

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Amanda Alessandra dos Reis

*Adoecer por TB/HIV: os efeitos de sentido a partir da perspectiva  
discursiva de indivíduos coinfectados em um município do interior do  
Estado de São Paulo*

**São Carlos**  
**2016**

AMANDA ALESSANDRA DOS REIS

*Adoecer por TB/HIV: os efeitos de sentido a partir da perspectiva  
discursiva de indivíduos coinfectados em um município no interior do  
Estado de São Paulo*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Simone Teresinha Protti-Zanatta

**Linha de Pesquisa:** Trabalho e gestão em saúde e enfermagem

São Carlos  
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R375a Reis, Amanda Alessandra dos  
Adoecer por TB/HIV : os efeitos de sentido a partir da perspectiva discursiva de indivíduos coinfectados em um município no interior do Estado de São Paulo / Amanda Alessandra dos Reis. -- São Carlos : UFSCar, 2016.  
98 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Atenção primária a saúde. 2. Coinfecção. 3. HIV. 4. Tuberculose. 5. Adoecimento. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Amanda Alessandra dos Reis, realizada em 01/04/2016:

*Simone Teresinha Protti Zanatta*

---

Profa. Dra. Simone Teresinha Protti Zanatta  
UFSCar

*Pedro Fredemir Palha*

---

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha  
USP

*Fernando Mitano*

---

Prof. Dr. Fernando Mitano  
USP

## *Dedicatória*

*Aos meus pais, que nunca mediram esforços  
para que meus sonhos se concretizassem.*

## *Agradecimentos*

*À Deus, por ter sido meu amparo e fortaleza durante toda minha caminhada, em momentos de dificuldade e alegria.*

*Aos meus pais, Amado e Nilsa, e minha amada irmã, Camila, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.*

*Ào meu namorado, Bryan, meu companheiro incondicional e abraço espontâneo e necessário. Obrigada por me fazer sentir tão amada.*

*À minha orientadora, Simone Teresinha Protti-Zanatta, por ter sido esse anjo enviado por Deus em minha vida: em momentos de tantos "não", a única pessoa que me deu um "sim", ensinando-me que todos somos capazes e que precisamos confiar e acreditar na competência das pessoas. Obrigada pela colaboração, paciência e seus conhecimentos repassados desde minha primeira iniciação científica até o momento atual. Obrigada por ser uma grande amiga, pela amizade construída, pelo carinho e por ser esse exemplo de mulher em minha vida. Nunca terei como te agradecer!*

*Aos Prof. Dr. Pedro Fredemir Pasha e Prof. Fernando Mitano por toda dedicação, incentivo, ensinamentos e conselhos durante essa caminhada. Exemplos de docentes, mas principalmente, de seres humanos que embelezam e dão sentido à vida.*

*À Aline e Tatiana, por proporcionarem momentos de muita alegria pela amizade sincera e pelo companheirismo de todos os dias.*

*Ào Centro de Atendimento de Infecções Crônicas (CAIC) e toda a equipe por me acolherem desde minha iniciação científica com tanto carinho, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.*

*Aos participantes do estudo, por partilharem suas histórias e sentimentos e por enriquecerem meu trabalho, ensinando-me valores e lições que guardarei por toda minha vida.*

*A Universidade Federal de São Carlos, em especial, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por tornar possível a realização do mestrado.*

*“Adoro reticências.... Aqueles três pontos intermitentes que insistem em dizer que nada está fechado, que nada acabou, que algo sempre está por vir! A vida se faz assim!*

*Nada pronto, nada definido. Tudo sempre em construção. Tudo ainda por se dizer.... Nascendo.... Brotando...Sublimando....*

*O que seria de nós sem a expectativa de continuação? ”*

*Nilson Furtado*



## Resumo português

Reis, A.A. **Adoecer por TB/HIV: os efeitos de sentido a partir da perspectiva discursiva de indivíduos coinfectados em um município no interior do Estado de São Paulo.** Defesa de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), 2016. 98 f.

Trata-se de um estudo com a abordagem qualitativa, sustentado no referencial teórico metodológico Análise de Discurso de matriz francesa, o qual busca compreender os processos de produção de sentidos na relação da língua com a exterioridade histórica e social do sujeito. O estudo teve como objetivo analisar os sentidos produzidos pelo processo de adoecimento em doentes com TB/HIV. Esta proposta foi desenvolvida com pacientes que perpassam pelo Centro de Atendimento de Infecções Crônicas de um município do interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados dividiu-se em duas etapas: A primeira etapa foi coletada junto a equipe multiprofissional, por meio do Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento de Casos de Tuberculose, ao Sistema de Informação de Notificação de Agravos Nacional (Sinan), do TBWEB, dados sócios demográficos a fim de caracterizar os sujeitos desta investigação. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas individuais com os 06 sujeitos coinfectados TB/HIV, sendo estas semiestruturadas e áudio-gravadas. As transcrições foram organizadas com recurso do software ATLAS.ti 7, o qual facilitou a organização dos dados empíricos. Os resultados desta investigação demonstram que alguns sujeitos na posição de entrevistados e doentes, assumem uma concepção padrão circulante na sociedade, na qual o HIV está intrinsecamente ligado a comportamentos de risco (uso de drogas e relações sexuais sem proteção) que propiciam a infecção por este vírus. Além disso, foi possível observar a importância do vínculo entre o doente e o profissional de saúde, no fortalecimento e continuidade do tratamento. Diante do exposto, há necessidade do fortalecimento das recomendações pelo Ministério da Saúde acerca da co-infecção TB / HIV utilizando-se de estratégias ou ações de saúde voltadas não somente aos doentes e profissionais da saúde, mas também aos familiares e cuidadores desses doentes.

**Palavra-Chave:** Atenção primária a saúde; Coinfecção; HIV; Tuberculose; Adoecimento.

## Abstract

REIS, A.A. Illness TB / HIV: the effects of sense from the perspective of discursive coinfecting individuals in a municipality in the state of São Paulo. Dissertation (Master's) - Program Graduate in Nursing. Federal University of São Carlos, SP. Federal University of São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), 2016. 98 f.

This is a qualitative based study, supported by methodological theoretical framework Speech Analysis of French Matrix, which seeks to understand these production processes in the relation of language to the historical and social externality of the subject. The study aimed to analyze the senses produced by the disease process in patients with TB/HIV. This proposal was developed with patients using the Care Center of Chronic Infections of a city in the São Paulo state. The data collection was divided into two stages: the first stage was collected by the multi-professional team, through the Book of Registration and Monitoring of Tuberculosis Cases Treatment, the National Disease Reporting Information System (Sinan), TBWEB and socio demographic data in order to characterize the subjects of this investigation. In the second stage individual interviews were conducted with 06 TB /HIV co-infected patients; the interviews were semi-structured and audio-recorded. The transcriptions were organized with ATLAS.ti software feature, which facilitated the organization of empirical data. The results of this research demonstrate that some subjects in the interview and patient position assume a standard circulating conception in society, in which HIV is inextricably linked to risky behaviors (drug use and unprotected sex) that propitiate infection by this virus. In addition, it was possible to observe the importance of the link between the patient and the health professional in strengthening and continuity of treatment. Considering the above, there is the need to strengthen the recommendations by the Health Ministry about the co-infection TB /HIV using health strategies or actions not only to patients and health professionals, but also to families and care givers of these patients.

**Key words:** Primary Health Care; coinfection; HIV; Tuberculosis; illness

## RESUMEN

REIS, A.A. Obtención de TB / VIH: los efectos de sentido desde el punto de vista de los individuos coinfectados discursivos en un municipio en el estado de Sao Paulo . Disertación (Master) - Programa de Postgrado em Enfermería. Universidad Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), 2016. 98f.

Trata de un estudio con enfoque cualitativo, con el apoyo del análisis teórico metodológico del Discurso sede francesa, que busca comprender el camino de los procesos de producción en la relación del lenguaje con la externalidad histórica y social del sujeto. El objetivo del estudio fue analizar los significados producidos por el proceso de la enfermedad en pacientes con TB / VIH. Esta propuesta fue desarrollada con los pacientes que utilizan la infección del Centro de Atención Crónicas de una ciudad en el interior de Sao Paulo. La recolección de datos se divide en dos etapas: La primera etapa se recogió junto con un equipo multidisciplinario a través do Livro Registro y Control de la Tuberculosis casos el tratamiento, el Sistema de Notificación de Enfermedades de Información Nacional (Sinan), la ede TBWEB datos socio demográficos con el fin de caracterizar los sujetos de esta investigación. En la segunda etapa de entrevistas individuales se llevaron a cabo con 06 pacientes coinfectados TB / VIH, y estos semi-estructuradas y grabadas en audio. Las transcripciones fueron organizadas con función de software ATLAS.ti 7, lo que facilitó la organización de los datos empíricos. Los resultados de esta investigación muestran que algunos individuos en la posición de los encuestados y los pacientes asumen un diseño padrão circulante en la sociedad, en la que el VIH está inextricablemente ligada a conductas de riesgo (consumo de drogas y sexo sin protección) que conducen a la infección por este virus. Además, se observó la importancia de la relación entre el paciente y el profesional de la salud en el fortalecimiento y la continuidad de la atención. Teniendo en cuenta lo anterior, existe la necesidad de fortalecer las recomendaciones del Ministerio de Salud sobre Daco-TB / VIH utilizando estrategias o acciones no sólo para los pacientes y los profesionales de la salud, sino también a las familias y los cuidadores de los pacientes de salud.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; coinfección ; VIH ; la tuberculosis ; enfermedad

## Lista de siglas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BK	Bacilo de Koch
CAIC	Centro de Atendimento de Infecções Crônicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CEME	Centro Municipal de Especialidades
DOTS Observado)	Direct Observed Treatment Shortcourse (Tratamento Diretamente Observado)
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>3. OBJETIVO.....</b>	<b>22</b>
<b>4. ANÁLISE DE DISCURSO: BASES CONCEITUAIS .....</b>	<b>24</b>
<b>5. MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>30</b>
5.1. Delineamento da Pesquisa .....	31
5.2. Cenário da Investigação .....	31
5.3. Participantes do Estudo.....	34
5.4. Coleta de Dados .....	35
5.5. Dispositivo de Análise .....	35
5.6. Aspectos Éticos da Pesquisa .....	36
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>38</b>
6.1. Descrição dos Dados Sócio Demográficos .....	39
6.2. Condições de Produção relacionadas à assistência ao doente de TB/HIV no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas “Ana Cláudia Lucato Cianflone”.....	39
6.3. Condições de Produção dos doentes coinfectados por TB/HIV .....	43
6.3.1. Sujeito 1 (S1) .....	43
6.3.2. Sujeito 2 (S2) .....	45
6.3.3. Sujeito 3 (S3) .....	47
6.3.4. Sujeito 4 (S4) .....	48
6.3.5. Sujeito 5 (S5) .....	50
6.3.6. Sujeito 6 (S6) .....	52
6.4. Análise dos fragmentos .....	54
6.4.1. Tuberculose e HIV: Sentidos circulantes .....	54
6.4.2. O vínculo profissional-usuário na continuidade do tratamento .....	65

6.4.3. Condicionantes que influenciam no processo de adoecimento .....	72
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
8. REFERÊNCIAS .....	82
9. APÊNDICES E ANEXOS .....	90
7.1 Apêndice A: Questões Norteadoras .....	91
7.2. Apêndice B: Ficha de características sócio demográficas e histórico de tratamento .....	92
7.3. Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	93
7.4. Anexo A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar	95
7.5. Anexo B: Parecer Prefeitura Municipal de São Carlos/SP .....	98

## **Apresentação**

Considerando que na Análise de Discurso há uma constituição de indivíduos em sujeitos, e os efeitos de sentidos produzidos refletem de uma ideologia determinada dependendo da posição no qual este sujeito está inserido, demonstrarei neste espaço as motivações que me levaram a desenvolver este estudo.

