquisas em Alfabetização, Leitura e Letramento** (GEPALLE) e do **Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba** (TB-PB), pelas experiências partilhadas e conhecimento que juntos construímos.

Ao Prof. Dr. **Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos**, pelas importantes contribuições à realização deste trabalho.

Às queridas amigas **Karinna** e **Michele**, pela amizade sincera e carinho.

À **Rosa Marise**, pelo cuidado e atenção, que me tem dedicado.

À **Uthania, Carlos, Erika** e **Aline**, que nos meses de convivência, muito me ensinaram.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** e, de modo especial, ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, por tornar possível a realização do curso de doutorado.

Ao **Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga**, pelo apoio institucional a esta pesquisa.

Aos **participantes do estudo**, por enriquecerem este trabalho, partilhando suas histórias e gestos de interpretação.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível superior (CAPES)**, pelo apoio financeiro à pesquisa.

O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da História, mas seu sujeito igualmente. No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptar, mas para mudar.

Paulo Freire

RESUMO

SOUZA, K. M. J. Discursos sobre a tuberculose: significância por e para sujeitos. 2012, 71f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O adoecimento por tuberculose é um processo subjetivo e interpenetrado por saberes, discursos e práticas, produzidos histórico-culturalmente na vida social e nutridos em um interdiscurso (sobre a doença e o doente), que afeta o modo como o sujeito significa a sua experiência. Neste estudo, sustentamo-nos no arcabouço teórico-metodológico da análise de discurso de matriz francesa, que busca a compreensão dos processos de produção de sentidos, na relação da língua com sua exterioridade histórica e social. Partindo do pressuposto de que há uma constituição linguístico-histórica do sujeito discursivo, o estudo objetivou investigar como os discursos sobre a tuberculose afetam a (des)construção identitária do sujeito, que perpassa as constituições subjetivas em seu processo de adoecimento. Utilizando a abordagem qualitativa, foram realizadas dezesseis entrevistas registradas em áudio, no período de agosto a outubro de 2009, com sujeitos em tratamento de tuberculose em um hospital público do município de João Pessoa, Estado da Paraíba. O *corpus* de análise foi constituído pelas entrevistas transcritas mais as produções artísticas dos participantes como representações de seu processo de adoecimento. No gerenciamento do material de linguagem bruto, utilizou-se o *Software* Atlas.ti, que nos auxiliou no processo anterior às análises discursivas. O projeto deste estudo foi submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Ao relacionar a tuberculose a comportamentos excessivos, alcoolismo, fraqueza, vida urbana e drogadição, os sentidos produzidos pelos sujeitos entrevistados foram regidos por formações ideológicas que identificam a tuberculose como situação de desaprovação social. Observamos que as formações imaginárias, que remetem ao lugar desse sujeito doente como usuário do sistema de saúde produzem o seu apagamento, a sua interdição. Concluímos que a ênfase no simbólico, mediante os símbolos de estigma, que acentuam a visibilidade do doente de tuberculose como desviante ou sujeito “especial” é o mecanismo mais importante de manutenção da estigmatização da doença e do doente.

Palavras-chave: tuberculose. estereotipagem. pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

SOUZA, K. M. J. Discourses in tuberculosis: relevance for affected individuals. 2012, 71f. PhD Thesis – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The tuberculosis illness is a subjective process pervaded by knowledge, discourses and practices produced historic-culturally in the social life and nurtured in an interdiscourse (about the illness and the patient), that affects how the subject interprets his experience. In this study we follow the French theoretical and methodological framework of discourse analysis matrix that strives to understand the meaning production processes in the language relationship with its historic and social exteriority. Assuming that there is linguistic-historical constitution of the discursive subject, the study aimed to investigate how the tuberculosis discourses affect the subject's identity (de)construction that goes beyond the subjective constitutions in his disease process. Sixteen audio taped interviews using the qualitative approach were conducted with tuberculosis treatment subjects in a City of João Pessoa, Paraíba, public hospital, during the August – October 2009 period. The corpus of analysis consists of the transcribed interviews plus the participants' artistic productions as representations of their illness. The Atlas.ti Software was utilized in the raw language material management which helped in the process prior to discourse analyses. The study design was submitted for assessment to a Committee for Research Ethics. By linking tuberculosis to excessive behaviors, alcoholism, weakness, urban life and drug addiction, the meanings produced by the interviewees were governed by ideological formations that identify tuberculosis as a situation of social disapproval. It was observed that the imaginary formations, which refer to the place of that sick person as user of the health system produced its effacement, its isolation. We conclude that the emphasis on the symbolic, by means of the symbols of stigma that accentuate the TB patient visibility as a "deviant" or special subject, is the most important mechanism in maintaining the stigmatization of the disease and the patient.

Key-words: tuberculosis. stereotyping. qualitative research.

RESUMEN

SOUZA, K. M. J. Discursos sobre la tuberculosis: relevancia por y para los individuos afectados. 2012, 71f. Tese (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

La enfermedad tuberculosis es un proceso subjetivo interpenetrado por conocimiento, discursos y prácticas producidos histórico culturalmente en la vida social y nutridos en un interdiscurso (sobre la enfermedad y el enfermo), que afecta la forma como el individuo interpreta su experiencia. En este estudio utilizamos el marco teórico y metodológico de análisis de discurso de matriz Francés que busca entender los procesos de producción de significados en la relación del lenguaje con su exterioridad histórica y social. Suponiendo que hay una constitución lingüística e histórica del sujeto del discurso, el objetivo del estudio fue investigar como el discurso sobre la tuberculosis afecta la (de)construcción de la identidad del sujeto, que va más allá de las constituciones subjetivas en su proceso de enfermedad. Utilizando un enfoque cualitativo se llevaron a cabo dieciséis entrevistas audio gravadas durante el periodo de agosto a diciembre de 2009 con individuos en tratamiento para la tuberculosis en un hospital público de la ciudad de João Pessoa, estado de Paraíba. El corpus de análisis consta de las entrevistas transcritas y de las producciones artísticas de los participantes como una representación de su enfermedad. Se utilizó el software Atlas.ti en la gestión del material de lenguaje bruto, que auxilió en el proceso previo a los análisis de discursos. El diseño de este estudio fue sometido a la consideración de un Comité de Ética de Investigación. Mediante la vinculación de la tuberculosis a comportamientos excesivos, el alcoholismo, la debilidad, la vida urbana y la adicción a drogas, los significados producidos por los entrevistados eran gobernados por formaciones ideológicas que identifican a la tuberculosis como una situación de rechazo social. Se observó que las formaciones imaginarias que se refieren al lugar de la persona enferma como usuario del sistema de salud producen su supresión, su aislamiento. Concluimos que el énfasis en lo simbólico, a través de los símbolos de estigma, que aumenta la visibilidad del paciente con tuberculosis como aberrante o sujeto “especial” es el mecanismo más importante para mantener la estigmatización de la enfermedad y del paciente.

Palabras clave: tuberculose. estereotipo. investigación cualitativa.

LISTA DE DESENHOS

Desenho 1 – Produção artística do participante S9	44
Desenho 2 – Produção artística do participante S11	45
Desenho 3 – Produção artística do participante S7	46
Desenho 4 – Produção artística do participante S16	48
Desenho 5 – Produção artística do participante S14	54

LISTA DE SIGLAS

AD	Análise de discurso
DOTS	Directly Observed Therapy, Short-course
FD	Formação Discursiva
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MDR-TB	Tuberculose multidrogarresistente
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO	18
2.1 A TUBERCULOSE E A SAÚDE PÚBLICA	19
2.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	21
2.3 OBJETIVO DE ESTUDO	24
3 TESSITURA TEÓRICA	25
4 METODOLOGIA	32
4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	33
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	33
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
4.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL PARA ANÁLISE	35
4.5 DISPOSITIVO E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	36
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	39
5 AS ANÁLISES	40
5.1 TUBERCULOSE: UMA DOENÇA, MÚLTIPLOS SENTIDOS	42
5.2 ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE: PROBLEMATIZANDO A ESTIGMATIZAÇÃO DO DOENTE	51
6 CONCLUSÕES	59
REFERÊNCIAS	62
ANEXOS	67

ANEXO A – Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	67
ANEXO B – Declaração institucional de concordância com o estudo	68
 APÊNDICES	 69
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	69
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	70
APÊNDICE C – Carta de concessão	71

1 APRESENTAÇÃO

“Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar”.
(Bertold Brecht, *Nada é impossível de mudar*).

Sustentando a delimitação de um objeto de estudo sempre existe uma história de produção do conhecimento e de relação do pesquisador com o tema explorado. Nessa perspectiva, descrevemos brevemente uma trajetória que nos aproxima da atual proposta de investigação.

Tendo desenvolvido estudos acerca da tuberculose, na perspectiva do sujeito adoecido (SOUZA et al., 2012; SOUZA et al., 2010; SÁ et al., 2007), fomos conduzidos a algumas reflexões sobre cuidado, vínculo, acolhimento, subjetividade e produção de sentidos. Nesse percurso, investimos em pesquisas qualitativas, interessadas na compreensão de processos de saúde e enfermidade, bem como de relações que se estabelecem entre saúde e sociedade.

A investigação qualitativa ofertou-nos questionamentos e descobertas sobre conceitos e práticas relacionados à interpretação. Nesse desafio do conhecimento, realizamos aproximações teóricas às abordagens da Hermenêutica (em Paul Ricoeur) e da Antropologia Interpretativa (em Clifford Geertz), mas foi à análise de discurso pecheuxtiana que nos filiamos, assumindo essa opção teórico-metodológica no presente trabalho.

A análise de discurso teoriza a interpretação, isto é, coloca a interpretação em questão. Trabalha seus mecanismos como parte dos processos de significação, mediante a construção de um dispositivo teórico (ORLANDI, 2009). Desse modo, ressaltando que há muitas maneiras de significar e de significar-se, apresentamos a tese **“Discursos sobre a tuberculose: significância por e para sujeitos”**. Suas partes, interdependentes, propõem um caminho do pensamento:

Na “Introdução”, problematizamos nosso objeto de estudo, apresentando pesquisas sobre o tema investigado e os desafios científicos a serem superados. Ainda, expomos pressuposto e objetivo do trabalho.

Na “Tessitura teórica”, dedicamo-nos ao dispositivo teórico, que sustenta e adentra nossa análise. São conceitos e noções, que mobilizamos no capítulo “As análises” em movimentos pendulares da teoria ao objeto de análise e do objeto à teoria.

Na “Metodologia”, apresentamos os aspectos epistemológicos, os métodos, as técnicas e os instrumentos operativos desta investigação científica.

Em “As análises”, investimos no trabalho de compreender como um objeto simbólico (no caso, a doença tuberculose) produz sentidos. Em outras palavras, saber como as interpretações funcionam.

Por último, apresentamos as conclusões desta investigação, sem contudo findar as maneiras de problematizar como a tuberculose, enquanto objeto simbólico, produz sentidos por e para sujeitos. Reconhecemos, pois, que a complexidade do objeto estudado não se esgota neste trabalho, em função da existência de vários pontos de deriva na produção de sentidos e interpretações.

2 INTRODUÇÃO

“A última coisa que se encontra ao fazer uma obra é o que se deve colocar em primeiro lugar”
(Pascal, *Pensée*).

2.1 A TUBERCULOSE E A SAÚDE PÚBLICA

As doenças com impacto na saúde pública são priorizadas pela magnitude do problema e vulnerabilidades relacionadas, o que situa a tuberculose (TB) no cenário mundial de importantes preocupações sanitárias.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2010, a TB apresentou as seguintes taxas globais: 8,8 milhões de casos incidentes; 12 milhões de casos prevalentes, sendo 650.000 casos de TB multidrogarresistente (MDR-TB); 1,1 milhão de mortes entre pessoas com teste negativo para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e 0,35 milhão de mortes entre pessoas com associação TB-HIV. No mesmo ano, 6,2 milhões de pessoas foram diagnosticadas e notificadas por programas nacionais de controle da TB, sendo que destes, 5,4 milhões tiveram a doença pela primeira vez e 0,3 milhão tiveram um episódio recorrente após alta por cura (WHO, 2011).

