Artigo de Pesquisa
Original Research
Artículo de Investigación

DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.16106

Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido

Discourses on tuberculosis: stigma and consequences for the subject ill

Discursos sobre la tuberculosis: el estigma y las consecuencias para el enfermo

Káren Mendes Jorge de Souza[I]; *Lenilde Duarte de Sá*[II]; *Filomena Elaine Paiva Assolini*[III]; *Rodrigo Pinheiro Fernandes Queiroga*[IV]; *Catiucia de Andrade Surniche*[V]; *Pedro Fredemir Palha*[VI]

RESUMO: O adoecimento por tuberculose é um processo subjetivo, que afeta a busca pelos cuidados de saúde. Esta pesquisa objetivou investigar como discursos sobre a tuberculose afetam o sujeito adoecido em tratamento hospitalar. Utilizando a abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas, em 2009, no município de João Pessoa - PB, com 16 doentes, sendo a maioria do sexo masculino, com idade média de 37,5 anos e ensino fundamental incompleto. O material foi organizado no software Atlas.ti e tratado segundo o referencial teórico-metodológico da análise de discurso francesa. Observou-se que a posição discursiva dos doentes de tuberculose entrevistados remete a um lugar de passividade, devido às formações imaginárias que o significam como um sujeito sem direitos reclamados, sofrendo, assim, um processo de apagamento e interdição. Em conclusão, foi identificada a necessidade de serem desenvolvidos modos de desestigmatização do ser doente de tuberculose, mediante a problematização de discursos cristalizados, particularmente nas instituições de saúde.
Palavras-Chave: Tuberculose; estereotipagem; pesquisa qualitativa; hospitalização.

ABSTRACT: Falling ill with tuberculosis is a subjective process, which affects recourse to health care. The objective of this study was to investigate how discourses about tuberculosis affect the subject with tuberculosis undergoing hospital treatment. Sixteen tuberculosis patients, most of them male, mean age 37.5 years and incomplete fundamental education were interviewed, on a qualitative approach, in João Pessoa, Paraíba State in 2009. The material was organized using Atlas.ti software and analyzed within the theoretical and methodological framework of French discourse analysis. It was observed that the discursive position of tuberculosis patients refers to a place of passivity, due to the imaginary formations that signify them as subjects with rights that are not claimed, and who therefore suffer a process of erasure and exclusion. In conclusion we identified a need to develop ways to end the stigma attached to being ill with tuberculosis, by questioning discourses that have crystallized, particularly in health care institutions.
Keywords: Tuberculosis; stereotyping; qualitative research; hospitalization.

RESUMEN: Enfermarse de tuberculosis es un proceso subjetivo que afecta el recorrer a la atención de salud. Esta investigación tiene como objetivo investigar cómo los discursos sobre la tuberculosis afectan al enfermo en tratamiento hospitalario. Haciendo uso de un enfoque cualitativo, se han realizado entrevistas en 2009, en la ciudad de João Pessoa -PB, junto a dieciséis enfermos, en su mayoría hombres, cuyo promedio de edad era de 37,5 años y que tenían educación primaria incompleta. El material se organizó en el software Atlas.ti y fue analizado de acuerdo con el marco teórico y metodológico de análisis del discurso francés. Se observó que la posición discursiva de los enfermos de tuberculosis entrevistados remite a un lugar de pasividad, debido a las formaciones imaginarias que lo significan como un individuo sin derechos reclamados, sufriendo así un proceso de invisibilidad y prohibición. En conclusión, se identificó la necesidad de desarrollar modos de desestigmatización del ser enfermo de tuberculosis, mediante la problematización de discursos cristalizados, en particular en las instituciones de salud.
Palabras Clave: Tuberculosis; estereotipo; investigación cualitativa; hospitalización.

Introdução

A dimensão do impacto social da tuberculose (TB) situa a doença no cenário mundial das importantes preocupações sanitárias. Ao longo do século XX, a situação da TB 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 políticas governamentais de combate à doença mudaram e as metáforas associadas à enfermidade foram renovadas[1].

Mesmo em face dos avanços científicos e tecnológicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento da

[I]Enfermeira. Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: karen.souza@unifesp.br .
[II]Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com.br.
[III]Pedagoga e Linguista. Professora da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: elainefdoc@ffclrp.usp.br.
[IV]Enfermeiro. Professor Assistente da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: rodrigopfq@gmail.com.
[V]Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: catiucia.surniche@gmail.com.
[VI]Enfermeiro. Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br.