Graduei em 2013 no curso de Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. Perpassei por todos os níveis de atenção à saúde neste município, porém nenhum havia me perturbado tanto quanto o serviço de atendimento aos doentes de moléstias infecciosas no Centro Municipal de Especialidades de São Carlos. Hoje este atendimento é realizado em outro espaço físico denominado Centro de Atendimento de Infecções Crônicas “Ana Cláudia Lucato Cianflone”.

Em um primeiro momento, fiquei em estado de “choque” ao presenciar alguns indivíduos tão acometidos e debilitados por doenças como a tuberculose e o HIV. Em meu imaginário naquela época, considerava que não havia tantos casos de TB no município de São Carlos assim como no Brasil. Durante o estágio assim como durante minha vivência durante um projeto de extensão no CEME, observei que estes sujeitos ficavam expostos dentro desta instituição, pois os pacientes vinculados a outras especialidades assim como alguns profissionais desta instituição lançavam um “olhar de piedade” o que deixavam muitos destes doentes incomodados.

Além disso, estes indivíduos vinham a este local não somente para as consultas de rotina, mas principalmente em busca de atenção, carinho e apoio para superar as dificuldades encontradas durante o tratamento como também relacionadas ao aspecto social e emocional principalmente como os pacientes de tuberculose. Desta forma, motivada por este cenário, realizei minha iniciação voltada para a percepção dos doentes de tuberculose em relação à doença.

Durante a realização desta pesquisa, comecei a observar que muito sujeitos estavam abandonando não somente o tratamento para tuberculose, mas como também havia doentes que não davam prosseguimento para o tratamento de tuberculose e HIV tendo iniciado tratamentos anteriores e nunca obtido cura como também faltavam as consultas. Quando a equipe do CAIC entrava em contato com estes pacientes, informavam que o número de telefone pertencia a outra pessoa ou simplesmente não atendiam ao telefone. Quando ligávamos de um telefone móvel para observar se a pessoa responderia a mesma coisa, o doente revelava sua verdadeira identidade.

Essa situação me incomodou muito e começaram a surgir questionamentos “Por que esses sujeitos não conseguem concluir o tratamento? ”, “ Por que eles se recusam a atender aos telefonemas ou quando atendem não se identificam? ”. Dessa forma, decidimos no mestrado desenvolver a pesquisa com o intuito de esclarecer alguns destes questionamentos e que este estudo possa contribuir para uma melhor assistência de saúde a estes indivíduos.



*Introdução*

---

A tuberculose (TB) é uma das doenças que causa grande morbidade e mortalidade em todo mundo, principalmente em países em desenvolvimento como Brasil (FILHO et al, 2012; RODRIGUES et al, 2012). Além disso, continua sendo conhecida como um problema de saúde pública em escala mundial, principalmente nos 22 países mais afetados, cujo contribuem com 80% de casos por esta doença (PERUHYPE et al, 2014; PRADO et al, 2014; WHO, 2015). As estimativas da Organização Mundial de Saúde (WHO) para o ano de 2014 demonstra que ocorreram no mundo 9,6 milhões de casos novos de TB, principalmente em bolsões de pobreza como regiões do continente africano (28%) e asiático (58%) e em menores percentuais no continente europeu, américas e regiões do mediterrâneo oriental (WHO, 2015).

Esta afecção é considerada atualmente como uma “calamidade negligenciada” e ainda não solucionada no século XXI. (GUIMARÃES et al, 2012). Até meados de 1980, a TB era uma doença que esteve sob controle em países desenvolvidos, porém com o advento da epidemia de HIV/Aids, houve um recrudescimento do número de casos (LIRIO et al, 2015). Este cenário modificou o percurso epidemiológico dessas afecções, tornando o controle e o tratamento mais complexo, pois o indivíduo acometido por esta coinfeção não possui uma boa expectativa de vida (RODRIGUES et al, 2012).

Além do HIV/Aids, fatores sociodemográficos e de acesso e uso de serviços de saúde contribuem para o desenvolvimento desta doença, como por exemplo, posição econômica desfavorável, dependência química, barreiras de acesso as instituições de saúde e entre outras (PINHEIRO et al, 2013).

Até ao final de 2012, o número total de portadores de HIV no mundo era de 34 milhões de pessoas, sendo 2, 5 milhões de casos novos diagnosticados e com ocorrência de 1, 7 milhões de mortes para este período (NUNES et al, 2015). No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, desde o início da epidemia até junho de 2015, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) um total de 615.022 casos de Aids. Além disso, verifica-se que a epidemia do HIV/Aids no Brasil encontra-se concentrada em populações em situação de maior risco e vulnerabilidade, como homossexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e transexuais, indivíduos que utilizam drogas e profissionais do sexo. Ainda se reitera o fato de que o crescimento de números de casos em jovens na faixa

etária de 15 a 24 anos e a necessidade de ações para este segmento (BRASIL, 2015 a).

A infecção pelo HIV aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de TB ativa. Assim, um indivíduo infectado pelo HIV é 25 vezes mais susceptível a esta doença em relação aos não infectados e o risco de morte em pacientes coinfetados pelo HIV e pelo *Mycobacterium tuberculosis* é duas vezes maior que em paciente soropositivo para este vírus sem tuberculose (NEVES et al, 2012; FILHO et al, 2012). Essa associação acontece de forma cooperativa, interativa e recíproca com impacto significativo no curso das duas patologias (NEVES et al, 2012). Ademais, a coinfeção TB/HIV acarreta grande sofrimento para tais indivíduos, pois o cotidiano é afetado de maneira drástica por essas afecções levando-os ao afastamento do emprego, do convívio social e familiar (NEVES et al, 2012; LEMOS et al, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012 b) do total de 136.692 óbitos que tiveram a Aids como causa definidora no período de 2002 a 2011, 14, 3% esteve associada a esta doença. No Estado de São Paulo, a taxa de coinfeção em 2011, dos 19.550 casos notificados para TB, 2.339 apresentaram resultado positivo para o HIV (TBWEB). Em São Carlos, no período de 2008 a 2012, ocorreram 325 casos de tuberculose, sendo destes 58 casos positivos para o HIV, com desfecho: 27 indivíduos obtiveram a cura, 12 óbitos sendo destes (5 por tuberculose como causa básica), 12 indivíduos abandonaram o tratamento e 7 ignorados (LIVRO DE ACOMPANHAMENTO e TBWEB).

Devido às dificuldades na organização das ações de controle destas afecções, como por exemplo, programas distintos desarticulados, os desafios das políticas públicas no Brasil são de facilitar a adesão ao tratamento da coinfeção HIV/TB, promover informações clínicas e oferecer assistência integral ao paciente (GUIMARÃES et al, 2012; FILHO et al, 2012).

O adoecimento pela coinfeção TB/HIV é um processo fisiopatológico como também subjetivo arraigado por saberes, discursos e práticas formados histórico culturalmente na coletividade e sustentados por formulações feitas e esquecidas – o interdiscurso - (sobre doença e o doente) que afeta o modo como o sujeito interpreta sua experiência e (re) significa (SOUZA, 2012).

Souza et al (2014) em seu estudo sobre o significado do adoecer para a criança com câncer relata que o adoecimento acarreta ao indivíduo enfermo um desequilíbrio a própria existência, uma vez que este passa de agente ativo para passivo em relação a aspectos e decisões de sua vida. Apesar deste conceito ser visto como um acontecimento comum no decorrer da vida, este não pode ser considerado um fato simplório, pois envolve fatores tanto de ordem psicobiológico como sociocultural (SOUZA, 2012).

O sujeito adoecido nesta perspectiva é considerado como um porta voz de um conjunto de representações sociais que são atravessados por questões religiosas, culturais e entre outras que repercutem na construção da subjetividade deste indivíduo e no seu processo ressignificação dos conceitos saúde e doença (DANTAS et al, 2015).

Além disso, esse processo implica na interação entre quem cuida e de quem é cuidado (MICHEL et al, 2015). Essa correlação caracteriza-se de acordo com os modos específicos de produção de cuidado e os sentidos no processo saúde- doença se organizam e interagem nos contextos históricos sociais, sofrendo suas influências ao mesmo tempo em que produzem efeitos sobre eles (SOUZA, 2012).

Nesta perspectiva, irão ser formados diferentes modos de produção de sentidos e interpretações sobre o adoecer, e dependerá de como os sujeitos enfrentam, lidam ou respondem ao acometimento pela doença em seu meio social (CECCON; MENEGHEL, 2012; SOUZA, 2012). Deve-se considerar os contextos particulares onde esse processo ocorre, pois, cada indivíduo possui sua singularidade e arquivo histórico próprio de vivenciar este fenômeno, como um ser relacional, criador de cultura, em um processo de construção da autoconsciência e da própria identidade (SOUZA, 2012).

De acordo com Peres e Almeida- Filho (2005) é preciso uma reformulação entre “as palavras e as coisas” e no caso do campo da saúde, no qual há o predomínio do modelo biomédico, é necessária uma leitura dos múltiplos sentidos do adoecimento, no qual o sintoma (significante) não tenha como referente único o aspecto biológico (significado), mas uma teia de significados culturalmente compartilhados, ou seja, ideologicamente compartilhados.

Desta forma, este estudo utilizará o referencial teórico metodológico da Análise de Discurso, doravante (AD), de matriz francesa, para se compreender melhor os sentidos produzidos sobre o processo adoecer vivenciado pelos sujeitos acometidos pelo TB e HIV. Espera-se que o estudo possa subsidiar a criação de novas estratégias e intervenções para uma melhor assistência de saúde ao doente coinfestado, tanto no âmbito da atenção primária quanto na atenção secundária e terciária na cidade de São Carlos. Assim, diante do exposto, o estudo é norteado pela seguinte questão: Como a coinfeção TB/HIV (re) significa o processo de adoecimento?

*Objetivo*

---

## **Objetivo Geral**

- Analisar os sentidos produzidos pelo processo de adoecimento em doentes com TB/HIV.

*Análise de Discurso: Bases conceituais*

---



O presente estudo se sustentará nos postulados teóricos e metodológicos da AD. Considerada como uma região transdisciplinar, possui como base três domínios disciplinares: a Linguística, onde a linguagem não é transparente, neutra ou inocente, mas um lugar da manifestação ou confronto ideológico; o Materialismo Histórico, no qual o simbólico afeta o real da história e juntamente com a linguagem produz sentidos; e por fim, a Psicanálise, onde o homem é deslocado de indivíduo para sujeito da ideologia e do inconsciente (BRANDÃO, 2004; ORLANDI, 2003).

Na AD, o objeto de estudo é o discurso entendido como efeito de sentidos entre interlocutores, que ocupam posições determinadas em certa conjuntura dada e em certas condições de produção (ORLANDI, 2003). Este autor ainda ressalta os sentidos são afetados pela língua e pela história, sendo a materialidade específica da ideologia o discurso e a materialidade específica discurso a língua.

Diferentemente do esquema fundamental da comunicação, cujo um indivíduo pronuncia alguma informação (referente) baseando-se em um código e outra pessoa o recebe, decodificando-o, na AD não há a ocorrência desse sistema ordenado. É um processo de (des) constituição de sujeitos e dos sentidos, desencadeando em efeitos que podem ser diversos, sendo estes governados pelas formações ideológicas que os regem. (ORLANDI, p. 21, 2003; BRANDÃO, 2004, p. 47).

Assim, a língua funciona ideologicamente e todo esse processo depende das condições de produção que também serão responsáveis pela produção dos efeitos de sentidos (ORLANDI, 2003; 2012). Segundo Orlandi (2003, p.30) estas (condições de produção) consistem, na essência, os sujeitos e a situação e podem ser decompostas em duas linhas: condições de produção em sentido estrito e condições de produção em sentido amplo. Em sentido estrito compreendem o contexto imediato no qual cada sujeito está inscrito. Por exemplo, as circunstâncias no momento de realização de entrevistas com os doentes de TB/HIV, os sujeitos envolvidos nesse cenário e entre outras. Já no sentido amplo, inclui o contexto sócio histórico e ideológico existente. Lembrando que a memória discursiva (aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente) participa da produção do discurso e dos sentidos (ORLANDI, 2003).