O Brasil está entre os 22 países que concentram 82% dos casos de TB no mundo. A taxa de incidência, em 2001, foi de 42,8 casos para cada grupo de 100 mil habitantes e caiu para 36,0 no ano de 2011, o que significa uma queda de 15,9 pontos percentuais na última década. Embora a região Sudeste concentre o maior número de casos de TB, a região Norte apresentou as maiores taxas de incidência em todos os anos analisados. A taxa de mortalidade no Brasil, em 2001, foi de 3,1 óbitos para cada grupo de 100 mil habitantes e foi reduzida para 2,4 em 2010, uma queda de 22,6% nos últimos 10 anos. A região Sudeste concentra o maior número de óbitos por TB, todavia, a região Nordeste apresentou as maiores taxas de mortalidade em todos os anos analisados (BRASIL, 2012).

No decorrer dos anos, observamos maiores investimentos por parte do governo federal brasileiro na luta contra a TB, haja vista que ações de controle têm sido contempladas em importantes pactuações, como Pacto pela Saúde, Mais Saúde, Programação das Ações de Vigilância em Saúde, Pacto da Atenção Básica e, mais recentemente, na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Desde o ano de 2002, esses investimentos cresceram quatorze vezes. Também, são observados avanços no que se relaciona ao percentual de casos novos em tratamento diretamente observado (TDO) no Brasil, isso porque em 2001 apenas 3,4% dos casos eram tratados com o TDO e já em 2010, esse número subiu

para 37,4%, caracterizando assim um aumento de 33% (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Por um mundo livre da TB, a estratégia *Stop TB* tem sido fortemente recomendada, mediante indicação de seis componentes. São eles: (1) continuidade da expansão qualificada e valorização do *Directly Observed Therapy, Short-course* (DOTS); (2) encaminhamento das necessidades de pacientes com associação TB/HIV ou MDR-TB e das populações pobres e vulneráveis; (3) fortalecimento do sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde; (4) envolvimento de todos os prestadores de cuidados; (5) empoderamento de pessoas com TB e comunidades por meio de parcerias; e (6) promoção de pesquisas (WHO, 2011).

A projeção da TB no Brasil, ao longo do século XX, caracterizou-se por modificações profundas. O diagnóstico e tratamento ganharam recursos tecnológicos; modificou-se o perfil da população afetada; o risco de contágio foi alterado; a possibilidade de cura tornou-se efetiva; as metáforas associadas à doença foram renovadas e as políticas governamentais de combate à enfermidade mudaram (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000).

Mesmo em face aos avanços científicos e tecnológicos para o diagnóstico, tratamento e controle da doença, a TB ainda é temida por expressar algo, socialmente considerado, digno de censura, bem como por representar um estágio de miséria humana. Nesse sentido persiste, no imaginário social e como forma de relação da sociedade com o doente, o processo de estigmatização da TB e do tuberculoso (PÔRTO, 2007).

Em recente matéria, publicada em maio de 2012 em Paris (França), pela iniciativa *Stop TB Partnership*, um movimento global de luta contra a TB, há um posicionamento contra palavras, conceitos e expressões de caráter estigmatizante e discriminatório, utilizados no combate à TB, tais como: “faltosos”, “caso suspeito”, “abandono do tratamento”. Entende-se que esses termos são inadequados, por culpabilizarem o doente, produzindo sentidos de julgamento e criminalização do usuário de serviços de saúde. Entendemos que essa questão diz sobre a negligência da produção de cuidados centrada nas necessidades e direitos do doente de TB.

O simbolismo acerca da TB também se relaciona com o trabalho da mídia, que contribui para a visibilidade da doença, mas, sobretudo, para (re)produzir percepções e conceitos sobre a TB. Nesse processo, deve-se considerar que “vozes

autorizadas” padronizam informações e procedimentos. Essas “vozes” foram identificadas em uma dissertação de mestrado (LINDNER, 2011), que analisou matérias sobre a TB em quatro jornais de grande circulação nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. O Ministério da Saúde (MS) e a “voz da ciência”, por intermédio das universidades e pesquisadores, assumem a preferência dos jornais pesquisados, no que tange ao relato de ações políticas direcionadas à TB, explicações sobre efeitos e tratamento da doença e outras questões médicas.

O citado autor conclui que a falta de “cara” e “voz” dos doentes de TB nos textos analisados pode estar associada à incipiente organização e mobilização social dessas pessoas, bem como à forte presença da ciência e da política como responsáveis pela resolução de qualquer situação de saúde (LINDNER, 2011).

Nessa perspectiva, concordamos com Orlandi (2009), ao afirmar que, a todo momento, os sentidos estão sendo “administrados”, pois há mecanismos sociais de controle da interpretação, os quais são historicamente determinados. Contudo, se tais processos estão presentes, faz-se necessário ressaltar o movimento ininterrupto dos sentidos, “a força corrosiva do silêncio que faz significar em outros lugares o que não ‘vinga’ em um lugar determinado” (ORLANDI, 2007, p. 13).

Compreendendo, então, que o sentido não para, que há uma injunção à interpretação e que o homem está irremediavelmente constituído por sua relação com o simbólico, passaremos à descrição do recorte de nosso objeto de estudo.

2.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O adoecimento por TB é um processo subjetivo e interpenetrado por saberes, discursos e práticas, produzidos histórico-culturalmente na vida social e nutridos em um *interdiscurso* (sobre a doença e o doente), que afeta o modo como o sujeito significa a sua experiência.

Ao longo do tempo, múltiplos sentidos foram produzidos sobre a TB. Destacamos alguns: doença dos pulmões, de líquidos (muco, escarro, sangue), da espiritualização e refinamento, do corpo em desintegração, da pobreza e privação, da paixão excessiva, da resignação, da individualização e responsabilização do doente (SONTAG, 1984). Essas imagens metafóricas apresentam-se como

possibilidades de deslizamento ou movimentação de sentidos atribuídos à TB, e podem orientar comportamentos, como a procura por recursos terapêuticos, segundo a filiação do sujeito adoecido às redes de sentidos, nas quais o mesmo se constitui.

Na atualidade, encontramos em diversas formulações (dizeres) sobre a TB, vestígios de uma memória de sentidos, que ecoam continuamente, em virtude de que, no interdiscurso, *fala uma voz sem nome* (COURTINE, 1984), a qual tomamos para também significar em “nossas” palavras. Desse modo, todo dizer encontra-se na confluência de dois eixos: o da memória (constituição) e o da atualidade (formulação). E é a partir dessa tensão que os sentidos são produzidos (ORLANDI, 2009).

Compreender o processo de adoecimento por TB, na perspectiva discursiva, implica considerar como o sujeito doente é discursivizado no contexto do paradigma biomédico, que tem sido um espaço discursivo hegemônico, onde se desenrolam processos de saúde-doença-cuidado. Igualmente, sugere pensar a historicidade dos sentidos atrelados à doença e ao doente; bem como, reconhecer que os gestos de interpretação sempre podem ser outros, deslizar, e, portanto, não caberiam em categorias biomedicamente definidas e fechadas.

A doença é um fenômeno comum no curso da vida do ser humano, porém, não se trata de um acontecimento simplório, uma vez que possui natureza psicobiológica e sociocultural. Enquanto fenômeno significativo, constrói-se como um processo, elaborado a partir de elementos dos discursos e representações sociais da doença, da organização do cuidado e das vivências pessoais dos sujeitos. Em outras palavras, o adoecimento é construído no encontro das dimensões subjetivas e objetivas da realidade social, expressando-se sempre como uma particularidade histórica (ALVES, 1993).

O processo de adoecimento implica, também, uma experiência no âmbito das relações entre sujeitos, que cuidam e são cuidados, na dinâmica do viver e convivência de sujeitos com um sistema de saúde, e com uma cultura institucionalizada de cuidados de saúde (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008).

Assim, se a doença sempre esteve presente em todas as sociedades e culturas, a maneira como esse fenômeno se configura em cada contexto histórico-social tem ligação com o modo específico como as práticas sociais de cuidado e os

sentidos no processo saúde-doença se organizam e interagem nesses contextos, sofrendo suas influências ao mesmo tempo em que produzem efeitos sobre eles.

É importante lembrar que, dentro da particularidade de um mesmo contexto, muitas vezes, identificam-se diferentes modos de produção de sentidos e interpretações sobre o adoecimento, que respondem tanto à necessidade universal de lidar com os fenômenos da vida/corporais de forma significativa, quanto aos contextos particulares em que tal processo interpretativo se dá, pois cada pessoa tem um modo próprio de vivenciar o adoecer e essa singularidade tem relação com seu particular modo de ser-no-mundo, como ser relacional, criador de cultura, em processo de construção da autoconsciência e da própria identidade (BOFF, 2005).

Com essas considerações, nosso objeto de estudo delimita-se a partir da compreensão da doença (neste caso a TB) como um processo vivido (e não uma categoria fixa), do qual emerge a produção de significados e em que se situam percepção e ação em um itinerário terapêutico particular, que aproxima vários sujeitos e múltiplos discursos (alguns divergentes) no universo da doença.

Partindo do pressuposto de que *há uma constituição linguístico-histórica do sujeito discursivo*, nosso objeto de estudo estabelece-se nos discursos circulantes sobre a TB e suas relações com a formação identitária de sujeitos. Consideramos, contudo, que essa identidade funciona segundo a imprevisibilidade da relação do sujeito com o sentido, conforme nos lembra Orlandi (2009, p.10): “de um lado, é na movência, na provisoriedade, que os sujeitos e os sentidos se estabelecem, de outro, eles se estabilizam, se cristalizam, permanecem”. Assim, considerando que a identidade é produzida nas relações discursivas, ou seja, que é atravessada por discursos, marcamos seu caráter de fluidez.

Para situarmos nosso objeto de estudo em relação ao estado da arte de produções científicas da América Latina, sobre o adoecimento por TB na perspectiva do sujeito doente, realizamos um levantamento bibliográfico, considerando os trabalhos publicados nos últimos 5 anos (2007-2011) na seguinte base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizamos descritores acompanhados do operador de pesquisa AND, no campo de dado “assunto”: tuberculose AND pesquisa qualitativa; tuberculose AND percepção; tuberculose AND estereotipagem; tuberculose AND pacientes desistentes do tratamento.

Com a referida associação de descritores, encontramos 33 resultados, sendo 4 trabalhos repetidos uma única vez. Apenas 8 tomaram a perspectiva do doente de TB no processo de investigação, com os seguintes temas centrais e abordagens metodológicas: representações sociais da TB (perspectiva moscoviciana) (CLEMENTINO; MIRANDA, 2010); percepções e significados sobre a TB e o TDO em população de rua (leitura exaustiva, flutuante e categorização) (SOUZA, 2010); percepções sobre ações de orientação à comunidade e participação comunitária (avaliação quantitativa exploratória) (CURTO et al., 2010); percepções sobre a comunicação do tratamento e o apoio social e familiar recebido (abordagem fenomenológica) (ÁLVAREZ; CORREA; URIBE, 2009); conhecimentos, crenças, percepções e atitudes sobre a TB (estatística descritiva e bivariada, análise de conteúdo) (ARMIJOS et al., 2008); vínculo entre a equipe de saúde da família e o doente de TB (História Oral Temática e análise de discurso) (SOUZA et al., 2010); conhecimento sobre a TB, tratamentos anteriores e motivos da hospitalização (análise de conteúdo, modalidade temática) (ASSUNÇÃO; SEABRA; FIGUEIREDO, 2009); fatores relacionados a descontinuidade do tratamento (etnografia) (ROCHA, 2009).

Desse modo, tomando a perspectiva teórico-analítica da Análise de Discurso (AD) pecheuxtiana, esperamos contribuir para a produção do conhecimento no Brasil e cenário da literatura latino-americana em ciências da saúde, com uma abordagem inovadora, ocupando-nos de análises sobre discursos da TB e seus efeitos sobre a formação identitária do sujeito afetado.

2.3 OBJETIVO DE ESTUDO

Investigar como os discursos sobre a tuberculose afetam a (des)construção identitária do sujeito, que perpassa as constituições subjetivas em seu processo de adoecimento.

3 TESSITURA TEÓRICA

“Como para o mar, é na profundidade, no silêncio, que está o real do sentido. As ondas são apenas o seu ruído, suas bordas (limites), seu movimento periférico (palavras)”.
(Eni Puccinelli Orlandi, *As formas do silêncio*).