Recebido em: 14/01/2015 – Aprovado em: 24/06/2015

doença, observa-se que a TB ainda é temida por expressar algo socialmente considerado digno de censura. Assim, persiste no imaginário social — e na relação da sociedade com o doente — o estigma associado ao agravo[2].

Sabe-se que a detecção eficaz de casos de TB não está relacionada apenas ao modo de organização dos serviços de saúde e à disponibilidade de meios diagnósticos, mas, também, aos aspectos subjetivos do doente, que envolvem o significado do adoecimento[3].

A experiência de adoecimento 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 ressoa e afeta o sujeito adoecido.

Destacando a importância de um olhar sobre as necessidades e percepções das pessoas acometidas pela TB, um estudo brasileiro, que analisou o atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da TB no município de Ribeirão Preto, mostrou que as escolhas individuais das pessoas afetadas por uma doença são cruciais na busca por cuidados de saúde e expressam construções subjetivas, e também coletivas, acerca do adoecimento e do cuidado[4].

A estigmatização da TB está posta em diversos estudos e mostra relação com o imaginário social produzido sobre a doença[2,5], com a interrupção do tratamento quimioterápico[6], com a necessidade de ampliar a divulgação de informações sobre a TB[7] e com a criação de obstáculos ao diagnóstico precoce[8]. Permanece, contudo, uma lacuna nesse conhecimento, que diz respeito à compreensão das consequências desses discursos para a pessoa em internação hospitalar.

Uma pesquisa, que avaliou a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação de pessoas hospitalizadas, mostrou que as necessidades sociais dos pacientes foram pouco valorizadas pela equipe de enfermagem. Os autores enfatizam que a internação hospitalar afeta diversas necessidades humanas, incluindo as de natureza psicossocial, que incluem: a autoestima, a autoimagem, a atenção, a aceitação, a gregária, a recreação e o lazer[9].

O cuidado de enfermagem deve estar direcionado às necessidades humanas de modo integral; contudo, alguns profissionais, devido à concepção biomédica, pouco valorizam os aspectos ligados à humanidade do cliente. Nesse contexto, para cuidar da integralidade do ser, autores sugerem considerar os clientes como parceiros na construção do cuidado, valorizar as culturas e reconhecer a importância do corpo como fonte de conhecimento para cuidar/educar/pesquisar[10].

Diante do exposto, e considerando a relevância da subjetividade no cuidado em enfermagem, esta pesquisa objetivou investigar como discursos sobre a TB afetam o sujeito adoecido em tratamento hospitalar.

Referencial Teórico

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 movendo-se na produção do discurso, que, por sua vez, é representado pelo efeito de sentidos entre interlocutores. Rompe-se, portanto, com o esquema elementar da comunicação: emissor, receptor, código, referente e mensagem[11].

Segundo a análise de discurso (AD), as palavras não têm um sentido nelas mesmas, pois derivam seus sentidos das formações discursivas e ideológicas às quais se filiam. Desse modo, palavras iguais podem significar diferentemente.

A linguagem é uma prática social e histórica, cujos sentidos advêm de seu atravessamento pela ideologia e sua relação com o sujeito. Ela não é transparente, neutra, ou evidente; assim, há muitas maneiras de o sujeito significar e se significar.

Cabe destacar, também, o conceito de posição-sujeito, pois o lugar de onde fala o sujeito está relacionado à produção de forças e relações de poder, que afetam os sentidos produzidos na linguagem. Não são, pois, os lugares sociais que funcionam no discurso, mas as posições-sujeitos, constituídas por formações ideológicas[11]. Nesse sentido, por exemplo, o enfermeiro pode falar tanto do lugar de profissional de saúde quanto daquele que ocupa a pessoa doente.

A partir dessa tessitura teórica, serão mobilizados esses e outros conceitos fundamentais à análise discursiva no dispositivo de análise e interpretação. Dessa forma, almeja-se uma escuta para além das evidências, acolhendo a opacidade da linguagem, a constituição da língua pela história na produção de sentidos e as diferentes posições discursivas que podem ser ocupadas pelo sujeito, manifestos na fala tanto pela ideologia como pelo inconsciente.

Considerando-se que a incompletude e o silenciamento são constitutivos do dizer, a língua é porosa e sujeito e sentidos são moventes, ressalta-se que os gestos interpretativos não são acabados nem definitivos, pois haverá sempre outros sentidos a serem atribuídos e desvendados, dependendo da posição-sujeito e de suas filiações sócio-históricas, culturais e ideológicas.

Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição hospitalar, pública, no período de agosto a outubro de 2009, no município de João Pessoa - PB.

Os participantes da pesquisa foram selecionados com base nos seguintes critérios: ser maior de 18 anos; estar internado no setor de tisiologia durante o período

de coleta de dados; não ter contraindicações clínicas à participação no estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão, 16 sujeitos adoecidos foram entrevistados. Foi aplicada a técnica de saturação de dados, que indicou a utilização dos recortes discursivos de sete dos sujeitos.

Aplicando a abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas em profundidade, registradas em áudio. A questão da entrevista para esta análise foi: Como ficou sua vida depois que descobriu a doença? Em um diário de campo, foi realizado o registro das impressões sobre o contato com os sujeitos entrevistados e o ambiente de estudo.

O *corpus* de análise deste estudo foi constituído por recortes de entrevistas transcritas mais as condições de produção. Após transcrição integral das entrevistas, organizou-se um banco de dados com uso do *software* Atlas.ti, versão 6.0, que 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: passagem da superfície linguística para o discurso; passagem do objeto discursivo para a formação discursiva; passagem do processo discursivo para a formação ideológica[11].

Este estudo vincula-se ao projeto temático *Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil*, que foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, com protocolo de número 0589. Todos os princípios éticos foram respeitados durante a realização da pesquisa e a divulgação dos resultados. A fim de manter o sigilo dos participantes, na apresentação dos dizeres utilizou-se a codificação S representando cada sujeito, enumerados de 1 a 7 (considerando a numeração da entrevista).

Fundamentado na AD de matriz francesa, espera-se que este estudo contribua para a problematização de discursos institucionalmente legitimados sobre a TB e administrados no campo de práticas e saberes biomédicos, com a finalidade de subsidiar a produção de cuidados de enfermagem centrados no cliente e sua satisfação.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 16 sujeitos, doentes por TB, em regime de internação hospitalar, sendo a maioria deles (13) 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 do trabalho agrícola.

Discursos acerca da relação entre TB e estigma foram analisados, observando-se as posições a partir das quais os efeitos de sentido foram produzidos. Nesse processo, buscou-se perscrutar as consequências desses discursos para o doente em tratamento hospitalar. Eis os relatos:

> *Depois que apareceu esse meu problema eu afastei, não é? Os amigos se afastam com medo de pegar esse sintoma (S2, sexo masculino, 39 anos, ensino fundamental incompleto, pintor).*

> *[...] fiquei triste, os amigos não queriam ficar perto [...], porque eu estava com essa doença, ninguém queria beber perto [...] Eu me senti um cabra estranho, sem ninguém, nem a própria minha família queria conversar comigo. Senti uma pessoa assim, tuberculoso, que ninguém queria saber de mim, porque eu estava com essa doença (S1, sexo masculino, 28 anos, ensino fundamental incompleto, zelador de granja).*

> *O que mudou na minha vida? Isso é uma boa pergunta. Acho que o meu modo de viver, o meu modo de pensar. Um pouco de discriminação, que isso aí vai acontecer, que isso daí não resta sombra de dúvida. (S3, sexo masculino, 37 anos, ensino fundamental incompleto, pescador).*

Os resultados dos gestos interpretativos são apresentados a seguir.

Na materialidade discursiva dos três recortes anteriores, foram encontrados sinais do caráter marcante do estigma da TB. No significante *tuberculoso*, presente no segundo recorte, o sujeito reúne uma trama de significações que remetem ao desvio da normalidade e a inúmeros preconceitos. Os discursos desses recortes fornecem indícios de que esses sujeitos se identificam com a formação discursiva dominante, que faz circular sentidos que se relacionam com a estigmatização historicamente ligada à doença.

É pertinente observar que, ao contrário dos dois últimos recortes, que se inscrevem em formações discursivas que os levam à resignação frente ao afastamento de familiares, amigos e colegas, o primeiro parece não desejar cumprir o que imaginariamente dele se esperava: o afastamento de pessoas com as quais mantinha vínculos afetivos, como os amigos. Esta afirmação pode ser observada a partir do significante *não é*, seguido do ponto de interrogação. Tal significante produz efeito de sentido de dúvida, questionamento, o que tenta romper com a formação ideológica, segundo a qual os doentes de TB estariam condenados a experimentar o distanciamento de pessoas próximas.