Prosseguindo, destaca-se nesta perspectiva também a noção de marca lingüística que são unidades que compõe o discurso em seu sentido ideológico e que aparecem repetidamente nos enunciados de certo contexto fadado de significado particular (CAMINHAS; MAIA; 2012).

A memória discursiva refere-se ao interdiscurso enquanto dito em algum lugar e desta forma não se trata de uma memória psicológica, e sim uma memória que considera o enunciado registrado na história (BRANDÃO, 2004). Este conceito irá separar e eleger dentre os elementos constituídos em uma dada conjuntura aquilo que foi esquecido em outro contexto, o que pode aflorar e ser atualizado, excluindo ou não aquilo que pode ser trazido no intradiscurso (BRANDÃO, 2004).

Outros conceitos a serem mobilizados para estudo serão o interdiscurso e intradiscurso. O primeiro é considerado como memória discursiva enquanto arquivo já dito, ou seja, um agrupamento de formulações feitas por sujeitos específicos e já esquecidas, impregnadas de sentidos que não sabemos como se instituíram, mas que nos afetam e que determinam o que dizemos (ORLANDI, 2003). Já o segundo, intradiscurso, é a formulação daquilo do que estamos dizendo, em um momento e condições específicos. Pêcheux (2014, p. 153) ainda reforça essa concepção:

“...intradiscurso, isto é, o funcionamento do discurso com relação a si mesmo (o que eu digo agora, com relação ao que eu disse antes e ao que eu direi depois; portanto, o conjunto dos fenômenos de “co-referência” que garantem aquilo que se pode chamar o “fio do discurso”, enquanto discurso de um sujeito).”

Considerando o funcionamento do dizível (interdiscurso) é preciso discutir os conceitos de paráfrase e polissemia. Brandão (2004, p.48) define paráfrase como “*um espaço em que enunciados são retomados e reformulados em um esforço constante de fechamento de fronteiras em busca da preservação de identidade.*” Ou seja, são produzidas diferentes formulações de um mesmo dizer sedimentado, retornando aos mesmo espaços de dizer (ORLANDI, 2003). Já a polissemia caminha na contramão deste conceito

citado acima, já que rompe estes limites estabelecidos na paráfrase de uma formação discursiva (BRANDÃO, 2004).

Neste emaranhado de concepções, destacamos a importância dos dois tipos *esquecimentos* descritos por PÊCHEUX (2014). O *esquecimento número 2* é considerado um esquecimento parcial e semiconsciente, já que o sujeito elege dentro de uma formação discursiva que o domina, sequências discursivas que são enunciadas de uma maneira e que acreditamos que não poderia ser dita de outra forma. Mas ao longo de nosso dizer são formadas famílias parafrásticas descritas acima, que nos indicam que a maneira de dizer poderia ser outro (ORLANDI, 2003; PÊCHEUX 2014). Por outro lado, o *esquecimento número 1* é da ordem do inconsciente, pois através deste temos a ilusão de ser o primórdio do que enunciamos, porém na realidade retomamos sentidos pré-existentes, cujo são determinados pelo modo no qual nos inscrevemos na língua e na história. Estes conceitos são parte essencial na constituição do sujeito e dos sentidos (ORLANDI, 2003).

Cabe-nos também apresentar ainda dois conceitos que são essências para a AD: formação discursiva e ideológica. Haroche et al 1971 destaca:

“... cada formação ideológica constitui assim um conjunto complexo de atitudes e de representações que não são nem “individuais” nem “universais”, mas se relacionam mais ou menos diretamente a posições de classe em conflito umas em relação às outras.”

Isto é, as palavras ou expressões irão adquirir diferentes sentidos que serão determinados pelas posições ideológicas que os sujeitos que as empregam ocupam em uma conjuntura determinada (ORLANDI, 2003; PÊCHEUX, 2014). Completando essa explanação, Orlandi (2007, p.20) define formação discursiva como “*diferentes formulações de enunciados que se reúnem em pontos do dizer, em regiões historicamente determinadas de relações de forças e de sentidos.*” Ou seja, é a determinação do que pode e deve ser dito, a partir de uma conjuntura sócio histórica dada (ORLANDI, 2003; PÊCHEUX, 2014). Dentro de uma formação ideológica pode haver uma ou mais formações discursivas interligadas, pois estas últimas representam “na

linguagem” as formações ideológicas que lhes representam (BRANDÃO, 2004; PÊCHEUX, 2014).

Ainda outro aspecto a ser mobilizado nesta rede de conceitos, é o silêncio. Orlandi (2007) ressalta que este é o espaço pelo qual o sujeito possa se significar, indicando que o sentido sempre pode ser outro e que muitas coisas ditas são de extrema importância para constituição deste sujeito, ou seja, o silêncio é fundador.

Na perspectiva discursiva o sujeito é considerado assujeitado ou sujeito do inconsciente, pois este é submetido livremente à língua e a história, ou seja, ao mesmo tempo em que é livre e também subordinado: este pode tudo dizer, tanto que se submeta a língua para sabê-la (ORLANDI, 2003). Este possui a ilusão de estar criando palavras/ discurso ou que possui controle do que diz, porém, os seus dizeres já existem, foram ditos em algum lugar e momento. Isto é, este sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia (ORLANDI, 2003; PÊCHEUX, 2014). Pêcheux (2014, p. 147) descreve ainda que:

“... diremos que os indivíduos são “interpelados em sujeito-falantes (em sujeitos de seu discurso) pelas formações discursivas que representam “na linguagem” as formações ideológicas que lhes correspondentes.”

Outrossim, o sujeito da AD constrói sua identidade na interação com o Outro, pois seus dizeres são recortes das representações de um tempo histórico e de um espaço social. Dessa forma esse sujeito situa o seu discurso em relação aos discursos do Outro que é considerado um espaço estranho de onde advém todo o discurso: posições sociais, lugar da família e etc. (BRANDÃO, 2004).

Já que este sujeito é assujeitado pelo inconsciente e pela ideologia, resta-nos explicar esta última devido à grande relevância que implica na análise de discurso. Orlandi (2003) destaca que a ideologia enquanto prática significativa é o efeito da relação necessária com a língua e com a história para que se obtenha o sentido, isto é, esta se produz em um ponto de encontro da

materialidade da língua com a materialidade da história (ORLANDI, 2004; 2007).

Além disso, Gregolin (2006) destaca que a ideologia tem papel fundamental no projeto teórico, pois dela advém a definição de ciência: ela é o *outro* da ciência como também uma relação imaginária que os homens mantêm com suas condições reais de existência e por fim, solidificadora das relações sociais.

## *Materiais e Método*

---

## I. Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, avaliativa e delineamento descritivo. A pesquisa qualitativa é considerada multimetodológica sob o ponto de vista do foco e busca interpretar e compreender as coisas, as relações e entre outros aspectos em seu ambiente ou cenário, com o intuito de dar sentido ou analisar fenômenos na disposição das significações que cada sujeito alega (TURATO, 2003).

Ademais, pesquisadores como Sampieri (2013) e Gil (2002) defendem que este tipo de estudo possui como característica principal, a busca pela “dispersão ou expansão” dos dados e da informação, onde a reflexão é a ponte que une o pesquisador e os participantes. Ou seja, procura descrever, compreender e interpretar os fenômenos, por meio das percepções e dos significados produzidos pelas experiências dos participantes (SAMPIERI, 2013).

O delineamento descritivo neste tipo de abordagem, busca descrever fenômenos ou estabelecer relação entre as variáveis de acordo com o objetivo proposto pela pesquisa (BRASILEIRO; SILVA, 2011).

## II. Cenário de Investigação

São Carlos é uma cidade do interior de São Paulo habitada por uma população estimada para o ano de 2015 de 221. 950 habitantes, sendo a 13<sup>a</sup> cidade maior do estado em números de residentes (BRASIL, 2015). É um importante centro regional industrial com economia fundamentada em atividades industriais e na agropecuária (cana de açúcar, por exemplo). O município é dotado por vários sistemas rodoviário e ferroviário e conta com unidades de produção de algumas empresas multinacionais, como Electrolux, Faber-Castell, Volkswagen e Tecumseh.

No campo da pesquisa, estão presentes no município dois centros de desenvolvimento técnico da Embrapa, dois campi da Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e o Instituto Federal de São Paulo (IFSP), além de outro campi de ensino superior

particular, o Centro Universitário Central Paulista (UNICEP). Estas instituições tornam intensa a atividade universitária no município, que conta com uma população flutuante de mais de vinte mil graduandos e pós-graduandos, boa parte atraída de outras cidades e estados.

A rede de saúde é constituída por 15 unidades de saúde da família, 14 unidades básicas de saúde, 3 unidades de pronto atendimento (UPA), 2 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS AD e CAPS Mental), 3 hospitais (Santa Casa de Misericórdia, Hospital Escola Municipal e Casa de Saúde), 1 Ambulatório de Oncologia, 1 Centro de Atendimento de Infecções Crônicas, vigilância epidemiológica e sanitária e outras ramificações.

Dentre essas especialidades há o ambulatório de infectologia, no qual é realizado o atendimento indivíduos acometidos pelas seguintes moléstias: HIV/Aids, hepatites virais, sífilis, tuberculose e hanseníase. O presente projeto se desenvolveu no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas “Ana Cláudia Lucato Cianflone.

No ano de 2013, este município apresentou 58 casos novos de tuberculose sendo 7 casos novos HIV positivo (SÃO PAULO, 2012). De janeiro de 2014 a junho de 2015, 11 doentes coinfetados por TB/HIV estavam sendo atendidos nesta instituição, sendo 3 institucionalizados, 3 óbitos não TB e 5 em tratamento ambulatorial, sendo 1 obteve mudança de diagnóstico. (LIVRO DE ACOMPANHAMENTO e TBWEB).

Lembrando que os casos tanto de TB quando de HIV, são notificados no Sistema de Notificação de Agravos (Sinan) e particularmente, os doentes de TB são cadastrados no sistema TBWEB cujo sistema em tempo real é utilizado somente no Estado de São Paulo, com o intuito de manter um registro único por paciente e todo seu histórico de tratamento (SÃO PAULO, 2008).

O ambulatório, sob a ótica do cuidado ao doente de TB, funciona sob sistema de referência e contra referência e desenvolve ações de investigação de sintomáticos respiratórios, consulta médica, pós consulta de enfermagem, solicitação de exames para diagnóstico e controle da doença, educação em saúde, rastreamento e controle dos comunicantes, encaminhamento da medicação supervisionada às unidades da atenção primária de saúde, com acompanhamento do doente, teste tuberculínico, Raio X e baciloscopia. Essa



instituição é responsável pelo atendimento das cidades de Dourado, Ibaté e Ribeirão Bonito.

Já o cuidado ao paciente com HIV, funciona por demanda espontânea e também pelo sistema de referência e contra referência. Desenvolve atividades como notificação de novos casos, consultas médicas, solicitação de medicamentos e exames, pós consulta de enfermagem, orientações quanto às doenças e medicações, administração de vacinas e medicamentos injetáveis, como realização de teste rápido para HIV. Esse programa atende as cidades de Água Vermelha, Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Santa Eudóxia e São Carlos.

A assistência ao doente coinfestado por TB/HIV ocorre de forma centralizada, sendo o Centro de Atendimento de Infecções Crônicas responsável pelo controle dos casos, como também o encaminhamento para unidades básicas de saúde para a realização do todo tratamento.

A posição sujeito doente quando perpassa neste serviço realiza dois caminhos de atendimento: um para o tratamento para o HIV e outra para o tratamento de TB, pois existem os médicos que atendem os indivíduos com HIV e outros que atendem os doentes de TB.

Para o cuidado à TB, o doente necessita realizar consulta mensais até completar seis meses de tratamento ou até quando necessitar para erradicação da doença, além de realizar todo mês a baciloscopia de controle. Além disso, os profissionais desta unidade encaminham para a unidade de saúde mais próxima ao domicílio deste sujeito, seja da família ou básica, para a administração de medicamento de forma supervisionada, isto é, tratamento diretamente observado (TDO) dependendo de qual fase de tratamento o doente se encontra.