Este estudo fundamenta-se nos postulados teórico-metodológicos da AD de matriz francesa, a qual se sustenta sobre três regiões do conhecimento: o *Materialismo Histórico*, que pressupõe a existência de um real da história, produzida pelo homem, sendo que a mesma não lhe é transparente. Daí advém a concepção teórica de forma material, ou seja, o acontecimento do significante (língua) em um sujeito afetado pela história ou, em outras palavras, trata-se da conjugação da língua com a história na produção de sentidos; a *Linguística*, particularmente com a noção de materialidade do significante, não transparência da linguagem e inexistência de uma relação unívoca entre linguagem/pensamento/mundo; e a *Psicanálise*, incorporando a compreensão lacaniana de que o inconsciente é estruturado como linguagem e de que há um deslocamento da noção de homem para a de sujeito, ao considerarmos que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia (ORLANDI, 2009).

A análise na perspectiva discursiva busca a compreensão dos processos de produção de sentidos, na relação da língua com sua exterioridade histórica e social. Desse modo, o analista de discurso deve perceber as palavras fazendo sentido na produção do *discurso*, que por sua vez, não se define pela simples transmissão de informações, mas representa o *efeito de sentidos entre interlocutores* (ORLANDI, 2009). Esses efeitos de sentido constituem-se no processo de interlocução e, assim, concretizam-se dentro de uma relação de forças estabelecida pelos interlocutores, a qual é afetada sócio-historicamente.

Com o conceito de discurso na AD, nos distanciamos do esquema elementar da comunicação, a saber: emissor, receptor, código, referente e mensagem. Orlandi (2009, p.21) nos lembra que:

[...] no funcionamento da linguagem, que põe em relação sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história, temos um complexo processo de constituição desses sujeitos e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação. São processos de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção da realidade etc.

Nessa perspectiva, a *língua* é entendida como materialidade linguística e, devido a sua porosidade, pode ser desconstruída pela análise do funcionamento discursivo e oferecer possibilidades de interpretação que nunca se esgotam, pois sempre haverá outros sentidos a desvendar, dado que há muitas maneiras de se significar. Assim, a língua não está fechada em si mesma, mas representa as condições materiais de base, sobre as quais se desenvolvem os processos

discursivos, sendo, portanto, a condição de possibilidade do discurso (ORLANDI, 2009).

A palavra discurso vem do latim *discursus*, particípio passado de *discurrere*, sendo que “*dis*” significa “de fora” e “*currere*”, “correr”. Daí, nascem duas possíveis interpretações para o termo discurso: “correr ao redor” e “curso de vários assuntos, ideias, opiniões” (ASSOLINI, 2011). Assim, na análise de discurso, propõe-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, que está na base da produção da existência humana. O discurso é o lugar em que se pode observar a relação entre a língua, a ideologia e o sujeito, compreendendo como a língua produz sentidos por/para sujeitos, posto que não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia (ORLANDI, 2009).

Na perspectiva da AD, falamos a mesma língua, mas falamos diferente (ORLANDI, 2009). Assim, considerando o funcionamento da linguagem, reconhecemos a centralidade da interpretação na análise discursiva.

Adentrar o universo simbólico é um movimento inevitável e constante no curso da vida humana. Continuamente, somos instados a interpretar, pois não se pode evitar a interpretação ou ser indiferente a ela, mesmo que a produção de sentidos não seja percebida ou não se tenha conhecimento de como a mesma se realiza (ORLANDI, 2009).

Os seres humanos relacionam-se com o mundo através da interpretação e, nessa relação, a linguagem destaca-se como prática social e histórica. Assim, nossas palavras – que não são propriedade particular – significam pela história, pela cultura e pela língua (ORLANDI, 2009).

Em virtude de que a *linguagem* é estrutura e acontecimento (PÊCHEUX, 2008), a mesma existe na relação necessária com a história. Nesse aspecto, não há uma linguagem em si, mas uma abertura ao simbólico:

Antes de tudo porque a questão do sentido é uma questão aberta, pois, como afirma P. Henry (1993), é uma questão filosófica que não se pode decidir categoricamente. Por outro lado, não há um sistema de signos só, mas muitos. Porque há muitos modos de significar e a matéria significante tem plasticidade, é plural (ORLANDI, 1996, p.12).

Consideramos, então, essa interpretação como um “gesto”, ou seja, um ato no nível simbólico. O *gesto da interpretação* se dá porque o espaço simbólico é marcado pela incompletude, pelo silêncio (ORLANDI, 1996), pois como nos lembra

Orlandi (2007), o silêncio é a garantia do movimento dos sentidos. Sempre se diz a partir do silêncio.

Desse modo, segundo a AD francesa, a incompletude e silêncio são constitutivos da linguagem, que também não é considerada “inocente”, haja vista que não existe neutralidade nem mesmo no uso mais aparentemente cotidiano dos signos (ORLANDI, 2009). A linguagem é um elemento de mediação necessária entre o homem e a realidade; é lugar de conflito, de confronto ideológico, de luta mesmo pela possibilidade de tomar a palavra. Dessa forma, não podemos estudá-la fora da sociedade, uma vez que os processos que a constituem são histórico-sociais (ASSOLINI, 2003).

A língua produz sentidos ininterruptamente e os sentidos – múltiplos e inacabados – estão sempre abertos, possibilitando o nascimento de outras interpretações. Há dispersão e deriva de sentidos devido à possibilidade de deslizamentos da língua. Assim, concebemos que a língua tem sua ordem própria, mas só é relativamente autônoma, pois a mesma está sujeita ao equívoco, à incompletude e ao silenciamento – constitutivos do dizer (ORLANDI, 2007).

Tendo considerado que os sentidos da língua escapam, destacamos aqui a importância do conceito de *memória discursiva*, ou memória de sentidos, apreciando o atravessamento da língua pela historicidade da própria língua, bem como, pela história dos sujeitos discursivos, além da história social, mais ampla. Assim, os efeitos de sentido (re)produzidos são reverberados mediante a memória discursiva: “o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada de palavra” (ORLANDI, 2009, p.31).

Entrelaçado a esse conceito, apresentamos dois outros, que são fundamentais para a análise na perspectiva discursiva: o *interdiscurso* e o *intradiscurso*. O primeiro refere-se ao dizível, um “conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos” (ORLANDI, 2009, p.33). Apresenta-se como “uma voz sem nome”, que significa nas “nossas” palavras (COURTINE, 1984). As palavras nos chegam carregadas de sentidos que não sabemos como se constituíram, contudo, significam em nós e para nós. O segundo é a materialidade (fala), a formulação do texto, o fio ou linearização do discurso (ORLANDI, 2009).

A principal diferença entre ambos é que o interdiscurso corresponde à constituição, como um eixo vertical onde se apresentam todos os dizeres já ditos e

esquecidos, e o intradiscurso, correspondendo à formulação, é o eixo horizontal, no qual se diz em dado momento, em uma situação discursiva dada (ORLANDI, 2009).

Nesse feixe de relações, destacamos que a produção de sentidos nasce da tensão entre o *processo parafrástico*, ou seja, tomar um dizer já dito, e o *processo polissêmico*, que considera a multiplicidade de sentidos e torna possível o diferente, a ruptura de sentidos constituídos. Enquanto a paráfrase é continuidade, a polissemia é equívoco.

Rompendo com a ilusão de um mundo semanticamente normal, a AD ressalta a opacidade da linguagem, as muitas maneiras do sujeito significar e se significar, o equívoco da língua, que implica considerar que todo enunciado sempre poderá tornar-se outro, deslocar discursivamente de seu sentido e derivar para outro, exceto quando se exerce a proibição explícita da interpretação, que estabiliza (PÊCHEUX, 2008). Assim, na perspectiva da análise discursiva, há sempre pontos de deriva possíveis, lugares para a interpretação.

Cumpre-nos marcar outro ponto essencial nesta tessitura teórica, qual seja: a *noção de sujeito*. Nesta perspectiva, há “recusa do sujeito intencional, do sujeito meramente estratégico, isto é, aquele que possui um alto grau de mestria sobre o ato de enunciação, dizendo exatamente o que pretende dizer” (ROCHA; DEUSDARÁ, 2006, p.51).

Na análise discursiva, considera-se que o sujeito é clivado, não homogêneo, incapaz de conter os sentidos de seu dizer, formulando enunciados, que se constituem pela heterogeneidade discursiva, em virtude de o sujeito ser atravessado tanto pela ideologia, quanto pelo inconsciente (ORLANDI, 2009).

Segundo a teoria do descentramento do sujeito falante, o sujeito não é uma entidade homogênea, exterior à língua, que lhe serviria para ‘traduzir’ em palavras um sentido do qual seria a fonte consciente. Embora seja próprio da constituição do sujeito a função que o *eu* assume de manter a ilusão de um centro, a análise na perspectiva discursiva levará em consideração um sujeito clivado, descentrado (BRANDÃO, 1993).

Contextualizamos essa noção de sujeito no processo atual de “crise de identidade”, segundo o qual se reconhece o declínio de “velhas identidades”, que estabilizaram o mundo social (com seus quadros de referência), e de um sujeito unificado, coerente, dando lugar a “novas identidades” descentradas, ou seja, deslocadas, fragmentadas (HALL, 2000).

Assim, o sujeito pós-moderno é composto por várias identidades (por vezes contraditórias), sendo que o processo de identificação, no qual o sujeito projeta-se em identidades culturais, tornou-se provisório e problemático (HALL, 2000, p.12-13):

Esse processo produz o sujeito pós-moderno, conceptualizado como não tendo uma identidade fixa, essencial ou permanente. A identidade torna-se uma “celebração móvel”: formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam (Hall, 1987). É definida historicamente, e não biologicamente. O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um “eu” coerente. Dentro de nós há identidades contraditórias, empurrando em diferentes direções, de tal modo que nossas identificações estão sendo continuamente deslocadas.

A AD apresenta um sujeito distante daquele consciente, que se pensa livre e dono de si. Trata-se de um sujeito assujeitado, materialmente constituído pela linguagem e interpelado pela ideologia. A esse respeito, Paul Henry (1992, p. 188) afirma “O sujeito é sempre e, ao mesmo tempo, sujeito da ideologia e sujeito do desejo inconsciente e isso tem a ver com o fato de nossos corpos serem atravessados pela linguagem antes de qualquer cogitação”.

A noção de sujeito e de sentido não pode ser pensada separadamente, pois, na perspectiva discursiva, os sentidos não são algo que se dá independentemente do sujeito. Ao significar, nós nos significamos (ORLANDI, 2009). Assim, sujeito e sentido se configuram ao mesmo tempo, e é nisso que consistem os processos de significação.

Cumpre-nos, também apresentar outros conceitos basilares à nossa perspectiva analítica. São eles: *formação discursiva* e *ideologia*.

Considerando que o sentido não existe em si, mas é sempre regido ideologicamente, Orlandi (2009) assinala que as palavras derivam seus sentidos das formações discursivas em que se inscrevem. Em consequência, no trabalho do analista de discurso, é pela referência à formação discursiva (FD) que podemos compreender, no funcionamento discursivo, diferentes sentidos.

Assim, “as formações discursivas podem ser vistas como regionalizações do interdiscurso, configurações específicas dos discursos em suas relações” (ORLANDI, 2009, p.43). Diferentes formulações de enunciados se reúnem em pontos do dizer, regiões historicamente determinadas de relações de força e de sentido: são as formações discursivas (ORLANDI, 2007). Acrescentamos – citando Charaudeau e Maingueneau (2008, p. 241) – que “é nas formações discursivas que se opera o ‘assujeitamento’, a ‘interpelação’ do sujeito como sujeito ideológico”.

Uma vez que a ideologia é a condição para a constituição do sujeito e dos sentidos (ORLANDI, 2009) e que todo signo é ideológico por natureza (BAKHTIN, 2006), ressaltamos o trabalho da ideologia: “produzir evidências, colocando o homem na relação imaginária com suas condições materiais de existência” (ORLANDI, 2009, p. 46).