A necessidade psicossocial de pertencer a grupos nos quais desempenha papéis sociais é prejudicada nos casos em que ressoa o discurso de que o doente de TB é socialmente indesejável, como verificado no recorte a seguir:

> *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 para não cair no pranto [...] Quando eu estou 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).*

Assim, os sentidos de segregação social analisados fornecem indícios de que o estigma, que há séculos acompanha a TB, está presente nos dias atuais, concorrendo para tornar complexo o quadro da pessoa por ela acometida. Em reforço a essa produção de sentidos, alguns estereótipos do doente de TB são produzidos a partir da inscrição dos sujeitos em formações ideológicas que naturalizam a TB como uma doença das camadas pauperizadas da população. Nessa direção interpretativa, ideologicamente determinada, um sujeito do estudo descreve o doente de TB:

> *[...] desconsolado, magro e triste (S5, sexo feminino, 60 anos, sem escolaridade, agricultora).*

O preconceito e distanciamento social experimentado por alguns doentes de TB, muitas vezes, os imobilizam, dificultando seu deslocamento para posições discursivas nas quais suas vozes desencadeiem mudanças positivas relacionadas à sua saúde, que impactem em sua qualidade de vida. Entretanto, deve-se enfatizar que as vivências de adoecimento e interpretações são plurais e dinâmicas. Um estudo, realizado em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro – RJ, mostrou que, apesar da TB ser uma doença historicamente estigmatizante, a maioria dos doentes entrevistados (54%) avaliaram sua qualidade de vida como boa, particularmente pela adesão ao tratamento e rápida melhora clínica[12]. No presente estudo, contudo, não poderia ser diferente, pois as formações ideológicas que, no discurso, projetam as formações discursivas produzem sujeitos do discurso que (se) significam como excluídos, silenciados, anormais, entre outros estigmas. A esse respeito, uma participante relata:

> *Eu já era assim muito calada, não é? Aí eu estou mais, sabe? Aí eu converso mais um pouco quando chega gente lá em casa, pergunta se eu estou melhor. Eu digo estou melhor. Mas toda vida meu jeito foi esse assim, meio calado, não é? E com esse negócio [a TB] foi, está demais! Mas com o tempo a gente vai mudando (S4, sexo feminino, 36 anos, ensino médio completo, doméstica).*

Pelo enfoque discursivo, o silêncio desse participante representa o processo de significação em funcionamento, um silêncio da emoção, da introspecção e da censura a quem não pode dizer em função da incompleta aceitação social. Como consequência, tem-se um sujeito que não pode ocupar o protagonismo em seu processo de saúde-doença-cuidado. Há, portanto, uma inversão no modo do que se imagina ou que se entende por produzir saúde, conceito esse que merece ser discutido, pois deveriam ser os sujeitos acometidos pela doença valorizados em seus saberes, experiências e gestos de interpretação.

Em alguns casos, a discriminação sofrida pelo doente de TB não é algo que o leve a lutar pela inclusão, como se observa com outras categorias estereotipadas. É algo que os faz calar, não reagir e que, socialmente, os imobiliza, como conta o participante a seguir:

> *Eu sinto assim: ah... tuberculose, cuidado viu! Isso pega e tal. Realmente, não é? Tem isso, apesar dos pesares, não é? De ser uma doença, de ter esse tipo de preconceito, mas é assim mesmo. Cada cabeça é um mundo. Eu não olho não. Acho que é um direito que tem de se proteger, não é? [...] Então para mim não muda nada não [...] eu não tenho o que falar não, viu. Acho que é uma coisa que acontece. Que doença a gente não procura, não é? Elas vêm, a doença. (S6, sexo feminino, 41 anos, sem escolaridade, doméstica).*

Os efeitos de sentidos nos dois recortes seguintes remetem ao mecanismo de censura e interdição do doente de TB em seu processo de adoecimento, contextualizado na disciplina do tratamento hospitalar. As mudanças percebidas são relatadas por dois dos sujeitos, conforme transcrito a seguir:

> *[...] 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, não é? Nada fora da linha, tem que cumprir direitinho pra melhorar, se curar, não é? (S2, sexo masculino, 39 anos, ensino fundamental incompleto, pintor).*

> *[...] eu me sinto assim, agora me tratando, doente, mas eu sou conformado com tudo. Eu não espero nada ruim não (S7, sexo masculino, 48 anos, ensino fundamental completo, operador de máquina).*

Acrescenta-se que, no primeiro recorte, o sujeito identifica o discurso biomédico com um discurso autoritário e atribui ao hospital, com suas normas e rotinas, uma espécie de administração de sentidos, na qual não se admite *nada fora da linha*. Já no segundo, o participante expressa sua conformação à posição de doente/paciente.