Na perspectiva do cuidado ao HIV, o sujeito doente passa por consultas médicas de 2 a 4 meses, dependendo de cada caso, para avaliação integral e entrega de medicamentos. Seja na consulta médica ou na pós consulta de enfermagem, podem ser solicitados exames para controle e avaliação da saúde do doente. Também são agendados exames, como PCR e CD4++, de 04 em 04 meses e administradas vacinas como hepatite B e pneumo 23, que contribui para o fortalecimento da saúde do sujeito.

O sujeito doente coinfectado recebe assistência de profissionais de uma equipe multidisciplinar que inclui médicos, enfermeiras, psicóloga, assistente social e técnicas de enfermagem.

### **III. Participantes do estudo**

Participaram do estudo 6 sujeitos doentes coinfectados com TB e HIV que estavam em tratamento ambulatorial para ambas as moléstias. Foram os critérios de inclusão para participação de o estudo ser portador de TB/HIV, estar em tratamento a mais de 01 mês no ambulatório de infectologia e ser adulto (maior de 18 anos).

### **IV. Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a julho de 2015 e foi dividida em duas etapas:

Na primeira etapa foram coletados junto à equipe multiprofissional; ao Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de TB; ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e TBWEB, os dados sócios demográficos (idade, sexo, procedência, escolaridade, estado civil, renda e ocupação) e o histórico de tratamento de tuberculose (se fez tratamento anterior para TB e informações sobre a conclusão do mesmo) a fim de caracterizar o perfil dos sujeitos participantes e compor as condições de produção pertencentes a cada um destes.

Na segunda etapa foram realizadas entrevistas individuais com sujeitos doentes coinfectados. Para a coleta de dados usou-se um roteiro de entrevista semiestruturada. Todas as entrevistas foram gravadas por um gravador digital. Optou-se por este tipo de entrevista (entrevista semiestruturada), pois segundo Minayo (2004), esta permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Ressalta-se que a abordagem a estes sujeitos ocorreram antes ou após as consultas de acompanhamento do tratamento destas afecções, pois segundo a

equipe desta instituição, alguns doentes não haviam revelado a família o diagnóstico de HIV preservando assim a identidade de cada um.

As entrevistas foram realizadas no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas, em locais que pudessem ser garantidos o sigilo das informações fornecidas pelos participantes do estudo.

As condições de produção (estrita e ampla) serão discutidas no momento das análises de cada indivíduo, ou seja, serão consideradas para cada sujeito participante da pesquisa, levando-se em conta os aspectos inerentes a cada local da entrevista. Sendo assim, neste serviço serão consideradas as características tais como: local da entrevista, circulação de pacientes, profissionais de saúde neste local e presença de familiares.

Após a transcrição os dados foram organizados com recurso *software* ATLAS.ti 7, o qual facilitou a organização dos dados empíricos. Cabe ressaltar que este software não interferiu na escolha de sequências discursivas de referencia bem como na interpretação.

Ressaltamos que foi realizada uma entrevista piloto para avaliar a pertinência das questões norteadoras (Apêndice A). Durante a entrevista, e após a transcrição e análise da mesma, identificou-se a necessidade de se realizar algumas modificações no roteiro da entrevista, como também uma mudança de postura da pesquisadora neste momento. Esta entrevista piloto foi incluída na amostra, pois alcançou o objetivo proposto.

## **V. Dispositivo de Análise**

A análise dos dados se inicia com a própria organização do *corpus*, articulado à pergunta (objetivo) que o analista busca problematizar. -A análise dos dados seguiu etapas propostas por Orlandi (2003). Na primeira etapa, foi realizada a *passagem da superfície linguística para o discurso*, ou seja, trabalhado a materialidade linguístico-histórica, buscando analisar o que se diz, como se diz, quem diz e em que circunstâncias (condições de produção amplas e estritas. Embasado nesta teoria, procuramos neste primeiro momento desfazer os efeitos do *esquecimento número 2* (aquilo que só pode ser dito de daquela maneira), buscando rupturas, pista, vestígios e indícios, construindo desta forma um objeto discursivo, onde possa ser analisado o que é dito neste

ou em outros discursos, em outras condições, afetados por diferentes memórias discursivas (ORLANDI, 2003).

Em um segundo momento (segunda etapa), foi realizada *passagem do objeto discursivo para a formação discursiva*, dedicando-se a análise do processo discursivo, trabalhando-se com dispositivos de interpretação, como a paráfrase (o dizer a mesma coisa em outras palavras), metáfora (deslizamento de sentido), a relação do dizer e não dizer, formações discursivas, interdiscurso e entre outras (ORLANDI, 2003). Nesta fase, há a preparação do analista com intuito de que este observe as configurações de formações discursivas que estão dominando a prática discursiva em questão (ORLANDI, 2003).

Ao final, na terceira etapa ocorre *a passagem do objeto discursivo para a formação ideológica*, onde a analista irá relacionar as formações discursivas com as formações ideológicas, alcançando os processos discursivos e ainda, os efeitos de sentido (discurso) produzidos nesta materialidade simbólica (ORLANDI, 2003).

## **VI. Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos e aprovada em 06 de novembro de 2014, com o número de protocolo 860.668 (Anexo A). A Secretaria de Saúde deste município aprovou e apoiou a realização deste estudo (Anexo B).

Cada participante no momento da entrevista recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), no qual constava o objetivo de estudo, como a garantia do anonimato, privacidade e sigilo das informações fornecidas para este estudo e a asseguarção a estes sujeitos a desvinculação da pesquisa momento em que desejarem ou julgar necessário, obedecendo aos aspectos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Na apresentação das condições de produção e nos recortes discursivos, utilizou-se o código S para designar os sujeitos do estudo, enumerados de 1 a 6.

---

## *Resultados e Discussão*

---

## **1. Descrição dos Dados Sócios Demográficos**

Dos 6 pacientes entrevistados 5 eram do sexo masculino e 1 do sexo feminino. A idade mediana dos participantes deste estudo foi de aproximadamente 40 anos, partindo dos 35 aos 52 anos. Na categoria “estado civil”, 4 doentes relataram serem “solteiros” e 2 sujeitos em união estável.

Em relação à situação empregatícia, 3 entrevistados estavam desempregados; 1 aposentado; 1 estudante de doutorado, 1 beneficiário do INSS. Quanto à renda mensal familiar, 1 dos participantes recusou-se a fornecer a informação; 1 não possuía renda por viver em situação de rua; 1 possuía 1 salário mínimo para sustento de toda família (R\$ 788,00); 2 sujeitos possuíam uma renda de dois salários mínimos aproximadamente ( $\approx$  R\$ 1.576,00); e 1 tinha a renda mensal familiar de 3 salários mínimos aproximadamente ( $\approx$  R\$2.364,00).

Quanto ao “Grau de Escolaridade” 2 sujeitos doentes possuíam de 0 - 3 anos de estudo, sendo um destes analfabeto; 2 apresentavam 06 a 08 anos de estudo; e finalmente, 2 possuíam 12 anos ou mais de estudo.

A maioria dos entrevistados, 3 relataram ter o HIV há mais de 10 anos; 2 sujeitos de 06 meses a 2 anos de convivência; e 1 indivíduo vivia com o vírus há 8 anos.

Considerando a recorrência de TB, 3 casos eram novos 2 retratamentos após abandono e 1 recidiva. Sinaliza-se que todos os doentes entrevistados realizavam TDO em unidades de saúde, tanto básicas quanto da família. A maioria dos sujeitos (5) estavam em fase de manutenção enquanto 1 estava em fase de ataque.

## **2. Condições de Produção relacionadas à assistência ao sujeito coinfectedado de TB/HIV no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas “Ana Cláudia Lucato Cianflone”.**

Anteriormente o atendimento aos doentes coinfectedados de TB/HIV assim como outras moléstias infecciosas<sup>1</sup> era realizado no Centro Municipal de Especialidades (ambulatório de referência em 24 especialidades em saúde da cidade de São Carlos e microrregião). Em outubro de 2014, a assistência a

estes pacientes passou a ser ofertada em um espaço físico próprio localizado no centro da cidade de São Carlos, proporcionando a estes sujeitos mais conforto, sigilo e privacidade quanto sua identidade e doença.

Os doentes tanto de TB quanto de HIV advêm da atenção primária quanto da secundária e terciária. As unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família têm autonomia para solicitar o exame de baciloscopia de escarro caso ocorra a suspeita de TB. Confirmado o diagnóstico, este indivíduo é encaminhado para o ambulatório de referência, no caso, no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas.

Atualmente, em todos os níveis de atenção à saúde neste município é realizada a testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais desde que haja um profissional capacitado dentro de cada unidade de saúde para o desenvolvimento de tal atividade. Essas capacitações são oferecidas a cada 2 meses no ano e podem participar profissionais com ensino superior completo na área de saúde. Além disso, é aberta a participação para os trabalhadores de saúde, tanto das instituições públicas quanto das privadas. Quando confirmados os casos positivos para alguma afecção citada acima, esses doentes são encaminhados para o CAIC para acompanhamento médico, de enfermagem, psicológico e assistência social. No ambulatório de referência também é realizada a testagem para tais moléstias descritas acima, porém esses exames são agendados para um melhor acolhimento a estes sujeitos.

O corpo médico deste ambulatório é constituído por 12 profissionais. Destes, 2 somente realizam o atendimento para doentes com TB adultos de segunda a sexta da 07 às 10 horas e de segunda e quarta das 13 às 16 horas. Aos pacientes doentes com HIV adultos, 1 médica fica responsável para realizar somente o atendimento neste aspecto no período das 10 às 13 horas de segunda a sexta feira. O atendimento a todas as moléstias é realizado por 3 profissionais, de segunda da 13 às 16 horas, terça feira às 07 às 10 horas e de quinta às 13 às 16 horas. Neste último período, alunos de graduação de medicina do último ano da UFSCar realizam as consultas sob a supervisão da área médica.

Os pacientes de Hanseníase são atendidos às segundas feiras das 07 às 10 horas por 1 médico e os doentes de hepatites virais são atendidos por 2 médicos às quarta das 13 às 16 horas e às quintas no mesmo horário. Ainda



há o atendimento pediátrico realizado às segundas feiras e terças feiras das 10 às 16 horas; quartas e quintas feiras das 10 às 13 horas e às sextas feiras das 13 às 16 horas.

A equipe de enfermagem, no período do estudo era composta por 02 enfermeiras assistenciais, 03 técnicas de enfermagem, 01 assistente social, 01 psicóloga e 2 recepcionistas. As enfermeiras são responsáveis pela realização das consultas de enfermagem, bem como realização de testes rápidos, gerenciamento de atividades da equipe multidisciplinar e ações de educação em saúde em todo o município. O atendimento é dividido entre estas duas profissionais por dia e esta divisão é acordada em uma reunião realizada com o corpo de enfermagem todas as terças-feiras.

Já as técnicas de enfermagem realizam a pós-consultas assim como procedimentos laboratoriais, como por exemplo, vacinação. Mensalmente, estas realizam o revezamento para a troca de atividades.

A pós-consulta é realizada em uma sala localizada ao lado da recepção deste serviço, onde constam armários para o armazenamento de insumos para escritório além de prontuários; uma mesa para atendimento e três cadeiras para o atendimento, sendo duas para o paciente. Além disso, possui um ventilador de teto e janela de *blindex* que geralmente fica aberta para rua. Os doentes saem dos consultórios e seguem para este local, onde são atendidos individualmente. Na pós-consulta ocorre o acolhimento dos doentes, o profissional orienta acerca da utilização das medicações, agendamento e realização dos exames solicitados, além do preenchimento de fichas de notificação e acompanhamento, no caso de doentes de tuberculose, onde é preenchido a ficha para o controle dos comunicantes. O profissional de saúde preenche uma ficha com os nomes dos comunicantes de cada doente, assim como é agendada consulta para o acompanhamento. Também são solicitados PPD e Raio X para cada indivíduo para elucidação diagnóstica.