A ideologia, por sua vez, nesse modo de a conceber, não é vista como conjunto de representações, como visão de mundo ou como ocultação da realidade. Não há aliás realidade sem ideologia. Enquanto prática significativa, a ideologia aparece como efeito da relação necessária do sujeito com a língua e a com a história para que haja sentido (ORLANDI, 2009, p.48)

A partir desta tessitura teórica, mobilizaremos estes e outros conceitos fundamentais à análise discursiva, em nosso dispositivo de interpretação, almejando uma escuta para além das evidências, acolhendo a opacidade da linguagem, o afetamento da língua pela história na produção de sentidos e a constituição do sujeito, em suas posições discursivas, pela ideologia e inconsciente.

4 METODOLOGIA

“Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente”
(Maria Cecília de Souza Minayo, *O desafio do conhecimento*).

4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Inicialmente, cabe-nos apresentar um breve preâmbulo acerca de nossas considerações metodológicas, onde situamos o conceito de metodologia científica como ponto de partida.

Reconhecemos no conceito descrito por Minayo (2008), a abrangência que desejamos tomar nesta empreitada investigativa. A autora problematiza sob o termo *metodologia* uma reunião de questões epistemológicas e teóricas, métodos e instrumentos operacionais, entre outros. Considera, portanto, que a metodologia abranja concomitantemente (Minayo, 2008, p.44):

- A discussão epistemológica sobre o “*caminho do pensamento*”, que o tema ou objeto de investigação requer;
- A apresentação adequada e justificada dos *métodos*, das *técnicas* e dos *instrumentos operativos*, que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação;
- A *criatividade do pesquisador*, ou seja, sua marca pessoal e específica no modo de condução da pesquisa, que tem relação com a experiência reflexiva, capacidade pessoal de análise e síntese teórica do pesquisador.

Filiados, neste estudo, ao referencial teórico-metodológico da AD francesa, assumimos uma posição epistemológica diferente daquela engendrada no paradigma galileano, que rege a ciência positivista e que busca resultados generalizáveis. Encontramo-nos em um modelo epistemológico fundamentado na interpretação, visto que a AD inscreve-se no *paradigma indiciário*, no qual entram em jogo formas de saber tendencialmente *mudas*, elementos imponderáveis: *faro*, *golpe de vista*, *intuição* (GINZBURG, 1989).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga, situado no município de João Pessoa, Paraíba.

Trata-se de uma instituição pertencente ao nível estadual de gestão em saúde, sendo referência no estado para o tratamento da TB, hanseníase e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

O cuidado ao doente por TB na referida instituição dá-se a nível ambulatorial e em regime de internação. O ambulatório funciona sob demanda espontânea e desenvolve ações de investigação de sintomáticos respiratórios, consulta de enfermagem, educação em saúde, consulta médica, solicitação de exames para diagnóstico e controle, entrega de medicação auto-administrada, com acompanhamento do doente, teste tuberculínico, Raio X e baciloscopia. As culturas são realizadas no Laboratório Central Municipal (Lacen).

O tratamento sob internação ocorre no Setor de Tisiologia, que dispõe de uma ala feminina, com 11 enfermarias (22 leitos) e uma ala masculina, com 10 enfermarias (44 leitos), sendo uma delas destinada ao tratamento de doentes com infecção multidrogarresistente (MDR-TB).

Anterior à internação hospitalar, o doente que foi recebido no Pronto Atendimento, passa pelo processo de triagem. Constatando-se a necessidade de tratamento sob internação, o sujeito segue para a Tsiologia, com sinais vitais aferidos, punção venosa realizada e medidas antropométricas verificadas. No setor, o(a) enfermeiro(a) responsável pelo plantão faz a admissão de Enfermagem, registrando em prontuário informações para acompanhamento da evolução clínica do doente.

Nas enfermarias, o uso da roupa hospitalar é obrigatório. Para doentes acamados ou com maior dependência dos cuidados de Enfermagem, o banho é realizado entre as cinco e seis horas da manhã. As alimentações para desjejum, almoço, lanche, jantar e segundo lanche ocorrem, respectivamente, as sete, doze, quinze, dezoito e vinte e duas horas. O recebimento de visitas é diário, sempre entre as quinze e dezesseis horas. É permitido o uso de aparelhos de TV nas enfermarias até as vinte e duas horas, mas o uso de ventiladores é proibido. Com cada doente apenas ficam seus pertences para higiene pessoal. Aqueles que não possuem podem recebê-los através de doações ao hospital. A permissão de acompanhantes nas enfermarias é restrita a idosos, pacientes psiquiátricos e àqueles com grande dependência de cuidados.

O doente por TB no setor de Tsiologia recebe assistência de vários profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas,

enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e técnicos em laboratório. Para atividades de lazer e outras, há uma praça, onde são permitidos/realizados jogos, palestras, apresentações de teatro, cultos evangélicos, missas, festas comemorativas e atividades lúdicas. Para necessidades espirituais, existe o “cantinho da oração”.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Colaboraram com o estudo 16 sujeitos doentes por TB, em internação hospitalar, sendo a maioria deles do sexo masculino, com idade média de 37,5 anos (20 – 60 anos). Com relação ao nível de escolaridade e ocupação, houve predominância do Ensino Fundamental incompleto e trabalho agrícola, respectivamente.

Os participantes da pesquisa foram selecionados com base nos seguintes aspectos: (1) Aceitar participar do estudo; (2) Ser maior de dezoito anos; (3) Estar internado no setor de Tsiologia durante o período de coleta de dados; e (4) Estar clinicamente apto à participação no estudo.

4.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL PARA ANÁLISE

Utilizando a abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semidirigidas, registradas em áudio, no período de agosto a outubro de 2009. A escolha da entrevista justifica-se pelo fato da mesma fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema. Elegeram-se a entrevista semidirigida, pois como instrumento auxiliar para a pesquisa, permite que os integrantes da relação pesquisador-sujeito tenham momentos para dar alguma direção, de modo a garantir ganhos para reunir informações segundo os objetivos propostos (TURATO, 2008).

Em um diário de campo, realizamos o registro das impressões sobre o contato com os sujeitos entrevistados e o ambiente em que se deram as entrevistas.

Também, aproximando-se do referencial da AD, ao considerarmos que a arte traz a polissemia dos sentidos e que o discurso lúdico não busca a contenção de sentidos, os sujeitos do estudo foram estimulados a desenvolverem uma produção artística, como facilitadora da expressão/linguagem verbal e não verbal, acerca da experiência do adoecer por TB. Para isso, os mesmos dispuseram de tinta guache, caneta hidrográfica, massa de modelagem, lápis para colorir e papel A4 branco.

Inserindo as produções artísticas de sujeitos do estudo no material de análise, entendemos como Orlandi (1996, p.12) que:

Como os sentidos não são indiferentes à matéria significante, a relação do homem com os sentidos se exerce em diferentes materialidades, em processos de significação diversos: pintura, imagem, música, escultura, escrita, etc. A matéria significante – e/ou a sua percepção – afeta o gesto de interpretação, dá uma forma a ele.

Desse modo, as questões utilizadas para a constituição do *corpus* de análise foram: (1) *Como é que o Sr(a) acha que pegou tuberculose?*, (2) *Como ficou sua vida depois que descobriu a doença?* e [sobre as produções artísticas] (3) *Gostaria de comentar sobre a sua representação do processo de adoecimento por TB?* (APÊNDICE A)

As entrevistas foram realizadas no próprio setor de internação dos sujeitos do estudo e, em sua maioria, em presença de outros sujeitos doentes nas enfermarias. A pesquisadora não usou máscara N95 durante as entrevistas, vestia jaleco branco e touca em conformidade com as orientações da instituição para permanência no local. Todas essas situações constituem condições particulares de produção dos dizeres no encontro e interlocução na entrevista.

4.5 DISPOSITIVO E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

No *dispositivo de análise*, trabalhando-se com a descrição e interpretação interrelacionadas, investe-se na opacidade da linguagem, na manifestação da ideologia, na produção de sentidos e na constituição de sujeitos histórico-sociais e seus gestos de interpretação (ORLANDI, 2009).

Na AD, cabe ao analista formular uma questão que desencadeará e norteará a análise do material. De acordo com Orlandi (2009, p.27), “cada material de análise

exige que seu analista, de acordo com a questão que formula, mobilize conceitos que outro analista não mobilizaria, face a suas (outras) questões”. Desse modo, ressaltamos que o dispositivo teórico da interpretação individualiza-se em um dispositivo analítico específico, mediante a questão posta pelo analista; a natureza do material de análise e a finalidade (objetivo) das análises (ORLANDI, 2009).

Segundo Orlandi (2009, p.28), “a natureza dos materiais analisados, a questão colocada, as diferentes teorias dos distintos campos disciplinares – tudo isso constitui o dispositivo analítico construído pelo analista”. Nesta pesquisa, a questão norteadora para a análise foi: *Como os discursos sobre a tuberculose afetam a (des)construção identitária do sujeito, que perpassa as constituições subjetivas em seu processo de adoecimento?*

No que se refere aos procedimentos de análise, um dos primeiros pontos a considerar é a constituição do *corpus*:

Considera-se que a melhor maneira de atender à questão da constituição do corpus é construir montagens discursivas que obedeçam critérios que decorrem de princípios teóricos da análise de discurso, face aos objetivos da análise, e que permitam chegar à sua compreensão. Esses objetivos, em consonância com o método e os procedimentos, não visa a demonstração mas a mostrar como um discurso funciona produzindo (efeitos de) sentido (ORLANDI, 2009, p.63).

O *corpus* de análise deste estudo foi constituído por recortes de entrevistas transcritas e produções artísticas de sujeitos participantes, mais as condições de produção que lhe são inerentes. O sublinhado nos referidos recortes nos auxiliou no trabalho de análise do funcionamento do discurso, marcando indícios (vestígios, pistas) do processo de significação.

Após transcrição integral das entrevistas, organizou-se um banco de dados com uso do *software* Atlas.ti, versão 6.0, mediante a criação de uma Unidade Hermenêutica (*Hermeneutic Unit*), a qual auxiliou o gerenciamento do material de linguagem bruto, possibilitando o recorte dos fragmentos correlacionados de linguagem e situação, para os procedimentos posteriores da AD francesa, descritos por Orlandi (2009):

a) Passagem da superfície linguística para o discurso:

Nesta etapa, o analista trabalha a materialidade linguístico-histórica, rompendo com a ilusão do esquecimento nº 2 (desnaturalização da relação palavra-

coisa). Deve-se analisar “o que se diz?” (relação do dizer e não-dizer), “Como se diz?” (relações de poder; relações de sentidos; memórias discursivas), “Em que circunstâncias se diz?” (condições de produção estritas e amplas), “Quem diz?” (formações imaginárias; posições-sujeito).

b) Passagem do objeto discursivo para a formação discursiva:

Nesta fase, dedica-se à análise da discursividade (do processo discursivo), mediante o delineamento das formações discursivas; observação das redes de filiação de sentidos, das famílias parafrásticas; da consideração que o sujeito discursivo se inscreve em diferentes formações discursivas porque ocupa diferentes posições e, portanto, não há uma linearidade, mas sim contradições; e também, o reconhecimento de que há sempre no dizer um não-dizer necessário. Quando se diz “x”, o não dito “y” permanece como uma relação de sentido que informa o dizer de “x”.

c) Passagem do processo discursivo para a formação ideológica:

Por fim, busca-se compreender as relações das formações discursivas com os efeitos da ideologia, considerando que as formações ideológicas deixam marcas linguístico-discursivas, as quais o analista de discurso busca em seu dispositivo de interpretação. Aqui se ressalta a compreensão bakhtiniana de que não existe produção de sentidos sem ideologia e de que todo signo é ideológico (BAKHTIN, 2006).

É importante considerar que, na AD não se objetiva a exaustividade que chamamos horizontal (em extensão), nem a completude, ou exaustividade em relação ao objeto empírico. A exaustividade almejada que chamamos vertical – deve ser considerada em relação aos objetivos da análise e a sua temática. Essa exaustividade vertical (em profundidade) leva a consequências teóricas relevantes e não trata os “dados” como meras ilustrações. Trata de “fatos” da linguagem com sua memória, sua espessura semântica, sua materialidade linguístico-discursiva (ORLANDI, 2009).

Com estas considerações teórico-metodológicas, a análise discursiva atende a proposta de um estudo, cujo enfoque incide sobre análises enunciativas, para

além das evidências; sentidos produzidos em contextos sócio-históricos e discursos circulantes sobre a TB.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento deste estudo, foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos contidos nas Resoluções Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, em 17 de dezembro de 2008, com número de protocolo 0589, sendo parte do estudo multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” (ANEXO A). A instituição-local da pesquisa também aprovou e apoiou a realização do estudo (ANEXO B).