Um dos critérios de qualidade em serviços de saúde pode ser o incentivo à participação cidadã nas decisões do setor, partindo da compreensão de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e questionando princípios do paradigma biomédico, que se fundamenta em um discurso autoritário[13].

> É importante ressaltar 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[11:86].

Contextualiza-se, pois, a partir dos recortes anteriormente citados, que o hospital funciona como *locutor*, ditando suas regras, e o doente de TB, como *interlocutor*.

Ora, essas questões acerca da *política do silêncio* relacionam-se 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[14], os quais são empregados para sinalizar à coletividade em geral que aquelas

pessoas são socialmente marcadas. Assim, serão feitas as análises sobre o funcionamento desses símbolos no contexto do adoecimento por TB.

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 ser, cada vez mais, profissionalizados e especializados, em busca de um modo de tratamento considerado próprio para tais *desviantes* e adequado a suas peculiaridades e necessidades específicas[15].

Esses aspectos podem ser relacionados ao tratamento diretamente observado (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 à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos. O TDO consiste na supervisão da tomada da medicação, em domicílio, na unidade de saúde, no sistema prisional ou segundo a modalidade compartilhada. Esta última é realizada em duas unidades de saúde, sendo que uma oferece as consultas médicas e a outra, mais próxima à residência do doente, faz o TDO propriamente dito[16].

Nessa modalidade de tratamento, o profissional de enfermagem ocupa o lugar de gestor do cuidado, por sua capacidade de liderança, humanização, vínculo terapêutico e desenvolvimento de ações de educação em saúde relacionadas às vulnerabilidades do doente[17]. Ocorre que, algumas vezes, a percepção do adoecimento por TB possui diferenças interpretativas para o sujeito acometido e para o profissional de saúde. Enquanto o primeiro reclama um cuidado holístico, o último enfatiza o contexto biológico e funcional[18].

Essa modalidade de tratamento tem sido criticada por alguns estudiosos como modo de infantilização do sujeito adoecido.

> Ideias e atitudes acerca do TDO podem expressar maior grau de liberdade sobre a escolha do modo de produzir atos de saúde, mediante projetos terapêuticos singulares, que expressem a intersubjetividade da pessoa em TDO e do profissional de saúde com maior autonomia e autogoverno[17:880].

Na perspectiva discursiva, a indicação da supervisão para todas as pessoas acometidas pela TB, sem analisar o contexto de vida específico do sujeito, parece mais um mecanismo em prol da visibilidade do estigma da TB do que fundamentada em indicações socioclínico-terapêuticas. Basta pensar, comparativamente, na dificuldade de adesão medicamentosa enfrentada por vários idosos que convivem com a polifarmácia.

Além do TDO, em se tratando de outras especificidades que ressaltam a visibilidade do estigma da TB, foram identificados, nos serviços de saúde e meio acadêmico: a utilização de incentivos sociais ao doente de TB (cesta básica, auxílio-transporte etc.); a atribuição de *rótulos* específicos no manejo do processo de adoecimento (*faltosos, caso suspeito*); procedimentos de identificação (*ficha de notificação compulsória, livro de registro de pacientes de tuberculose e acompanhamento do tratamento* — também chamado *livro verde* e, até há pouco tempo, *livro preto* —, *ficha de tratamento supervisionado*, dentre outros) e a excessiva individualização da categoria *desviante* (*ser doente de TB*). Tais procedimentos reforçam as estereotipagens, pela ênfase da homogeneidade intracategorial e heterogeneidade intercategorial[15].

Por fim, tendo tecido análises sobre a estigmatização da TB a partir do enfoque discursivo, reforça-se que "os sentidos e os sujeitos sempre podem ser outros. Todavia nem sempre o são. Depende de como são afetados pela ideologia, de como se inscrevem na história"[11:37]. Fica a expectativa de que o leitor possa contribuir com a desconstrução desses e de outros estigmas a respeito da TB, assim como em outras condições crônicas, a exemplo do câncer, da hanseníase, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e outras do gênero.