Em relação aos auxílios ofertados aos doentes, são disponibilizadas 100 cestas básicas por mês pela Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social para os doentes de HIV e crianças expostas ao HIV, estes são cadastrados em uma lista organizada pela assistente social do Programa de DST/Aids. As condicionalidades utilizadas para distribuição desse auxílio incluem o comparecimento às consultas e a realização dos exames de rotina, o

seguimento correto do esquema de tratamento e a participação pelo menos 01 vez ao mês no Grupo de Orientação sobre a saúde. Infelizmente, para os pacientes doentes de Tuberculose ou outras doenças não há essa disponibilidade, somente quando ocorre doação desse insumo ou se o doente ser coinfestado HIV/TB, por exemplo.

Além das cestas básicas, há a distribuição de leite somente para as crianças expostas ao HIV, são distribuídas 02 a 03 latas no último mês de gestação da mãe até os 12 meses completos da criança. Para receber este benefício a criança deve seguir todos os critérios descritos acima mencionados. Em relação ao vale transporte a cada ano, uma profissional da equipe estipula um valor absoluto para solicitar o vale transporte junto ao Programa de DST/Aids. Dessa forma, é realizada a compra destes para o ano todo e distribuídos aos doentes que comparecem regularmente às consultas e exames e, em alguns casos, conforme a queixa do doente em relação à dificuldade financeira e de deslocamento para os serviços de saúde para consultas e exames.

Em relação aos casos de TB, coinfestados TB/HIV ou com outras morbidades ou não, é recomendado o TDO. Este, em alguns casos, é um obstáculo no alcance da cura, devido a incompatibilidade de horários entre os serviços de saúde e o trabalho. Logo após a pós-consulta mensal de TB, as técnicas de enfermagem dispensam as medicações para as unidades de saúde mais próximas aos domicílios dos doentes. Na fase inicial do tratamento (primeiras 02 semanas) o doente comparece todos os dias na unidade de saúde para a ingestão do medicamento e na fase de manutenção, esse sujeito se desloca até ao serviço de saúde três vezes por semana até completar os seis meses de tratamento ou quando for necessário.

Além do preenchimento da ficha de notificação dos casos de tuberculose que deve ser encaminhada à Vigilância Epidemiológica, é necessário o (re) cadastramento do doente no TBWeb, assim como, mensalmente é encaminhado para GVE III – Araraquara o boletim epidemiológico mensal de acompanhamento. Nele são anotadas a quantidade de doses supervisionadas ingeridas, resultados de exames (baciloscopia, cultura, anti-HIV e outros), comunicantes examinados e situação de cada indivíduo (cura, abandono, óbito, transferência e etc).

Para o controle das doses supervisionadas nos serviços de saúde, o ambulatório encaminha a estes serviços (unidades básicas e de saúde da família) uma ficha com os dados pessoais do doente (nome completo, prontuário e início do tratamento) assim como, os dias e meses distribuídos em pequenos quadradinhos para o preenchimento dia a dia com as siglas SU (supervisionado); AA (auto administrado) e F (faltoso). Posteriormente, no final de cada mês, esse instrumento deve ser encaminhado novamente ao Centro de Atendimento de Infecções Crônicas para o preenchimento do boletim epidemiológico e controle dos casos.

### **3. Condições de Produção dos sujeitos coinfetados por TB/HIV**

A princípio foram realizadas entrevistas com 06 sujeitos coinfetados por TB/HIV segundo os critérios de inclusão do estudo. Porém, durante duas entrevistas houve a intervenção das mães destes sujeitos participantes. Na posição de pesquisadora, analisarei a posição sujeito “mãe” nas condições de produção deste estudo e discussão. Portanto, a seguir, são descritas as condições de produção de cada entrevista.

#### **3.1. Sujeito 1 (S1).**

Doente coinfetada (TB ganglionar e miliar), 37 anos, entrevistada no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas em sua última consulta do tratamento de TB (recidiva). Está em uma união estável e possui ensino fundamental incompleto (06 anos). Do lar, recebe 01 salário mínimo por ser aposentada e com esta renda sustenta a casa sozinha. Mora com a filha e o parceiro. Concluiu o tratamento para tuberculose no ano de 2009.

Em março de 2013, paciente apresentou-se para acompanhamento médico de 04 em 04 meses para tratamento de HIV. Neste dia relatou apresentar tosse seca há meses, falta de ar enquanto caminhava, além de azia e emagrecimento. Desta forma, foi solicitado radiografia de tórax, prova tuberculínica e exame de escarro. Em abril, foi encaminhada para internação devido à aparente debilidade física. Na hospitalização foi realizado baciloscopia de escarro em lavado gástrico com resultado negativo; líquido com padrão

normal e tomografia de tórax com resultado inconclusivo. Neste momento, foi optado por não iniciar o tratamento de tuberculose.

Em junho, apresentou-se para a consulta médica, mas não iniciou o tratamento para tuberculose neste mês. Em julho apresentou-se novamente para consulta médica com queixa de tosse seca, falta de ar, sudorese noturna e perda ponderal (5 kg) em 20 dias. Novamente foi encaminhada para internação para realização da broncoscopia com biópsia de linfonodo. Foi realizada a biópsia de linfonodo. Finalmente, foi diagnosticada com TB miliar e ganglionar em julho de 2014.

Para realização da entrevista a doente foi abordada no dia da consulta de acompanhamento do controle do HIV, uma hora antes da consulta. O local, onde a paciente foi abordada é a sala de espera, localizada nos fundos do ambulatório, destinado aos pacientes para que não fiquem esperando na recepção. Este ambiente, em reunião de equipe, antes da mudança do espaço físico, foi pensado para que o doente não fique exposto, e (no caso da Tuberculose) não transmitissem a doença na fase inicial. É um local arejado, discreto, possui cadeiras coloridas, revistas, água e banheiros disponíveis.

A doente havia chegado mais cedo, acompanhada da filha. Quando questionada se aceitaria participar, assentiu com a cabeça concordando que sim. Solicitei que me acompanhasse até a sala de consulta de enfermagem, quando a doente pediu a sua filha que a seguisse. A sala de consulta de enfermagem é um ambiente pequeno, onde comporta duas cadeiras para os pacientes, uma mesa, armário, pia para lavagem das mãos e ventilador. Localiza-se perto dos consultórios médicos e da sala da psicóloga e da assistente social. Quem está do lado de fora, não consegue ouvir o que paciente e enfermeira conversam. Abri a porta e verbalizei para que ficassem à vontade, ambas entraram e sentaram-se nas cadeiras. Peguei o termo de consentimento, e perguntei se haveria algum problema de eu o ler. Ela negou com a cabeça e verbalizou que não. Então comecei a ler o termo e explicar novamente o objetivo da pesquisa. Perguntei se haveria algum problema de gravar nossa conversa e ela respondeu que não. Respondeu o questionário sócio demográfico tranquila. Quando comecei a realizar as questões abertas, respondeu em poucas palavras e quando não entendia o questionamento,

perguntava á filha. Voltei novamente a realizar as mesmas perguntas, porém obtive as mesmas respostas.

A doente cumpriu corretamente todas as fases de tratamento e desta forma recebeu alta cura em 14/01/2015. Saliento a dificuldade de se encontrar registros sobre a internação hospitalar, como por exemplo, no TBWEB onde constava que a doente não tinha nenhuma internação nos dois tratamentos realizados para tuberculose.

### **3.2. Sujeito 2 (S2).**

Doente coinfectado, 35 anos, entrevistado no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas. Procedente de Andirá (Paraná), atualmente reside na casa dos pais. Neste domicílio residem mãe, pai, cunhada, irmão e sobrinho deste sujeito. Solteiro, analfabeto, com renda mensal familiar de 2 salários mínimos (1.576.00) providos do trabalho do pai e mãe, pois este sujeito no momento encontra-se desempregado.

Em maio de 2014 foi encaminhado do Hospital Escola Municipal por suspeita de tuberculose. Na primeira consulta referiu tosse há 11 dias com hemoptise descrita, perda ponderal de 7 kg nos últimos tempos, e um episódio de sudorese noturna. Neste momento, negou contato com algum indivíduo com tosse. Foi solicitado exame de escarro para o próximo atendimento médico.

Retornou para consulta no final deste mesmo mês com resultado de BAAR negativo. Como conduta, solicitou-se a radiografia de tórax somente para controle. Neste momento, ainda não iniciou o tratamento para tuberculose. Em junho, por meio da radiografia, foi diagnosticado que o doente tinha um abscesso pulmonar tratado e desta forma, como conduta, deram alta ambulatorial.

Em outubro de 2014 este paciente regressou ao ambulatório, encaminhado da Santa Casa de São Carlos. Voltou a ser internado no Hospital Escola Municipal, pois apresentava padrão respiratório ruim, taquipneico, com muitas lesões pelo corpo, ictérico e em cadeira de rodas. Durante a internação, iniciou o tratamento com Coxcip e posteriormente suspendeu provisoriamente seu uso. Não está descrito em prontuário ou relatório de internação o motivo

desta interrupção, como também não há informações sobre o período de internação tanto no prontuário quanto no TBWEB.

No final do mês de outubro, em casa, retornou ao tratamento diretamente observado em uma unidade de saúde da família próximo ao seu domicílio sendo que uma agente comunitária de saúde estava responsável pela administração da medicação. Além do tratamento para tuberculose, doente fazia uso de medicação para neurotoxoplasmose e para o HIV. Ressaltamos que o mesmo obteve diagnóstico de HIV no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas neste mesmo período, porém rejeitava a doença. Em novembro de 2014, houve a troca do Coxcip 4 por Levofloxacino e Etambutol.

No dia da entrevista estava esperando o doente, que foi para a consulta mensal de TB. A consulta estava prevista para o meio dia e o paciente chegou neste horário, dessa forma, não consegui abordar-lo antes da consulta, pois foi o primeiro a ser atendido. É um homem jovem, porém visivelmente debilitado, não consegue ficar em pé por muito tempo e nem andar muito. A mãe e o irmão, pelo que observei, sempre respondem por ele para tudo, seja sobre tratamento ou sobre como o doente se sente, como por exemplo. Esperei terminar a consulta com o médico e fui perguntar para mãe se o paciente poderia participar de uma entrevista, ela disse que sim, com firmeza. Posteriormente, fui conversar com o paciente que já estava sentado na porta da recepção pronto para ir embora. Apresentei-me, expliquei a pesquisa e perguntei se ele gostaria de participar da mesma, ele não disse nada e sua feição continuava a mesma, sem transmitir nenhum tipo de emoção. Neste momento a mãe dele saiu da pós consulta e veio até nós. Pegou pelo braço e disse “*Vamos S2.*” A mãe do doente perguntou aonde seria a entrevista, eu indiquei com o braço e expliquei.

Esta entrevista foi realizada na sala da farmácia (que por enquanto não é utilizada como tal), neste local também é realizada a coleta de sangue. É um espaço cheio de coisas, desde produtos de limpeza até tubos para coleta de sangue. Era o único local disponível, pois havia médicos atendendo no mesmo período. Sentamos e conversamos sobre outras coisas, como religião, por exemplo, porém somente a mãe doente falava. Iniciei explicando novamente a pesquisa e seu intuito e li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Depois disso, a mãe do mesmo entregou o TCLE para que este assina-se, o qual assinou com dificuldade.

Posteriormente, expliquei o questionário de características sócio demográficas e história de tratamento. Ao longo dos questionamentos sobre este instrumento que eu estava fazendo, somente a mãe de S2 respondia. Logo após iniciei a gravação da entrevista e expliquei ao doente que poderia ficar à vontade e falar o que quiser. Quando comecei a realizar as perguntas, S2 respondeu a primeira pergunta “*Como é para o senhor estar doente de TB/HIV?*”. Porém, posteriormente este sujeito parou de responder aos questionamentos, pois acreditava que não tinha HIV e, em minha percepção, não gostou que eu tivesse tocado neste assunto. Nas questões posteriores foi somente a mãe que respondeu as questões, havendo sua interferência. Este doente segue em tratamento.