Cada participante do estudo recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), solicitando a sua participação voluntária, esclarecendo o propósito do estudo e garantindo o anonimato, o sigilo das informações e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, de acordo com os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Para a publicação da produção artística dos participantes do estudo foi solicitado o consentimento escrito dos mesmos, mediante uma carta de concessão (APÊNDICE C).

Na apresentação dos dizeres e produções artísticas, utilizou-se a codificação S para sujeitos do estudo, enumerados de 1 a 16, de modo a garantir o anonimato dos mesmos.

5 AS ANÁLISES

“Mas se a linguagem não mais se assemelha imediatamente às coisas que ela nomeia, não está por isso separada do mundo; continua, sob uma outra forma, a ser o lugar das revelações e a fazer parte do espaço onde a verdade, ao mesmo tempo, se manifesta e se enuncia”

(Michel Foucault, *As palavras e as coisas*).

Inicialmente, anunciamos nossa compreensão de que à TB relacionam-se múltiplos sentidos. Há, portanto, uma pluralidade nos modos de significar o processo de adoecimento. É, pois, relacionando as análises sobre discursos acerca da TB, que discutiremos a questão identitária do doente de TB, como usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), tomando em particular o conceito de *formação imaginária* (ORLANDI, 2009).

Dentro de uma conjuntura sócio-histórica, assim como em relação à memória discursiva (os já-ditos), ao lugar socialmente ocupado pelo doente de TB, como usuário do SUS, correspondem algumas projeções imaginárias, que funcionam no discurso e, particularmente, nos interessam nesta investigação. Sobre esse mecanismo imaginário, Orlandi (2009, p. 40) faz uma importante diferenciação sobre os conceitos de *lugar e posição*:

Assim não são os sujeitos físicos nem os seus lugares empíricos como tal, isto é, como estão inscritos na sociedade, e que poderiam ser sociologicamente descritos, que funcionam no discurso, mas suas imagens que resultam de projeções. São essas projeções que permitem passar das situações empíricas – os lugares dos sujeitos – para as posições dos sujeitos no discurso.

O imaginário faz parte do funcionamento da linguagem, pois “assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas, em uma sociedade como a nossa, por relações de poder” (ORLANDI, 2009, p.42).

Partindo dessas considerações, empreendemos alguns gestos de interpretação sobre enunciados acerca do processo de adoecimento por TB, buscando explorar sua natureza linguístico-histórica.

Neste trabalho de buscar compreender como um objeto simbólico funciona, consideramos que os sentidos são passíveis da deriva, do deslocamento, e que todo discurso estabelece relações com um discurso anterior, ao mesmo tempo em que aponta para outro, sendo, portanto, parte de um processo discursivo mais amplo.

Faz-se necessário, neste ponto, retornar ao texto a questão norteadora das análises, qual seja: ***Como os discursos sobre a tuberculose afetam a (des)construção identitária do sujeito, que perpassa as constituições subjetivas em seu processo de adoecimento?*** e, a partir dela, seguirmos a AD, que sustentamos em dois blocos discursivos, assim denominados: (1) Tuberculose: uma doença, múltiplos sentidos; e (2) Adoecimento por tuberculose: problematizando a estigmatização do doente.

5.1 TUBERCULOSE: UMA DOENÇA, MÚLTIPLOS SENTIDOS

Historicamente, observamos que práticas e saberes relacionados à saúde e à doença foram influenciados pelo dinamismo das sociedades, no que concerne aos aspectos socioculturais, políticos, discursivo-ideológicos, tecnocientíficos e econômicos. Nesse contexto, a TB traz a peculiaridade de uma doença, ao longo dos tempos, marcada por metáforas diversas.

As mudanças na imagem da TB, na passagem do século XIX para o século XX, não apenas ressaltam problemas de conceituação quanto a suas origens e métodos de tratamento, mas trazem também – o que parece mais importante – questões relativas ao comportamento dos doentes e à reação da coletividade ao fenômeno patológico. Assim, a TB constitui-se como uma doença sobrecarregada de significação, em função das expressões da vontade coletiva de reorganização da ordem social (PÔRTO, 2007).

Reconhecendo que é cultural a definição de saúde e doença, assim como os processos de busca/acionamento de recursos terapêuticos, analisamos inicialmente dois recortes, habitados por discursos que sustentam modelos explicativos sobre a origem do adoecimento por TB.

Recorte nº 01: *“Eu só peguei esse problema porque devido à extravagância que eu fazia. Eu bebia, não comia, fumava muito, aí foi criando essa fraqueza, esse problema de fraqueza e da fraqueza começa a tuberculose”* (S1, sexo masculino, 48 anos, ensino fundamental completo, operador de máquina).

Recorte nº 02: *“É porque eu só vivia mais no meio do mundo assim, andava muito, não dormia, passava a noite toda acordado. Pronto aí ela [a tuberculose] fez eu ficar fraco”* (S2, sexo masculino, 41 anos, sem escolaridade, agricultor).

Os dois sujeitos expressam em seus dizeres sentidos inscritos em uma mesma FD. Ambos relacionam a fraqueza à TB – ora como causa, ora como consequência da doença, produzindo sentidos que remetem ao imaginário coletivo do adoecimento por TB como um processo de exaustão. Também, concebem a

origem do adoecimento em razão de “excessos comportamentais”, linguisticamente marcados nos significantes: “*extravagância*” e “*meio do mundo*”.

Desse modo, atualizam discursos circulantes até meados do século XX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico não era conhecida e, portanto, a expressão da TB como resultado inevitável de uma vida em desacordo com padrões socialmente aceitáveis respondia à necessidade de compreensão do mal que afligia inúmeras pessoas. Trata-se de um período no qual:

A doença está associada à fome, à incapacidade de prover recursos mínimos para sua própria sobrevivência ou da família, mas também aos excessos. O consumo de bebidas e as farras são os mais mencionados e deixam transparecer que o comportamento desregrado e amoral são ainda causas consideráveis de uma doença que envergonha (PÔRTO, 2007, p.48).

A relação da TB com a fraqueza já se apresentava em uma época, na qual havia um temor em “chamar o mal para si” mediante a simples pronúncia da palavra tuberculose. Observamos nos **recortes nº 01 e nº 02** indícios do silenciamento da TB para os sujeitos S2 e S1, quando na substituição da palavra tuberculose por “*esse problema*” e “*ela*”. Assinalamos, a partir daí, que não existe neutralidade ou controle absoluto no uso da palavra, pois a linguagem é afetada pela ideologia e pelo inconsciente.

A adjetivação da TB por “fraqueza do peito” era usualmente empregada quando a doença – silenciada – representava algo temido e repugnante. Observemos o relato de Paulo Setubal sobre a descoberta familiar da sua doença:

Fraco do pulmão! Tombar essa palavra numa casa era tombar o raio. Fraco do pulmão! Compreendi, num relance, o que significava os olhos vermelhos de minha mãe e a comiseração dolorida dos meus irmãos. Fraco do pulmão... Fraco do pulmão? Ah, quem poderia jamais escapar à desgraça? (SETUBAL¹, 1949, *apud* BERTOLLI FILHO, 2000, p. 493).

Há que se considerar, porém, que o silêncio, escorrendo entre a trama das falas, significa, como nos afirma Orlandi (2007, p. 31) “no silêncio, o sentido é”. Assim, acerca desse silenciamento, citamos Sontag (1984, p.11)), trazendo outros elementos às análises:

Há poucas décadas, quando o conhecimento de que se estava com tuberculose equivalia a ouvir uma sentença de morte - como hoje, na imaginação popular, o câncer equivale a morte -, era comum esconder dos tuberculosos a identidade de sua doença e, depois que eles morriam, ocultá-la de seus filhos. Mesmo com pacientes informados sobre sua enfermidade, os médicos e a família relutavam em conversar livremente. “Verbalmente eu não ouço nada de definitivo”, escreveu Kafka a um amigo

¹ SETUBAL, P. **Confiteor**. 8ª ed., São Paulo - SP: Saraiva, 1949.

em abril de 1924, do sanatório onde morreria dois meses depois, “uma vez que ao discutir sobre tuberculose... todos adotam um modo desajeitado, evasivo e opaco de falar”.

Ainda acerca das interpretações sobre a origem do adoecimento por TB, os participantes S9 e S11 estabelecem uma relação entre a doença e o alcoolismo nos **recortes nº 03** (sobre o **desenho 1**) e **nº 04** (sobre o **desenho 2**):

Recorte nº 03: *“Eu desenhei uma garrafa e um copo [...] A ligação disso com a tuberculose é por que eu acho que... Tô pensando que foi a bebida também que causou a doença”* (S9, sexo masculino, 34 anos, sem escolaridade, agricultor e vaqueiro).

Desenho 1 – Produção artística do participante S9

Recorte nº 04: *“Eu desenhei uma mesa, um copo e uma garrafa de cerveja. Aí eu vim pra o hospital e fiquei bom. Com coco, tomando coco”* (S11, sexo masculino, 20 anos, ensino fundamental incompleto, desempregado).

Desenho 2 – Produção artística do participante S11

Sobre a relação entre alcoolismo e TB, Andrade, Villa e Pillon (2005) alertam que o alcoolismo crônico é considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento da TB, dada a alta incidência de casos e de formas mais avançadas de TB pulmonar entre esses sujeitos. A infecção pelo bacilo, por sua vez, pode ocorrer em qualquer idade, mas, no Brasil, geralmente, acontece na infância, sugerindo que o alcoolismo não tem relação direta com esse evento. A interrupção do tratamento e o risco de desenvolvimento de efeitos colaterais aos medicamentos antituberculose pelos alcoolistas são maiores quando comparados aos não-alcoolistas.

Estar atentos ao impacto clínico e epidemiológico da referida associação é fundamental, quando no gerenciamento de Programas de Controle da Tuberculose, todavia, o que queremos ressaltar - sob a proposta desta investigação – são alguns efeitos de sentido produzidos na constituição do imaginário correspondente ao lugar do doente de TB etilista, como usuário do SUS.

A naturalização de alguns sentidos (efeito ideológico) – apontamos quatro – produz a interpretação de que o etilista ocupa um lugar social marginalizado, pois: (1) A dependência do álcool afeta a sociabilidade em geral; (2) O alcoolismo é muitas vezes identificado como comportamento desregrado, em vez de reconhecido como doença; (3) O álcool é a substância mais significativa na articulação com várias formas de violência (SANTOS; MARTIN, 2009); (4) O uso abusivo do álcool definiu-se, em algumas conjunturas, como um comportamento, religiosamente, associado ao mal, ao pecado, ao impuro e, portanto, censurado.

Essas interpretações, produzidas sócio-historicamente, podem afetar as

relações entre profissionais de saúde e alcoolistas, quando na prestação de cuidados de saúde, interferindo no acesso e acolhimento desses usuários na rede de atenção à saúde, uma vez que esses sentidos podem ser internalizados ou produzidos por esses profissionais.

A produção artística (**desenho 3**) do participante S7 além relacionar a TB ao álcool, produz sentidos, que apresentam a TB como uma doença “que queima”, uma alusão – diríamos – ao sintoma da febre. Vejamos seu relato:

Recorte nº 05: *“Desenhei um fogo de lenha, dois pedaço de carne, um copo, uma garrafa e a garrafa cheia. O que é que tem na garrafa? É cachaça que mata. Esse fogo aí representa doença do pulmão, porque a quentura do fogo, fazendo muito serviço lá na beira do fogo. Aí pegou a doença”* (S7, sexo masculino, 44 anos, ensino fundamental incompleto, agricultor).

Desenho 3 – Produção artística do participante S7

Sobre o aspecto interpretativo do fogo (ou ardor) no contexto do adoecimento por TB, Sontag (1984, p.29) afirma:

A semelhança mais contundente entre os mitos que envolvem a tuberculose e o câncer é que ambos são, ou eram, encarados como doenças da paixão. Na tuberculose, a febre é um sinal de ardência interior: o tuberculoso é alguém “consumido” pelo ardor, aquele ardor que leva à dissolução do corpo.