Conclusão

Considerando os discursos trabalhados e as condições de produção a eles inerentes, percebe-se que os sujeitos são afetados pela posição discursiva assumida durante tratamento hospitalar, sendo remetidos a um lugar de passividade, devido às formações imaginárias que o significam como um sujeito sem voz, sem direitos reclamados, sofrendo, assim, um processo de apagamento e interdição quanto a sua inscrição em algumas formações discursivas.

Tendo em vista que sentidos e sujeitos se afetam mutuamente, verifica-se que, por ser uma pessoa socialmente desacreditada em razão do estigma, o sujeito adoecido passa a estranhar a si mesmo e suas identidades anteriores, em um processo de subjunção da posição-sujeito paciente/doente/contagioso. A partir daí, identifica-se a necessidade de profissionais e gestores de saúde, principalmente da enfermagem, como gestores do cuidado no TDO, assumirem uma posição atenta e crítica com relação às práticas institucionais reproduzidas e ideologicamente fundamentadas em discursos estigmatizantes. Essa posição contribuirá para a análise e revisão do TDO, dentre outras estratégias de organização das ações em saúde em relação ao doente de TB, sobretudo aqueles em situação de vulnerabilidade. 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 do discurso ainda impregnado do estigma social, o qual reduz as oportunidades de empoderamento da pessoa acometida pela TB como usuário do Sistema Único de Saúde. O fato de os serviços de saúde valerem-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.

Como limitação deste estudo, apresenta-se o fato de não terem sido analisados os discursos de profissionais de saúde em relação ao discurso da pessoa em tratamento hospitalar para a TB, o que produziria uma investigação mais complexa sobre o fenômeno no contexto da inter-relação de cuidado.

Referências

1.Antunes JLF, Waldman EA, Moraes M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. Ciênc saúde coletiva. 2000; 5:367-79.
2.Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Rev Saude Publica. 2007; 41(supl 1):43-9.
3.Villa TCS, Ponce MAZ, Wysocki AD, Andrade RLP, Arakawa T, Scatolin BE et al. Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil. Rev Latino-Am Enfermagem [serial on the Internet]. 2013; 21 (spe):190-98[cited 2014 Aug 26]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700024&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700024.
4.Beraldo AL, Arakawa T, Pinto ESG, Andrade RLP, Wysocki AD, Silva Sobrinho RA et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). Ciênc saúde coletiva. 2012; 17:3079-86.
5.Souza SS, Silva DMGV, Meirelles BHS. Representações sociais sobre a tuberculose. Acta Paul Enferm. 2010; 23(1):23-8.
6.Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TC. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto contexto - enferm. 2007; 16:712-18.
7.Armijos RX, Weigel MM, Qincha M, Ulloa B. The meaning and consequences of tuberculosis for an at risk urban group in Ecuador. Revista Panamericana de Salud Pública. 2008; 23(3):188-97.
8.Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Percepción de los trabajadores de salud de unidades básicas de salud de São Paulo (Brasil) sobre la tuberculosis. Avances en enfermería. 2009; 27 (2):19-24.
9.Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Souza MRG. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014; 22:454-60 [cited in 2014 Aug 26]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300454&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437.
10.Santos I, Caldas CP, Erdmann AL, Gauthier J, Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. Rev enferm UERJ. 2012; 20:9-14.
11.Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 8ª ed. Campinas (SP): Pontes; 2009.
12.Farias SNP, Medeiros CRS, Mauro MYC, Ghelman LG, Araujo EFS. A qualidade de vida de clientes portadores de tuberculose no contexto na Atenção Básica. Rev enferm UERJ. 2013; 21:349-54.
13.Veloso RC, Ferreira MA. Saúde e serviços: relações estabelecidas com os usuários à luz das representações sociais de cidadania. Rev enferm UERJ. 2013; 21:60-5.
14.Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
15.Omote S. Estigma no tempo da inclusão. Rev Bras Ed Esp. 2004; 10:287-308.
16.Grecco R, Oliveira CBB, Silva LMC, Souza KMJ, Santos GP, Palha PF. Tratamento diretamente observado da tuberculose: processos de aprendizagem em uma instituição de ensino superior. Rev enferm UERJ. 2014; 22:77-82.
17.Souza KMJ, Sá LD, Silva LMC, Palha PF. Atuação da enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. Rev esc enferm USP. 2014; 48:874-82.
18.Rêgo LP, Cunha FF, Rodrigues ILA, Nogueira LMV. Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002 – 2012. Rev Baiana Saúde Pública. 2014; 38:738-50.