### **3.2 Sujeito 3 (S3)**

Doente coinfestado (TB pulmonar), 52 anos, compareceu a consulta de rotina do tratamento de tuberculose, que ocorre uma vez por mês. Procedente de Moçambique, em união estável, é estudante de doutorado em uma instituição pública do município. Não me informou a localização de sua residência na cidade como também o número de indivíduos com que convivia no mesmo domicílio.

Em julho de 2014, S3 foi encaminhado para consulta de enfermagem no ambulatório para avaliação. Referia tosse há mais de 01 mês, febre (38,5°), emagrecimento (7kg), radiografia de tórax com etiologia a esclarecer e exame para HIV inconclusivo. Neste mesmo dia, foi solicitado 02 amostras de escarro e agendado consulta médica.

Retornou ao serviço no mesmo mês para atendimento médico, sendo diagnosticado como reagente o anti-HIV e broncoscopia com processo inflamatório difuso em mucosa brônquica. Dessa forma iniciou o tratamento para TB (coxip) e para o HIV (tenofovir, efavirenz e levofloxacino).

Em setembro regressou ao serviço para consulta, relatou que esteve internado no Hospital Escola Municipal no mês de agosto, onde foi

diagnosticado com pneumonia necrotizante e abscesso pulmonar à direita, além de necessitar de sonda vesical de demora para quadro urinário. Paciente seguiu corretamente o tratamento para TB e desta forma, obteve alta cura comprovada em abril de 2015.

No dia da entrevista, este paciente chegou ao local dez minutos antes da consulta, fui ao seu encontro na recepção e solicitei que me acompanhasse até a sala (utilizada como farmácia, coleta de sangue e depósito de materiais). Não queria que ele fosse exposto e por isso não expliquei sobre a pesquisa naquele local.

Adentramos na sala, apresentei-me novamente, neste dia estava muito quente, então liguei o ar condicionado para ficar um ambiente agradável para os entrevistados. Relatei que estava realizando uma pesquisa com doentes de HIV e TB e se ele queria participar deste estudo. Ele hesitou no começo, pois estava com medo de perder a consulta com o médico como também a “ordem da fila”. Expliquei que havia duas pacientes na frente dele e que uma delas iria demorar, pois era a primeira vez que passaria pelo infectologista. Então ele disse “ahhh não tem problema então em fazer a entrevista” e se sentou na cadeira. Sentei-me, li o termo de consentimento livre e esclarecido e explicitiei que precisaria gravar a entrevista. Ele disse que não tinha problema e então iniciei a entrevista pelo questionário. Posteriormente, iniciei as perguntas e procurei não seguir uma ordem das minhas questões norteadoras. Fui realizando os questionamentos conforme fluía a conversa e para não parecer algo “forçado”.

O paciente relatou muitas coisas naturalmente sem que necessitasse retomar as discussões e perguntas. No início precisei fazer as perguntas, porém posteriormente ele foi relatando coisas da vida espontaneamente. Quando finalizei, ele continuou falando. Deixei-o livre, até o momento que ele percebeu que já havia passado um tempo. Ele se levantou e eu o agradei novamente por ajudar com a pesquisa.

### **3.3. Sujeito 4 (S4)**

Doente coinfectado (TB pulmonar), 45 anos, compareceu a consulta mensal do tratamento de tuberculose. Procedente de São Carlos/SP,



desempregado, solteiro e com ensino fundamental completo. É um sujeito que já realizou tratamentos anteriores de TB, porém não conseguiu concluí-los. Questionado sobre a renda mensal individual e familiar, e este paciente negou-se a responder.

Em outubro de 2014, retornou para o ambulatório encaminhado da Santa Casa de Misericórdia, onde esteve internado de 26/09/2014 até 06/10/2014. Nesta instituição realizaram o exame de escarro do qual resultou positivo. Nesta consulta, iniciou o tratamento para tuberculose novamente assim como foi recomendando novamente a medicação para o HIV que fora diagnosticado há 15 anos. No segundo mês (novembro) faltou a consulta, pois havia esquecido a data e onde consulta foi remarcada.

Em dezembro, foram solicitados novos exames (radiografia de tórax, baciloscopia, hemograma completo e cultura de escarro). Em janeiro passou a tomar somente rifampicina e isoniazida devido às reações que começou a ter.

Na consulta posterior, referiu insensibilidade em ponta dos pés há anos e insensibilidade no braço esquerdo, realizou biópsia em julho de 2014, porém não trouxe resultado.

Em maio, compareceu ao atendimento médico acompanhado da mãe, referindo falta de ar, dor nas pernas, inchaço no corpo todo há 1 mês além de relatar que havia parado de beber e fumar. No dia 27/05/2015, doente foi internado e no dia seguinte foi a óbito decorrente de um choque séptico, pneumonia, sepse e vírus da imunodeficiência adquirida segundo declaração de óbito.

Neste dia em que foi entrevistado haviam três médicos atendendo seus pacientes no período da tarde e por este motivo a sala de espera estava muito cheia. Este paciente chegou atrasado para consulta e seria o último a ser atendido. Por um tempo fiquei observado-o, estava impaciente, foi beber um pouco de água e posteriormente foi conferir se o médico estava atendendo. Enquanto retornava, aproveitei a oportunidade que estava sozinho e o abordei, apresentei-me e perguntei se poderia me acompanhar até a sala que possui múltiplas funcionalidades.

Apresentei-me novamente e expliquei que estava realizando uma pesquisa e se ele gostaria e poderia participar. Ele estava desconfiado, mas aceitou participar. O gravador estava ligado, mas expliquei que teria que gravar

a entrevista, pois desde o momento que ele se sentou na cadeira ele ficou olhando para o gravador. Então quando este me perguntou: “Você não vai mandar para o Téo Pereira?” e começou a rir. Eu respondi que não e ri também. Depois desse período de descontração, percebi que ele ficou mais relaxado na cadeira. Observei que ele estava fraco e muito magro. A equipe de enfermagem me informou que desta vez ele procurou o serviço para realizar o tratamento, pois estava muito debilitado. Ele estava no último mês de tratamento de tuberculose e parecia estar contente de estar terminando. Expliquei e li todo o termo de consentimento livre e esclarecido.

Iniciei a entrevista preenchendo o questionário de características sócio demográficas e histórico de tratamento. Posteriormente iniciei com as questões norteadoras e como em outra entrevista retirei os papéis de cima da mesa para não ter distração. E o doente continuou olhando para o gravador o tempo todo durante toda entrevista. Quando finalizei minhas questões, perguntei se havia alguma dúvida e ele respondeu que não. Ele perguntou novamente se eu iria enviar a entrevista para o Téo Pereira, comecei a rir novamente. Então ele riu e se despediu e eu agradei por ter cooperado com a pesquisa.

\*Théo Pereira: personagem fictício da novela império da rede globo, no período da coleta de dados, no qual é um jornalista que conta sobre as fofocas dos famosos e segredos obscuros das pessoas.

#### **3.4. Sujeito 5 (S5)**

Doente coinfectado (TB pulmonar), 35 anos compareceu ao Centro de Atendimento de Infecções Crônicas para consulta mensal do tratamento de TB. Procedente de Jacanga/SP mudou-se para São Carlos há 12 anos. Desempregado, possui o ensino fundamental incompleto. Atualmente vive em situação de rua, porém toda a noite aloja-se no albergue da cidade.

Em março de 2015, doente compareceu ao serviço para consulta médica, estava há 01 ano sem antirretrovirais e sem consulta. Há cerca de um mês procurou o Hospital Escola Municipal, onde foi diagnosticado com pneumonia. Foi feito uso de Azitromicina, porém continuava com quadro de tosse e desta forma foi encaminhado ao CAIC. Relatou que estava fazendo

uso de bebidas alcoólicas, assim como, uso de cigarro (1 maço por dia). Referiu ter tosse com catarro, febre à noite, emagrecimento e inapetência há dois meses. Foi solicitada radiografia de tórax, exame de escarro, sorologia para hepatites e sífilis e hemograma completo.

Neste mesmo mês, retornou ao serviço, pois o resultado da baciloscopia foi positivo. Nesta consulta relatou que além dos sintomas apresentados anteriormente, apresentou catarro com sangue há cerca de 01 semana com episódios de vômitos associados. Iniciou o tratamento para tuberculose (Coxcip 4), retomou o tratamento para o HIV, o qual foi diagnosticado há oito anos e continuou o uso de medicações para pneumonia (bactrim).

Em abril de 2015, paciente compareceu a consulta sem resultados de exames laboratoriais, além de relatar que não realizou o exame da carga viral, pois no dia marcado para coleta de sangue ingeriu bebida alcoólica até de madrugada e não conseguiu comparecer ao serviço de saúde para a coleta. Referiu ter ficado 01 semana sem tomar a medicação, pois retornou a beber e fazer uso de crack e cocaína por diversas vezes.

Em maio deste mesmo ano, regressou ao ambulatório com os exames e informou que há aproximadamente 01 mês estava abstinente, sem uso de álcool ou drogas. Relatou tomar os medicamentos corretamente, porém referiu um pouco de tontura após a ingesta. Além disso, referiu ter se unido novamente com a ex-esposa, a qual não fazia acompanhamento médico e não faziam uso de preservativo em suas relações.

Em junho, compareceu para consulta de tuberculose e relatou quadro de dispneia a grandes esforços associado à turvação visual e tontura. Referiu que diariamente apresentava tosse produtiva com escarro esverdeado. Apresentava febre noturno-vespertina de frequência não regular e temperatura não aferida, referiu abstinência da bebida e das drogas há 2 meses. Continua mantendo relações sexuais com a ex-esposa, mas esta se negou a realizar a testagem de HIV e está ciente que parceiro soropositivo. Nesta consulta foi diagnosticado Sífilis e no final deste mesmo mês regressou ao ambulatório informando que a parceira não quis realizar o tratamento para sífilis e sorologia para o HIV. Desta forma, não tiveram relações após o tratamento. Doente referiu apresentar lesões penianas ulceradas, indolores e sem secreção.

No mês de julho, na consulta mensal de tuberculose, este sujeito relatou que a esposa tomou uma dose de penicilina benzatina para tratamento da sífilis, mas que se recusa a fazer o teste de HIV e que voltaram a ter relações sexuais sem preservativo.

No dia da entrevista, este sujeito chegou ao balcão da recepção e jogou o cartão em cima do balcão, não disse palavra alguma para a recepcionista. Estava inquieto, andava de um lado para outro. Eu estava com receio de fazer a entrevista, pois a equipe havia dito que era um sujeito difícil e que não conversa com ninguém, exceto com o médico (o necessário também). Posteriormente, dirigiu-se ao local reservado, aos fundos da instituição até o momento em que o médico o chamou para a consulta. Enquanto este sujeito aguardava a consulta, o chamei até a sala da farmácia para que este não fosse exposto diante de outros pacientes que estavam lá, apresentei-me e expliquei sobre a pesquisa e perguntei se gostaria de participar. Este sujeito aceitou, porém com receio.

Então nos dirigimos para sala de enfermagem (local pequeno, porém arejado, com muita luminosidade, limpo, organizado e confortável, em minha percepção), onde estava o gravador já ligado e o termo de consentimento livre e esclarecido. Pedi que entrasse na sala, que se sentasse e ficasse à vontade, neste momento não verbalizou palavra alguma. Fechei a porta e expliquei que estava fechando para que nenhuma pessoa, seja paciente ou algum profissional, escutasse o que ele diria ali dentro. Mostrei o termo de consentimento e li. Iniciei com o questionário sócio demográfico, durante todo esse processo, ele se posicionou de lado em relação à mesa e a mim. E durante todo esse tempo, estava com o olhar fixo no chão, às vezes inquieto, às vezes até quieto demais. Respondeu todas as perguntas (porém não verbalizou muito) e ao final da entrevista, agradeceu por tê-lo ouvido. Este doente ainda prossegue em tratamento de tuberculose, HIV e sífilis.