Cumpre-nos evidenciar que “o trabalho ideológico é um trabalho da memória e do esquecimento, pois é só quando passa para o anonimato que o dizer produz seu efeito de literalidade, a impressão do sentido-lá” (ORLANDI, 2009, p.49). Assim, o trabalho do analista de discurso implica - dentre outras tarefas – descortinar o efeito ilusório característico do *esquecimento número 1*, mediante o qual temos a

ilusão de ser a origem do que dizemos, quando na realidade retomamos sentidos preexistentes (ORLANDI, 2009).

Analisemos, pois, outros acontecimentos discursivos, que remetem às interpretações sobre a origem do adoecimento por TB:

Recorte nº 06: *“Negócio de bebida. Na onda de colega. Eu não era disso não. Passei cinco anos no sítio trabalhando. Mas nunca tinha doença não. Depois que vim morar na cidade é que veio aparecer a doença”* (S7, sexo masculino, 44 anos, ensino fundamental incompleto, agricultor).

O participante S7 estabelece uma relação simbólica entre a TB e a vida urbana. Observamos que esse sujeito fala do lugar de agricultor, o que sugere a mobilização de algumas (e não quaisquer uma) FDs, para a produção de sentidos. Explica-nos Orlandi (2009, p. 44-45):

É pela referência à formação discursiva que podemos compreender, no funcionamento discursivo, os diferentes sentidos. Palavras iguais podem significar diferentemente porque se inscrevem em formações discursivas diferentes. Por exemplo, a palavra “terra” não significa o mesmo para um índio, para um agricultor sem terra e para um grande proprietário rural. Ela significa diferente se a escrevemos com letra maiúscula Terra ou com minúscula terra etc.

Nesse processo de significação, S7 relaciona a “saúde” ao significante “sítio” e a “doença” (TB) ao significante “cidade”. Essa interpretação, além de ter vinculação às experiências pessoais do sujeito, é habitada por aspectos socio-históricos, que damos atenção a seguir.

As relações entre espaço urbano e saúde são ressaltadas pelo fenômeno da urbanização desorganizada (e suas consequências), como reflexo do processo de industrialização em países não-desenvolvidos. À urbanização não planejada agregam-se importantes situações ambientais e socioeconômicas – com consequências no campo da saúde, tais como: grandes concentrações humanas, redes de saneamento básico e habitações precárias, desemprego, fome e pobreza (SOUZA, 2003).

No Brasil, onde o processo de urbanização vem se dando de forma desordenada, reconhece-se a identificação das grandes cidades como lugares privilegiados para o impacto das modernizações em diversos setores. Por conseguinte, há uma atração de enorme contingente de populações oriundas de

zonas rurais, além do fato dessas cidades terem experimentado altas taxas de crescimento demográfico vegetativo (SOUZA, 2003). Acrescentamos que as cidades podem ser um cenário de produção de iniquidades, de contradições.

Nesse contexto, acerca da TB, Vendramini et al. (2005) afirmam que a situação da doença, em nível global, está associada a pobreza, a má distribuição de renda e ao processo de urbanização acelerada. Os autores do citado estudo, objetivando analisar indicadores de morbidade e mortalidade por TB no município de São José do Rio Preto, no período de 1985 a 2003, comparados com os do estado de São Paulo e Brasil, observaram que o risco de adoecer por TB foi três vezes maior na área com piores níveis socioeconômicos.

Em outro recorte, o participante S15, quando questionado sobre sua percepção acerca da origem da TB, relata:

Recorte nº 07: “É falta de lazer, um canto certo não tem. Durmo aqui, acolá. Tou sem pai e sem mãe (...) a pessoa não se alimenta direito, não toma banho, não dá um trato, aí vem a doença” (S15, sexo masculino, 39 anos, ensino fundamental incompleto, prestador de serviços gerais).

Há nesses dizeres uma interpretação da “falta” ou um “estar sem” como origem da doença, o que nos remete ao imaginário social que identifica a TB com a pobreza e a privação: “falta de roupas, corpos magros, quartos sem aquecimento, higiene deficiente, alimentação inadequada” – apresenta-nos Sontag (1984, p. 21). Por outro lado, a cidade, no contexto dos países não desenvolvidos, oferece os “excessos fáceis”, que passam a “suprir” a falta sentida.

Também, o uso de drogas ilícitas é relacionado ao surgimento da TB, conforme relato do participante S16 no **recorte nº 08**, sobre o desenho seguinte:

Desenho 4 – Produção artística do participante S16

Recorte nº 08: *“Eu desenhei isso daqui com o cigarro da maconha, uma pedra, porque foi relatando os primeiros sintomas que eu comecei a pegar a tuberculose, foi fumando maconha e fumando pedra e fumando através da boca de outras pessoas. Eu acho que através disso daqui que peguei a tuberculose, fumando com outras pessoas e contaminação das outras pessoas passou para mim, sem eu saber. Foi onde eu comecei a tossir, onde eu comecei a ter tosse constante, catarro cheio com sangramento e foi onde eu fui procurar o setor médico”* (S16, sexo masculino, 21 anos, ensino fundamental incompleto, roteirista).

Entendendo que um discurso sempre estabelece relação com outro, compondo um processo discursivo mais amplo, cabe-nos inserir nas análises alguns sentidos produzidos socialmente a respeito da drogadição.

O uso abusivo de drogas é um importante problema de saúde pública, que acarreta ônus ao sujeito, à família e à sociedade, na forma de repetência na escola, perda de emprego, rupturas familiares e violência, crimes, acidentes e encarceramentos. Geralmente, inicia-se na adolescência, que é interpretada como uma fase de extrema curiosidade, de movimentos de individuação, da especial valorização do grupo de amigos e do conhecido “comportamento rebelde” (SCHENKER, 2010).

Assim, assinalamos que todo esse universo simbólico da drogadição adentra a significância da TB, quando se estabelece uma relação discursiva entre ambos: um discurso apontando para outro.

Observamos uma dupla filiação e constituição do participante S16 a formações ideológicas, que estão regendo a produção de significados sobre a TB. De um lado, o sujeito relaciona-se às chamadas “concepções populares” de saúde-doença, de outro, atravessado pelo discurso biomédico, traz a noção de contágio, transmissão, embora não consiga identificar a noção de agente etiológico.

Segundo Minayo (1988), a base das concepções populares de saúde e doença é a própria inserção dos sujeitos no mundo material, histórico, simbólico, vivo e repleto de contradições, por isso – entre outros aspectos – observamos os lugares que os sujeitos do estudo ocupam, conforme suas profissões/ocupações, que têm relação com as FDs que os regem e com os sentidos que produzem sobre a TB.

Minayo (1988) ressalta que diferenças relacionadas a concepções de saúde e doença de uma população e do sistema biomédico podem resultar em descrença com relação a este último, sendo considerado – do ponto de vista antropológico – um dos principais pontos de estrangulamento da medicina oficial tal como é praticada.

Almejando superar a fragmentação do doente (sintomas objetivos *versus* sintomas subjetivos) em seu processo de adoecimento, temos acompanhado a emergência de novas abordagens para se pensar a relação saúde-doença-cuidado, que põem em debate temas como “clínica ampliada”, humanização do atendimento” e “integralidade do cuidado” (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JUNIOR, 2006).

Concordamos com Canesqui (2007, p.9), segundo a qual, os pontos de vista do sujeito adoecido:

[...] não se esgotam em si mesmos, uma vez que não se trata apenas de idiossincrasias interpretativas, mas de elos com os vários fatores situacionais, culturais (simbólicos ou de crenças tradicionais) da estrutura social, juntamente com a organização do cuidado médico e os saberes que o ancoram e informações da mídia, envolvidos nas construções não eruditas sobre as enfermidades.

Além dos aspectos apontados pela citada autora, enfatizamos que essa abordagem responde à necessidade crescente de enfoques analíticos, que busquem a compreensão de processos de adoecimento na perspectiva dos sujeitos afetados e especificidades de seus contextos socioculturais, visto que a objetivação biomédica do processo de adoecimento pode gerar conflitos e fragilização do vínculo nas relações entre profissionais da saúde e usuários, quando o objeto da medicina torna-se a doença e não o adoecimento e cura do sujeito adoecido (AMADIGI et al., 2009; TESSER, 2009).

Assim, se entendemos como Paulo Freire (1983, p. 109) que “cultura é toda criação humana”, não poderíamos pensar a produção de cuidados em saúde desvinculada dos aspectos culturais que adentram o processo de adoecimento por TB e reclamam um pensamento criativo, no qual:

‘criatividade’ é sinônimo de ‘pensamento livre’, isto é, de capacidade de romper cotidianamente os esquemas da experiência. É ‘criativa’ uma mente que trabalha, que sempre faz perguntas, que descobre problemas onde os outros encontram respostas satisfatórias (na comodidade das situações onde se deve farejar o perigo), que é capaz de juízos autônomos e independentes (do pai, do professor e da sociedade), (...) que remanuseia objetos e conceitos sem se deixar inibir pelo conformismo (RODARI, 1982, p.140).

Observamos, na perspectiva da AD, que quanto mais violento o grupo ou

instituição social, maior impedimento haverá à oportunidade de que o sujeito diga, questione, resgate sua memória discursiva, pois os discursos institucionais estabilizam, cristalizam (ORLANDI, 2009). Desse modo, a produção de cuidados em saúde deve incorporar como prática a responsabilização sanitária e escuta solidária: um ato fundamentalmente moral e ético.

Este é o caminho que vislumbramos quando reconhecemos a possibilidade do outro – sentido, pensamento, interpretação, projeto de ação – nas relações entre profissionais de saúde e usuários, que se aproxima da ética, descrita por Foucault² (1987, *apud* SANTOS; BENERI; LUNARDI, 2005, p. 404) como “prática reflexiva da liberdade e o exercício do cuidado de si”.

Diante do exposto, com a abordagem desses *efeitos de sentido* sobre a origem do adoecimento por TB, lembramos que embora exista uma legitimação social de alguns modelos explicativos para as doenças, em detrimento de outros, sempre haverá possibilidades para a produção de novos gestos de interpretação, no movimento ininterrupto dos sentidos.

5.2 ADOECIMENTO POR TUBERCULOSE: PROBLEMATIZANDO A ESTIGMATIZAÇÃO DO DOENTE

A questão da estigmatização da TB está posta em diversos estudos, com relação a experiências de sofrimento no processo de adoecimento (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010); ao imaginário social produzido ao longo da história da doença (PÔRTO, 2007); à interrupção do tratamento quimioterápico (SÁ et al., 2007); à necessidade de divulgação de conhecimentos sobre a TB (ARMIJOS et al., 2008); à criação de obstáculos ao diagnóstico precoce (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2009). Assim, se os discursos sobre a TB têm sido historicamente estigmatizantes, nosso intento será problematizar como esses *efeitos de sentidos* afetam algumas posições discursivas de doentes de TB, que remetem ao seu lugar como usuário do SUS.

Iniciemos, pois, pela análise da materialidade linguística dos recortes seguintes:

² FOUCAULT, M. **Hermenêutica del sujeto**. Madri: La Piqueta, 1987.

Recorte nº 09: “Depois que apareceu esse meu problema eu afastei, né? Os amigos se afastam com medo pegar esse sintoma” (S6, sexo masculino, 39 anos, ensino fundamental incompleto, pintor).

Recorte nº 10: “[...] fiquei triste, os amigos não queriam ficar perto de eu, por que eu tava com essa doença, ninguém queria beber perto de eu, ninguém queria fumar, ninguém queria brincar, ninguém queria conversar. Com medo do que eu tinha. Eu me senti um cara estranho, sem ninguém, nem a própria minha família queria conversar comigo. Senti uma pessoa assim, tuberculoso, que ninguém queria saber de mim, porque eu tava com essa doença” (S5, sexo masculino, 28 anos, ensino fundamental incompleto, caseiro de granja).

Analizamos no relato acima o caráter marcante do estigma, a doença à frente ou acima do sujeito. No significante “*tuberculoso*”, o sujeito reúne uma rede de significações, que remetem a características - por efeito estigmatizante - consideradas desonrosas.