### **3.5. Sujeito 6 (S6).**

Doente coinfectado (TB ganglionar), 41 anos, entrevistado no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas. Procedente da Bahia, solteiro, com ensino médio completo. Beneficiário do INSS, vive com uma renda mensal

familiar aproximada de 02 salários mínimos (1800,00). Primeira vez que realiza tratamento para tuberculose. Foi diagnosticado com HIV em julho de 2014.

Este sujeito foi internado em junho de 2014 na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, com suspeita de TB. Iniciou tratamento com Coxcip 4 e o encaminhou para atendimento no Centro de Atendimento de Infecções Crônicas, para acompanhamento médico e de enfermagem tanto para tuberculose ganglionar quanto para HIV e toxoplasmose. Devido a estas comorbidades, este doente faz uso de cadeiras de rodas. Em dezembro de 2014 trocou a medicação, do Coxcip para estreptomicina, levofloxacino e etambutol, devido às reações adversas, como vômito. Em janeiro de 2015, paciente terminou tratamento para Toxoplasmose.

Realizei 03 tentativas de entrevista com este doente, porém sem sucesso, sempre tinha alguma dificuldade ou era o ônibus que estava chegando para ir embora ou o sujeito não compareceu á consulta ou porque era o primeiro a ser atendido pelo médico e logo tinha a necessidade de ir embora. Na terceira vez que tentei entrevista-lo, este relatou que teria que ir embora, mas caso eu quisesse ainda poderia conversar com ele na próxima consulta porque estava disposto a ajudar com a pesquisa.

Então, na quarta tentativa, consegui realizar a entrevista. O doente foi abordado no dia da consulta de acompanhamento do controle da tuberculose, às sete horas da manhã. O doente e sua mãe estavam preocupados de não dar tempo de se consultar com o médico, mas garanti que seriam atendidos e que não iria interferir na programação deles. O paciente foi abordado na sala de espera. No local estavam outros pacientes aguardando consulta, então perguntei ao doente se poderia levá-lo na sala da farmácia e da coleta de sangue e ele disse que poderia sim. O mesmo solicitou que a mãe o acompanhasse, então a convidei para adentrar na sala. Conversamos um pouco, expliquei e li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e solicitei que a mãe o assinasse, pois, o paciente relatou que não havia aprendido a escrever com a mão esquerda ainda. Posteriormente, iniciei o preenchimento do questionário sócio demográfico e histórico de tratamento.

O entrevistado respondeu todas as perguntas com muita clareza. No momento das questões norteadoras, observei que a mãe respondia muitas das

perguntas. Mas no final, nas duas últimas perguntas ele respondeu as questões sem a interferência da mãe.

#### **4. Análise dos fragmentos**

Os resultados desta investigação serão apresentados a seguir em 03 blocos discursivos nomeadamente: “Tuberculose e HIV: sentidos circulantes”, “O vínculo paciente- profissional e a utilização de incentivos na continuidade do tratamento” e “Condicionantes que influenciam no processo de adoecimento”. Como o discurso é um processo em curso e está aberto a outras interpretações (ORLANDI, 2003), ressaltamos os sentidos produzidos nesses blocos discursivos como não sendo estanques, portanto, eles migram de um bloco para outro.

##### **4.1.Tuberculose e HIV: sentidos circulantes**

O surgimento do HIV/Aids foi associado a grupos minoritários cujos comportamentos eram ditos desajustados às normas sociais, tais como os casos de homossexuais, prostitutas, usuários de drogas. Cenário que produziu um imaginário coletivo representado e presentificado por estigmas e rotulações ultrapassando os limites de “um complexo fenômeno patológico”. Pertencer a esses grupos ainda tem sido visto como um fator para adquirir a doença, como se pode depreender a partir da fala do S4.

Assim, partindo do questionamento sobre como foi receber o diagnóstico de HIV e de onde que teria sido, analisaremos o seguinte recorte:

**Recorte nº1:** *“Pra mim foi normal. Tinha muitas relações e uso de droga, né?! Não fiquei tão chocado com o HIV como fiquei com o da tuberculose”* (S4, 45 anos, desempregado, solteiro, 8 anos de estudo).

Face ao exposto sinalizamos que a posição sujeito interpelado pelo interdiscurso inscreve-se em formações discursivas que entendem o uso de drogas; sexo sem proteção com vários parceiros como facilitador para

aquisição TB/HIV. A sequência discursiva “*tinha muitas relações e uso de droga, né?!?*”, instiga-nos a pensar que a posição sujeito doente entende que o processo de adoecimento está associado a comportamentos de vulnerabilidade. Outrossim, observamos na mesma sequência um assujeitamento do sujeito, ou seja, a aceitação de uma ideologia circulante e presente no imaginário social de que a infecção pelo HIV está intimamente ligada a sujeitos fora das condutas morais consideradas corretas pela sociedade, assim a marca linguística “*Não fiquei tão chocado com o HIV como fiquei com o da tuberculose*” traz esse processo naturalizado, ou seja, que era esperado a ocorrência do contágio pelo vírus. De forma indireta a sequência discursiva em análise denuncia a falta de conhecimento, por parte do sujeito da potencialidade do doente de HIV desenvolver a TB. O susto em ter TB pode estar associado à rápida debilidade no acometido.

O cenário internacional e nacional da epidemia do HIV passa por um processo de transformação, em relação ao perfil epidemiológico dos indivíduos vivendo com HIV/Aids, bem como, em relação as práticas sexuais e comportamentais desta população (SANTOS, 2009). A Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids) foi descoberta em meados dos anos 80, com os primeiros casos divulgados na mídia, de doentes homossexuais, com Sarcoma de Kaposi, pneumonia e um grande comprometimento do sistema imune (PINTO, 2007).

No Brasil, os dois primeiros casos foram descobertos no Estado de São Paulo por volta de 1982 e partindo deste ano até o presente momento, esta epidemia é marcado por 4 processos: o de *pauperização*, ou seja, a tendência do surgimento de novos casos em camadas sociais menos favorecidas constituídas de sujeitos com poucos anos de estudo como também baixa renda; o da *interiorização*, onde os casos de infecção encaminha-se para municípios de médio e pequeno porte e não mais somente centralizado em grandes metrópoles urbanas, como é observado hoje em dia; o da *feminização da epidemia*, isto é, o aumento de mulheres infectadas pelo HIV ; e o último, mas não menos importante, o *processo de heterossexualização* (PINTO, 2007).

Considerando que os sentidos são determinados pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio histórico em que as palavras são produzidas (ORLANDI, 2003) e diante do exposto acima, o significante

“grupos de riscos” não é mais considerado no cenário atual, pois o HIV passou a atingir toda a população em geral: os significantes circulantes são o de “*comportamento de risco*” ou conceito de “*vulnerabilidade*” e o significado é o adoecimento (BRASIL, 2012). Nesse sentido, de acordo com o Ministério da Saúde (2012) considera-se como *comportamento de risco* relações sexuais (homo ou heterossexual) com pessoas infectadas ou não sem o uso de preservativo; o compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente, no uso de drogas injetáveis e reutilização de objetos perfuro cortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV.

Durante o percurso da epidemia, a marca linguística “risco” esteve associada a discursos institucionais, no caso políticas e práticas preventivas, que eram direcionados a sujeitos específicos, com sentido estigmatizante e discriminatório. Lima et al (2014) descreve em seu estudo que o conceito “*vulnerabilidade*” é a terminologia recomendada neste contexto, pois inclui a compreensão de que o processo de adoecimento é resultado de conjunto de aspectos dentre eles individuais, coletivos e contextuais, que suscitam maior suscetibilidade ao sujeito.

Em um estudo realizado sobre as representações sociais da Aids na prevenção dos comportamentos de vulnerabilidade ao HIV nas relações de conjugalidade entre homens e mulheres heterossexuais, os autores relatam que é comum no imaginário social o risco da epidemia de Aids ser designado a outros grupos ou segmentos sociais fora do contexto no qual os indivíduos estão inseridos, como uma tentativa de controlar o medo relacionado a esta doença (OLTRAMARI; CAMARGO, 2010).

Prosseguindo na análise, a marca lingüística “*chocado*” carrega em si diferentes sentidos relacionados a esse desconhecimento em relação à tuberculose: surpreso, atordoado, perturbado, emocionado, afetado, abalado e entre outros. Desta forma, observamos no processo discursivo, que uma única palavra, na mesma língua pode significar diferente, dependendo da posição do sujeito, do seu contexto imediato e do que ele pode ou não dizer a partir de uma dada conjuntura (ORLANDI, 2003). Neste caso, observa-se que o sujeito 4 considerando suas condições de produção, neste momento, ficou surpreso quando descobriu que estava com a TB, pois era algo inesperado no decorrer de sua vida.



Nos recortes 2 e 3 os sujeitos expressam em seus dizeres sentidos que se relacionam ao adoecimento pela TB e o HIV/Aids apresentando diferentes visões sobre estas afecções que podem ser explicadas pelas condições de produção (sentido estrito) de cada indivíduo, ora negando estas doenças, ou como algo que destrói o indivíduo.

**Recorte nº 2:** *“HIV... Não tô com HIV! Negócio (tuberculose) embaçado, né. (S2, 34 anos, desempregado, solteiro, analfabeto).*

**Recorte nº 3:** *“Porque o HIV não me maltratô em nada. E a tuberculose me derrubo. (S4, 45 anos, desempregado, solteiro, 8 anos de estudo).*

Os sujeitos (S3 e S4) em suas falas inscrevem-se em formações discursivas que reconhecem a tuberculose como a doença que os debilita facilmente, porém observa-se o não reconhecimento da relação entre as duas, ou seja, TB/HIV.

A sequência discursiva *“HIV... não tô com HIV”*, produz sentido de contra-identificação do sujeito doente na posição de portador de HIV, doença compreendida como sendo de pessoas de maus comportamentos. Igualmente, a sequência presentifica o recalçamento inconsciente da doença, isto é, o doente procura repelir inconscientemente a representação do HIV.

Na sequência *“Negócio embaçado, né”*, percebe-se uma metáfora na transferência da nomenclatura “tuberculose” pelo substantivo “negócio”, frisando a negação ou desconhecimento quanto doença, visto que não é expressa em seu interdiscurso a afecção propriamente dita. Além disso, ressalta-se que o sujeito busca junto ao pesquisador a confirmação acerca do dito, por meio do termo “né”.

Ainda, nota-se que no recorte nº 3, a posição sujeito doente naturaliza os sentidos circulantes ao compreender a infecção pelo HIV como sendo normal. A sequência discursiva *“e a tuberculose me derrubô”*, especificamente a marca linguística “derrubo”, instiga-nos a pensar que o sujeito doente

entende a TB como uma doença que produz efeitos, ou seja, que destrói o indivíduo ou o enfraquece a ponto de não conseguir se reerguer. Por meio das condições de produção de sentido estrito, que são as circunstâncias de enunciação e o contexto imediato em que os discursos são produzidos, apreende-se que este sujeito já havia realizado tratamento diretamente observado (TDO) assim como havia ocorrido internações devido à tuberculose e nunca havia concluído, deixando-o muito debilitado neste tratamento atual e que por este motivo fez com que este indivíduo posiciona-se dentro de seu discurso, como se estivesse entregue a doença.

A partir destes recortes, é possível observar que o sujeito enquanto posição de doente traz em seu interdiscurso, discursos circulantes durante o percurso histórico e social do adoecimento por TB.

Assim Maciel et al (2012) nos aponta que foi a partir de evidências arqueológicas e históricas, que se reconheceu os primeiros casos de tuberculose no mundo. Estes podem ter ocorrido em múmias egípcias, há mais de 5000 anos a.C., as quais apresentavam vestígios de acometimento da coluna vertebral devido a esta doença como também DNA desta bactéria nos corpos (MACIEL et al, 2012).