O estigma representa uma condição social de desgraça, uma mácula de inferioridade, uma identidade social deteriorada (OMOTE, 2004). Pode ser definido como “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 1988, p.7). Assim significando, segundo Omote (2004), recomenda-se evitar contato mais próximo com o sujeito estigmatizado, especialmente em lugares públicos: “*os amigos não queriam ficar perto de eu*” diz o participante do estudo, pelo fato da pessoa ser considerada indesejável, um desviante: “*eu me senti um cara estranho*” – afirma S5, o que, por conseguinte, reveste-o de descrédito, como expressa nosso entrevistado: “*ninguém queria saber de mim, porque eu tava com essa doença*” (S5).

O “*estranho*”, em se tratando de estigma social, representa o desvio da normalidade, o perigoso, o depreciativo. Contudo, é importante assinalar que:

O significado efetivamente atribuído a uma característica, seja ela atributo, comportamento ou afiliação grupal, parece depender essencialmente da combinação de três fatores: o portador ou o ator, a audiência ou o juiz e as circunstâncias sob as quais o julgamento ocorre (OMOTE, 2004, p. 289-290).

A TB e o “ser doente de TB” não trazem, pois, inerentemente o sentido de desvio. Há que se considerar, por exemplo, os discursos circulantes em relação à circunstância de uma visão romantizada da doença e à conjuntura de uma relação simbólica com a pobreza.

Conta-nos Gonçalves (2000) que, em países europeus, a imagem do doente de TB estava associada à sensibilidade às artes e ao refinamento dos sentimentos de uma elite composta por poetas e artistas, passando a ser, no século XIX, uma forma valorizada de estética, que influenciou, por muito tempo, padrões sociais de vestimenta, alimentação, de modos de viver e afirmar-se na sociedade. Porém, ao final do século XIX, com o declínio da concepção romântica da TB, a doença passou a ser identificada como um problema social relacionado às condições de miséria da população. Esse fato começou a mobilizar a elite médica para uma solução de cura, ao mesmo tempo em que se recomendavam a destruição de cortiços e a recuperação da zona urbana da cidade, pois os cortiços eram vistos como mantenedores, propagadores e acumuladores de sujeira e perigo social, antro de doenças, pessoas perigosas e locais onde ocorriam as conspirações contra o governo (GONÇALVES, 2000).

Assim, a questão é buscar compreender sob que aspectos o “ser doente de TB” se constitui um caso de desvio social, fundamentando a construção do estigma, que sobrepõe o sujeito doente, como apresentado no recorte seguinte:

Recorte nº 11: *“Incomoda muito, né? Você, todos nós. Incomoda muito essa doença. Tem hora que eu me conformo. Tem hora que eu não me conformo, mas eu me seguro, sabe? Eu me seguro pra não cair no pranto (...) muita gente assim, gosta de comentar, fazer comentário, sabe? Aí eu já não gosto de sair. Quando eu to em casa, eu não gosto de ficar fora não, por causa dela, por causa da doença sabe?” (S4, sexo feminino, 36 anos, ensino fundamental completo, doméstica).*

Os sentimentos da participante S4 diante do adoecimento por TB são comuns a outros sujeitos afetados na medida em que, de acordo com Goffman (1988, p.41):

As pessoas que têm um estigma em particular tendem a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativa à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na concepção do eu – uma “carreira moral” semelhante, que é não só causa como efeito do compromisso com uma sequência semelhante de ajustamentos pessoais.

Os sentidos de isolamento e segregação social, expressados pela participante S4 confirmam o estigma atual da TB. Questionamo-nos, a partir daí, quais os pilares (ou alguns deles) que sustentam o processo de estigmatização do doente de TB em nossos dias? Busquemos, então, algumas pistas, indícios desse processo.

Segundo Omote (2004), a marca social que representa o estigma não é visível, mas a manipulação que se faz do estigma. Assim, por exemplo, os estereótipos funcionam como caricaturas, que põem em evidência os traços, presumidamente, comuns a todas as pessoas da categoria estereotipada. No caso da TB, o **recorte nº 12** (sobre o **desenho 5**) apresenta sentidos dessa estereotipagem:

Recorte nº 12: *“Esse boneco tá tuberculoso, desconsolado, magro e triste”*
S14 (sexo feminino, 60 anos, sem escolaridade, agricultora).

Desenho 5 – Produção artística do participante S14

A magreza e o desconsolo são sentidos vinculados às formações ideológicas que naturalizam a TB como uma doença das camadas pauperizadas da população. Se, nos dias atuais, o horror coletivo sobre a doença não faz sentido ante o conhecimento etiológico e a eficácia do tratamento, parece-nos que a vinculação – de caráter ideológico – da TB à pobreza explicaria parte do processo de estigmatização do doente. Segundo Helman (2003, p.24):

Para os membros de todas as sociedades, o corpo humano é mais do que simplesmente um organismo físico que oscila entre a saúde e a doença. É, também, foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e função.

O que pomos em questão não são as situações sanitárias, sociais e econômicas, que potencializam a transmissão e persistência da TB, mas a ênfase na eficácia do simbólico como mecanismo de ocultação da manutenção de um sistema de controle social – uma das funções do estigma – que torna débil um debate mais abrangente na interface saúde-sociedade: que a vulnerabilidade social e econômica impõe condições diferenciadas de conversão de renda e outros recursos disponíveis, no âmbito familiar, em saúde e bem-estar (MAGALHÃES; BURLANDY; SENNA, 2007). Assim toda doença deve ser contextualizada nesse debate.

Omote (2004) aponta-nos outra função do estigma, além do controle social, que visa à regulação da vida coletiva. Trata-se de uma possível maneira de *resistir à utopia*. Diz o autor que a opção das sociedades humanas tem sido no sentido de buscar a igualdade de direitos, contudo, é reconhecida a impossibilidade de sua absoluta realização, de modo que a produção e administração do estigma dá-se como o resultado inevitável de uma sociedade que se pretende inclusiva, mas que apresenta amplas desigualdades sociais. Assim, o estigma é parte integrante da democracia e da inclusão – conclui o autor.

Temos acompanhado, em diversas áreas, um movimento contemporâneo de inclusão como imperativo moral. Sistema de cotas para negros nas universidades públicas; Criminalização da homofobia no novo código penal; Inclusão de alunos “deficientes” em classes escolares “comuns”; Lei de acesso à informação nº 12.527/2011 e Inclusão digital são alguns exemplos, além da adesão a alguns “modismos inclusivistas”.

O estigma, por sua vez, na contramão do discurso da inclusão torna o sujeito estigmatizado sem espaço, sem voz, sem papéis reconhecidos, enfim, socialmente desacreditado. Ele não pode ser o sujeito da ação. No contexto da TB, analisemos alguns desses sentidos em funcionamento:

Recorte nº 13: “Eu já era assim muito calada, né? Aí eu to mais, sabe? Aí eu converso mais um pouco quando chega gente lá em casa, pergunta se eu to melhor. Eu digo “to melhor”. Mas toda vida meu jeito foi esse assim, meio calado, né? E com esse negócio [a TB] foi, ta demais, mas com o tempo a gente vai mudando” (S4, sexo feminino, 36 anos, ensino médio completo, doméstica).

No movimento dos sentidos, Orlandi (2007), discutindo o político na linguagem, aborda o *silenciamento*, que abrange o tomar a palavra, fazer calar, obrigar a dizer. Assim, “em face dessa sua dimensão política, o silêncio pode ser considerado tanto parte da retórica da dominação (a da opressão) como de sua contrapartida, a retórica do oprimido (a da resistência)” (ORLANDI, 2007, p.29).

A incipiente mobilização social dos doentes de TB apontada em estudo desenvolvido por Lindner (2011) pode – a nosso ver – estar relacionada a essas marcas sociais que o discurso estigmatizante da TB produz sobre as constituições subjetivas do doente de TB em seu processo de adoecimento.

Segundo Goffman (1988), o sujeito estigmatizado, geralmente, baseia suas reivindicações não no que acredita que seja devido a todas as pessoas, mas apenas a todas as pessoas de uma categoria social dentro da qual ele está incluído mediante o estigma. Esse fato nos faz pensar que os direitos do doente de TB como usuário do SUS são afetados pelos sentidos que circulam na categoria estigmatizante “ser tuberculoso”.

Assim, entendemos que a estigmatização do doente de TB produz a censura, definida como:

[...] a interdição da inscrição do sujeito em formações discursivas determinadas, isto é, proíbem-se certos sentidos porque se impede o sujeito de ocupar certos lugares, certas posições. Se se considera que o dizível define-se pelo conjunto de formações discursivas em suas relações, a censura intervém a cada vez que se impede o sujeito de circular em certas regiões determinadas pelas suas diferentes posições. Como a identidade é um movimento, afeta-se assim esse movimento. Desse modo, impede-se que o sujeito, na relação com o dizível, identifique-se com certas regiões do dizer pelas quais ele se representa como (socialmente) responsável, como autor (ORLANDI, 2007, p. 104).

Os *efeitos de sentidos* no **recorte nº 14** remetem ao mecanismo de censura e interdição do doente de TB em seu processo de adoecimento. Analisemos este fato linguístico:

Recorte nº 14: *"mudou bastante, eu me sinto uma outra pessoa, já tenho outro hábito, Graças a Deus. E daqui pra frente, melhorar mais. A tendência é melhorar mais. Me movimentar direitinho e cumprir a regra, né? Nada fora da linha, tem que cumprir direitinho pra melhorar, se curar, né?"* (S6, sexo masculino, 39 anos, ensino fundamental incompleto, pintor).

Sabemos que a linguagem é uma prática social e histórica, cujos sentidos

advêm de seu atravessamento pela ideologia e sua relação com o sujeito. Com essas bases, verificamos que o participante do estudo S6 identifica o discurso biomédico com um discurso autoritário, e atribui ao hospital, com suas “regras terapêuticas”, uma espécie de administração de sentidos, na qual não se admite “*nada fora da linha*”.

Lembra-nos Orlandi (2009, p.86) que o discurso autoritário é “aquele em que a polissemia é contida, o referente está apagado pela relação de linguagem que se estabelece e o locutor se coloca como agente exclusivo, apagando também sua relação com o interlocutor”. Contextualizamos, pois, a partir do **recorte nº 14**, que o hospital funciona como “locutor”, ditando suas regras, e o doente de TB, como “interlocutor”.

Ora, essas questões, acerca da *política do silêncio*, relacionamos à estigmatização do doente de TB, cuja permanência no espaço social não pode prescindir de *símbolos de estigma*, que comunicam a identidade social do doente de TB (GOFFMAN, 1988), os quais são empregados para sinalizar à coletividade em geral que aquelas pessoas são socialmente marcadas. Assim, ocupamo-nos adiante de análises sobre o funcionamento desses símbolos no contexto do adoecimento por TB.

A manutenção da eficácia do simbólico pelo fortalecendo do imaginário social da TB, ao mesmo tempo em que se oculta o caráter ideológico do estigma, parece-nos o mecanismo mais importante de permanência desse estigma. Assim, não poderíamos problematizar esse fenômeno social sem antes discutir alguns *efeitos de sentidos* sobre a TB. É interessante observarmos que todos os discursos da TB abordados no primeiro bloco de nossas análises, remetem simbolicamente e, portanto, ideologicamente, às condições e/ou comportamentos desaprovados socialmente.

Omote (2004) diz que, no processo de construção e legitimação do desvio (interpretação do estigma), são criadas categorias e nomenclaturas, além de serviços especializados aos desviantes, de natureza terapêutica, educativa ou assistencial. Esses serviços podem profissionalizar-se e especializar-se cada vez mais, em busca de um modo de tratamento que possa ser considerado próprio para tais desviantes e adequado a suas peculiaridades e necessidades específicas.

Relacionemos, então, esses aspectos ao TDO para a TB, que tem sido reconhecido pelo Ministério da Saúde como um elemento chave para o

fortalecimento da adesão do doente ao tratamento e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos (BRASIL, 2011). O TDO consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob a supervisão de um profissional de saúde, havendo abertura à participação de líderes comunitários ou responsáveis familiares, que auxiliem nessa supervisão (DIMECH, 2010).

Essa modalidade de tratamento tem sido criticada como modo de desconstrução da autonomia do sujeito adoecido ou infantilização (CAMPOS, 2003). Na perspectiva discursiva, essa supervisão ao doente de TB parece-nos mais um mecanismo em prol da visibilidade do estigma da TB, do que fundamentada em indicações clínico-terapêuticas. Basta pensarmos, comparativamente, na dificuldade de adesão medicamentosa enfrentada por vários idosos que convivem com a polifarmácia.

Além do TDO, em se tratando dos símbolos de estigma da TB, identificamos: a) a utilização de incentivos sociais ao doente de TB (cesta básica, auxílio transporte etc); b) A atribuição de “rótulos” específicos no manejo do processo de adoecimento (“faltosos”, “comunicantes”, “sintomático respiratório”, “caso suspeito”); c) Procedimentos de identificação (“ficha de notificação compulsória”, “livro de registro de pacientes de tuberculose e acompanhamento do tratamento”, também chamado “livro verde” e há pouco tempo atrás “livro preto”, “ficha de tratamento supervisionado”, dentre outros); e d) A excessiva individualização da categoria desviante (“ser doente de TB”), nos serviços de saúde e meio acadêmico, reforçando estereotipagens, pela ênfase da homogeneidade intracategorial e heterogeneidade intercategorial. Todas essas são estratégias de tratamento distinto, que acentuam a visibilidade do “desviante”, o seu estigma, a sua condição “especial”.

Por fim, tendo tecido análises sobre o funcionamento discursivo-ideológico do estigma da TB, reforçamos que os recursos especiais investidos no diagnóstico e tratamento do doente de TB não são um problema em si, mas o uso que se faz deles como símbolos de estigma, que sustentam a sua legitimação social.

6 CONCLUSÕES

“Ler é recriar. A palavra final não é dada por quem a escreve, mas por quem a lê. O diálogo interno do autor é a semente que frutifica (ou definha) no diálogo interno do leitor”.
(Giannetti, *O auto-engano*).

Dentro do universo das ciências da linguagem, nesta investigação, nos sustentamos no arcabouço teórico-metodológico da AD de matriz francesa. Partindo do pressuposto de que há uma constituição linguístico-histórica do sujeito discursivo, investimos em análises sobre o funcionamento de discursos da TB em relação à formação identitária do sujeito em seu processo de adoecimento.

A partir de duas diferentes materialidades, observamos a relação dos sujeitos entrevistados com alguns efeitos de sentidos da TB, em seus processos de significação. Os discursos sobre a origem do adoecimento por TB remetem a comportamentos excessivos, alcoolismo, fraqueza, drogadição e vida urbana.

Identificando as formações discursivas e ideológicas, que regem a produção dos sentidos identificados sobre a TB, observamos que todos se relacionam a contextos de desaprovação ou pouca aceitação social, o que repercute sobre a (des)construção identitária do sujeito adoecido por TB, como usuário do SUS.

Concluimos que a ênfase no universo simbólico, pelo fortalecimento do imaginário social da TB acentua a visibilidade do sujeito afetado como “desviante”, tornando pouco perceptível os efeitos ideológicos, pelos quais a manutenção e reprodução dos símbolos de estigma da TB (TDO, livro verde e incentivos sociais são alguns) fortalecem os discursos estigmatizantes da TB e do doente.

Nas condições de produção sob as quais contextualizamos nossas análises, o lugar possível do doente de TB como usuário do SUS é um lugar de passividade, devido às formações imaginárias que o significam como um sujeito sem “voz”, sem direitos reclamados, por ser silenciado, sofrendo, assim, um processo de apagamento e interdição quanto a sua inscrição em algumas formações discursivas.

Considerando que sentidos e sujeitos afetam-se mutuamente, verificamos que por ser uma pessoa socialmente desacreditada em razão do estigma, o sujeito adoecido passa a não se aceitar. A partir daí, identificamos a necessidade de empreenderem-se modos de desestigmatização do “ser doente de TB”, especialmente pela crítica interferidora sobre as evidências do estigma.

Nessa perspectiva, cabe a abertura de reflexões – particularmente às instituições de saúde por sua tendência à estabilização de sentidos - e proposição de novas direções, que contribuam para a transformação desse estigma social, o qual reduz as oportunidades de empoderamento do doente de TB como usuário do SUS. O fato de os serviços de saúde valerm-se da categoria de desvio para o

gerenciamento dos cuidados ao doente de TB produz sentidos contraditórios ao discurso da autonomização de usuários e princípio da equidade do cuidado.

Por fim, com esta proposta investigativa, reconhecemos o quão profícua é a aplicação da AD francesa às ciências da saúde, em virtude das possibilidades de problematização dos discursos institucionalmente legitimados e administrados no campo de saberes e práticas biomédicos e de outros espaços discursivos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.263-271, 1993.
- ÁLVAREZ, M.; CORREA, M.; URIBE, M. Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con tuberculosis. **Medicina UPB**, Medellín, v.28, n.1, p. 22-32, 2009.
- ANDRADE, R.L.P.; VILLA, T.C.S.; PILLON, S. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v.1, n.1, 2005. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jul. 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**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.367-379, 2000.
- AMADIGI, F.R. et al. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.13, n.1, p.131-138, 2009.
- ARMIJOS, R.X. et al. The meaning and consequences of tuberculosis for an atrisk urban group in Ecuador. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.23, n.3, p.188-197, 2008.
- ASSUNCAO, C.G.; SEABRA, J.D.R.; FIGUEIREDO, R.M. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. **Ciencia y enfermería**, Concepcion, v.15, n.2, p.69-77, 2009.
- ASSOLINI, F.E.P. Leitura e formação inicial: repercussões para os fazeres pedagógicos de professoras alfabetizadoras. In: **XVI Congresso Internacional de la Asociación de Lingüística y Filología de la America Latina**, 2011. Espanha.
- ASSOLINI, F.E.P. **Interpretação e Letramento: os pilares de sustentação da autoria**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia e Educação) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12ª ed., São Paulo-SP: Hucitec, 2006.
- BERTOLLI FILHO, C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 493-522, 2000.
- BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão social**, v.1, n.1, p.28-35, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 28p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Especial Tuberculose. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v.43, p.2-12, 2012. Número especial.

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à análise do discurso**. 2ª ed. Campinas-SP: Editora da UNICAMP, 1993.

CANESQUI, A.M. (Org.) **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo-SP: Hucitec: Fapesp, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo-SP: Hucitec, 2003.

CASTRO, E.A.B.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.2075-2088, 2008. Suplemento 2.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de análise do discurso**. 2ª ed. São Paulo-SP: Contexto, 2008.

CLEMENTINO, F.S.; MIRANDA, F.A.N. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.584-590, 2010.

COURTINE, J.J. Définition d'Orientations Théoriques et Méthodologiques em Analyse de Discours. **Philosophiques**, Paris, v.IX, n.2, 1984.

CURTO, M. et al. Tuberculosis control: patient perception regarding orientation for the community and community participation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.5, p.983-989, 2010.

DIMECH, G.S.. **Avaliação da efetividade do tratamento supervisionado (TS/DOTS) no controle da tuberculose. Brasil, 2007**. 2010. 95 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2010.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro-RJ: Paz e terra, 1983.

GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In:_____. **Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história**. São Paulo-SP: Companhia das letras, 1989, p. 143-179.

GOMES, R.; MENDONÇA, E.A.; PONTES, M.L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1207-1214, 2002.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan, 1988.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.VII, n.2, p.303-25, 2000.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO JUNIOR, K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.1093-1103, 2006.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 4ª ed. Rio de Janeiro - RJ: DP&A, 2000.

HENRY, P. **A ferramenta imperfeita**. Campinas-SP: UNICAMP, 1992.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4ª ed. Porto Alegre - RS: Artmed 2003.

LINDNER, L.C. **Quem fala, o que fala e como fala: conceitos, percepções e representações de saúde e doença na mídia: o caso da tuberculose**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M.C.M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1415-1421, 2007.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular de etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.363-381, 1988.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo - SP: Hucitec, 2008.

MONTEIRO M.C.M. et al. Características da tuberculose em pacientes de um hospital universitário. **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 228-232, 2006.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8ª ed. Campinas - SP: Pontes, 2009.

ORLANDI, E.P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 6ª ed. Campinas - SP: Editora da Unicamp, 2007.

ORLANDI, E.P. **Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. Retrópolis – RJ: Vozes, 1996.

OMOTE, S. Estigma no tempo da inclusão. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.10, n.3, p.287-308, 2004.

PÊCHEUX, M. Ler, escrever e interpretar. In:_____ **O discurso: estrutura ou acontecimento**. 5ª ed. Campinas - SP: Pontes, 2008, p. 43-57.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p.43-49, 2007. Suplemento 1.

ROCHA, D; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise de discurso. **Revista de documentação de estudos em linguística teórica e aplicada**, São Paulo, v.22, n.1, p.29-52, 2006.

ROCHA, D.S. **Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre**. 2019. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

RODARI, G. **Gramática da fantasia**. São Paulo - SP: Summus Editorial, 1982.

SÁ, L.D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.4, p.712-718, 2007.

SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Percepción de los trabajadores de salud de unidades básicas de salud de São Paulo (Brasil) sobre la tuberculosis. **Avances en enfermería**, Bogotá, v.XXVII, n.2, p.19-24, 2009.

SANTOS, E.C.V.; MARTIN, D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.2, 2009.

SANTOS, L.R.; BENERI, R.L.; LUNARDI, V.L. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des)respeito aos direitos do cliente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n.3, p.403-413, 2005.

SCHENKER, M. O desafio da drogadicção na sociedade contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 julho 2012.

SOUZA, K.M.J. et al. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 17-25, 2012.

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

SOUZA, E.S. **População em situação de rua e tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose (TB): a percepção dos usuários**. 2010.

Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V.; MEIRELLES, B.H.S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.1, p.23-28, 2010.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro - RJ: Edições Graal, 1984.

SOUZA, W.V. **A epidemiologia da tuberculose em uma cidade brasileira na última década do século XX: uma abordagem espacial**. 2003. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Recife, 2003.

TESSER, C.D. Três considerações sobre a "má medicina". **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.31, 2009.

TURATTO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3ª ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2008.

VENDRAMINI, S.H.F. et al. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v.31, n.3, p.237-243, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: WHO report 2011**. France: WHO, 2011.

ANEXO A – Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 11ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17-12-08, o projeto de pesquisa intitulada “RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL”, da interessada Professora Lenilde Duarte de Sá. Protocolo nº. 0589.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

Eliane Marques de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

ANEXO B – Declaração institucional de concordância com o estudo

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-
CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA - C.H.C.F.

GOVERNO
DA PARAÍBA

DIREÇÃO GERAL

DECLARAÇÃO

Declaro pelos devidos fins, que a direção Geral deste nosocômio está ciente do desenvolvimento do Projeto intitulado Retardo no diagnóstico da Tuberculose: Análise das causas em diferentes regiões do Brasil, coordenado pela Professora Dra. Tereza Cristina Scatena Villa.

João Pessoa, 15 de junho de 2009

Rosineide Renovato Freire
Direção Geral - Mat.: 164.110
Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas - Dr. Clementino Fraga - CHCF

Dra. Rosineide Renovato Freire
Direção Geral

O C.H.C.F. ao seu serviço

Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas - Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94
Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe - CEP. 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 3218 5444 - Fax: 3218 5415

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de dados

Número do instrumento: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: _____

Caracterização dos participantes do estudo:

Sexo: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

1. *Como o(a) Sr(a) acha que pegou tuberculose?*
2. *Como ficou sua vida depois que descobriu a doença?*
3. *Gostaria de comentar sobre a sua representação do processo de adoecimento por TB?*

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose. Ela tem como objetivo avaliar as causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

Sua participação será uma entrevista gravada e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do roteiro de entrevista antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr (a).

João Pessoa, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado
Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,
Prof. Ms. Káren Mendes Jorge de Souza

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
End.: Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP: 14049-900
Telefone (0XX16)36023228
e-mail: karen@ccs.ufpb.br

APÊNDICE C – Carta de concessão

DECLARAÇÃO

João Pessoa, ____ de _____ de 2009.

Declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha produção artística como parte do estudo intitulado “A experiência com o adoecimento e o retardo no diagnóstico da tuberculose”. Autorizo sua publicação, para fins acadêmicos, sem restrições de prazo, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo a gravação do comentário sobre o trabalho artístico produzido, ficando vinculado o controle à pesquisadora responsável Káren Mendes Jorge de Souza, que tem sua guarda.

Assinatura do colaborador

Assinatura da testemunha