Sob esta linha de pensamento, no início do século XX, a TB era considerada uma doença da paixão, pois acometia somente poetas, músicos e pessoas da alta nobreza, apesar de ser considerada para época como um produto da vida desregrada, repletas de excessos (uso de álcool) em desacordo com os padrões moralmente aceitáveis pela sociedade da época. Muitos poetas do estilo romântico via a tuberculose como símbolo de nobreza, individualidade humana como também sinal de genialidade artística e intelectual (PORTO, 2007).

Posteriormente, na segunda metade do século XX, esta doença passou a ser um sintoma de desordem social, pois atingia principalmente populações em situação de desigualdade social. O doente era estigmatizado e isolado, devido ao horror da contaminação indesejada não somente no aspecto médico como também no aspecto moral (PORTO, 2007).

Ainda hoje, há sentidos cristalizados que ecoam na memória coletiva e na memória discursiva deste doente: que a tuberculose não existe atualmente na sociedade; ou que é uma doença contagiosa presente apenas em

aglomerados humanos, como cortiços, por exemplo, e da falta de higiene dos sujeitos que a adquirem (CLEMENTINO et al, 2011; PÔRTO, 2007).

Além disso, a TB é relacionada a comportamentos desregrados fora das concepções morais da sociedade. Devido a este conjunto de significações ainda engessado no coletivo humano, explica-se o desconhecimento acerca da moléstia por parte do doente e seus familiares, o que pode colaborar, muitas vezes para o não seguimento do tratamento desta doença ou simplesmente a negação da mesma.

Ademais, destacamos a seqüência discursiva “*HIV... Não tô com HIV!*”, onde a marca lingüística “Não” sugere uma negação quanto à doença e assim como “...” implicam o silenciamento, o silêncio de determinadas palavras que irei dizer ou que não irei dizer.

Segundo Orlandi (2007), o silêncio não é transparente e atua na passagem entre pensamento, palavra e coisa, sendo um lugar necessário para que o sujeito possa se significar, para que os efeitos de sentido façam sentido, permitindo assim, o movimento deste. Observamos que esse silenciamento leva-nos a compreender que no respectivo discurso, o sujeito na posição de “entrevistado” evita o “dizer” sobre a doença, devido ao caráter estigmatizador e discriminatório desta. Podemos perceber esses efeitos de sentidos no seguinte recorte, quando o paciente questionado sobre como estava sendo conviver com as duas doenças, verbalizou:

**Recorte nº 4:** *Tem sido bom, ao mesmo tempo ruim, né. Porque, maior preconceito... Separa não sei o que, separa não sei o que.... Ah to meio afastado de todo mundo.... Porque muito tem preconceito. (S5, 35 anos, desempregado, solteiro, 2 anos de estudo).*

Observamos que as seqüências discursivas, “*Porque maior preconceito [...],*” “[...] *Porque muito tem preconceito*”, a repetição do termo “preconceito,” marca as conseqüências vivenciadas por este sujeito. Sua fala denota um juízo pré-concebido ou um discurso circulante em todos os espaços há muito tempo evidenciado na respectiva paráfrase, “*Separa não sei o que, separa não sei o que...*”, sendo esta última compreendida como um espaço onde asserções são

recuperadas e reformuladas, retornando sempre a esse mesmo lugar do dizer (BRANDÃO, 2004; ORLANDI, 2003). Ainda na expressão “*Tem sido bom, ao mesmo tempo ruim, né*” ressalta-se a duas faces de se conviver com estas doenças: o lado bom onde o indivíduo sente-se valorizado e cuidado dentro da rede de saúde assim como destaca-se o lado ruim deste convívio, pois além de ser morador de rua e ser constantemente discriminado como observado nas condições de produção, no albergue o único local onde se sentia acolhido há a reprodução desse ciclo discriminatório dificultando no prosseguimento do tratamento e levando o indivíduo ao isolamento social.

Antigamente, os gregos criaram a palavra “*estigma*” com o intuito de especificarem indivíduos com sinais corporais (feitos por meio de cortes ou fogo) que apresentavam algo de diferente em seu organismo ou que pertenciam a grupos considerados com status de mau comportamento como criminosos e traidores (GOFFMAN, 2004). Em estudos sobre estigma e discriminação com pessoas portadoras de HIV/Aids, observa-se a utilização de uma definição clássica sobre estigma como sendo...

“O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos” (GOFFMAN, 2004, p.6).

Por meio desta definição, observamos que o estigma ultrapassa tal definição, já que pode ser considerado fruto de um processo social associado ao jogo de poder e dominação. Tal concepção depende da construção histórica acerca deste, assim como, do contexto no qual está inserido (ANDRADE; IRIART; 2015). Distinguem-se dois tipos de estigma: o sentido (*felt stigma*) e o efetivado (*enacted stigma*), sendo que o primeiro consiste na percepção de depreciação do próprio indivíduo na posição de doente, acarretando sentimentos como vergonha e medo o conduzindo à auto exclusão das relações sociais. Já o segundo refere-se à experiência real da discriminação (ANDRADE; IRIART; 2015).

Em relação à coinfeção tuberculose e HIV, o estigma é considerado um dos principais entraves no enfrentamento de ambas as epidemias (SILVA et al,

2015). Muitos doentes não revelam o diagnóstico para seus familiares ou círculo social, devido ao medo de terem reveladas suas identidades perante a comunidade no qual pertencem. A chance deste sujeito adoecer ou sofrer irá depender do vínculo social formado ou não durante esse processo. Assim, isso implicará no sucesso ou fracasso da adesão aos tratamentos e, ainda razão para a não quebra de silêncio de alguns indivíduos (SILVA et al, 2015).

Em um estudo realizado em Maputo (Moçambique) acerca da experiência de mulheres soropositivas frente o estigma e discriminação, as entrevistadas relataram que evitaram revelar o diagnóstico aos familiares e parceiros devido à desigualdade de gênero presente nesta comunidade, a qual gera acusações morais que podem levar a morte (ANDRADE; IRIART; 2015).

Ressaltamos que o apoio familiar é um importante aliado para o prosseguimento do tratamento e no processo de adoecimento, como podemos observar nos seguintes recortes:

**Recorte nº 5:** *“Não, minha família, graças a Deus... Minha família 100%. Normal. Nunca me... até procuraram me ajuda, minha família. Sempre me ajudaram a recupera. Sempre. To vivo até hoje por causa deles. Nunca me abandonaram. Nunca me discriminaram. E tem família que discrimina a pessoa. Que vê, a pessoa acabando morrendo por causa dessas coisas aí. Não apoia, discrimina... não ajuda, não faz um suco... não faz .... Minha mãe vem direto comigo aqui, agora eu to mais forte, né?! eu venho sozinho (S4, 45 anos, desempregado, solteiro, 8 anos de estudo).*

**Recorte nº 6:** *“Eu me senti bem acolhido, muito bem protegido por eles todos. Até hoje eu não tenho o que reclama não porque não teve discriminação nenhuma não. Todo mundo aceitou bem, ajudou bem... não teve nenhuma discriminação (S6, 41 anos, beneficiário do INSS, solteiro, 12 anos de estudo).*

Face ao exposto, os recortes acima, produzem sentidos relacionados à família, como um importante suporte no prosseguimento do tratamento e peça essencial na desconstrução da discriminação.

A metáfora “[...] *dessas coisas aí* [...]” substituindo o conceito de discriminação, demonstra o quanto esse caminho torna-se doloroso sem a figura da família no seguimento do tratamento, fazendo com que os doentes, muitas vezes, se entreguem a doença, remetendo-se a morte, como destacado nas seqüências “Que vê, a pessoa acabando morrendo por causa dessas coisas aí.” e “To vivo até hoje por causa deles”.

Salientamos a importância da figura ou posição sujeito “mãe” nas condições de produção em sentido estrito, visto que, em alguns momentos elas dão voz aos sentidos percebidos por seus filhos, ou seja, o *Outro* constituindo o que sou e quem sou (BRANDÃO, 2004). O *Outro*, segundo Brandão (2004), explica-se como uma ausência, como uma falta, como um interdito do discurso, percebido independentemente de qualquer forma de singularidade.

Ainda, considerando o *Outro* “família” no contexto do HIV/ Aids, auxiliará o sujeito na posição de doente a movimentar-se e se adaptar de forma singular no seu processo de adoecimento. Assim, o doente interpreta esta situação por meio da percepção/concepção apreendida por meio da cultura, costumes e leis, transmitidas por esta instituição que possui papel primordial na 1ª educação, na repressão de sentidos, ou seja, no processo de comunicação entre seus membros e com a sociedade (SERRA et al, 2013; LACAN, 1981).

Desta forma, o apoio social e familiar no processo de adoecimento atua como “amortecedor” diante das situações de esgotamento, pois minimiza o impacto de situações estressantes (SILVA et al, 2015). Entretanto, o interdiscurso dos sujeitos acima, revela que o apoio insuficiente ou reações negativas frente a esse processo, podem influenciar negativamente no processo de adesão a doença, levando a falta de esperança, depressão ou morte (SILVA et al, 2015).

Seguindo nas interpretações do processo de adoecimento relacionado à coinfeção HIV/ TB, o sujeito **S5** estabelece uma relação entre as doenças discutidas com a religião nos recortes **nº 7**:

**Recorte nº 7:** *Fico mais normal ainda.... Sabe que vai pro inferno, sem chance! .... Se acha com HIV e tuberculose, a gente vai vencer?* (S5, 35 anos, desempregado, solteiro, 2 anos de estudo).

Na seqüência discursiva, “*Sabe que vai pro inferno, sem chance*” observamos a forte presença do discurso religioso, onde o doente traz em seu interdiscurso o caráter punitivo por ter adquirido as duas doenças (TB e HIV), utilizando-se da expressão “*sem chance*” como forma de salientar que não há nenhuma possibilidade de salvar-se deste destino. Além disso, a utilização da seqüência “*Cê acha, com HIV e tuberculose, a gente vai vencer?*”, o entrevistado questiona como ao mesmo tempo busca a confirmação do sujeito na posição de entrevistador e profissional de saúde, acerca do prognóstico das doenças, enfatizando as dúvidas acerca dessas patologias.

Dessa forma, a religiosidade e a espiritualidade estão intimamente ligadas à saúde na maior parte da história da humanidade, porém o discurso médico- científico influenciado pelo positivismo menosprezou aspectos culturais presentes no relacionamento com o paciente, dentre eles a religiosidade e espiritualidade (PINTO; FALCÃO, 2012). Alguns autores buscam trabalhar a religiosidade e a espiritualidade no processo saúde-doença, bem como, na relação profissional de saúde e pacientes (PAIVA et al, 2013).

A religiosidade está intimamente relacionada a uma instituição religiosa e/ou igreja, pela qual o sujeito segue determinados dogmas propostos por um determinado segmento religioso (FORNAZARI; FERREIRA, 2010). Já a espiritualidade ultrapassa esses limites, pois envolve questões sobre os significados e propósitos de vida, como por exemplo, a crença em Deus ou entidade superior (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

No contexto do adoecimento ou momentos adversos, por exemplo, no caso do TB/HIV, alguns indivíduos buscam na fé e na religião força para enfrentar seu sofrimento, ocasionado por esse processo e como fonte de apoio para o alívio para sua aflição (MEDEIROS; SALDANHA, 2012). Deste modo, os mesmos autores afirmam que os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros saibam a diferença entre religiosidade e espiritualidade, com o intuito de incentivarem os doentes no prosseguimento desta prática já que afeta positivamente na qualidade de vida destes sujeitos assim como na adesão aos tratamentos.

E por fim, o seguinte recorte, S6, traz em seu interdiscurso a associação da Aids com a morte:

**Recorte 8:** *“Ah, ficava pensando mais em morre né. Na morte. Mais com o tempo fui acostumando a vive com ela. No começo foi meio duro, mai... foi, fui acostumando a vive... sabe que tem a Aids, né.* (S6, 41 anos, beneficiário do INSS, solteiro, 12 anos de estudo).

Podemos perceber novamente o aparecimento da metáfora quando o sujeito em questão se utiliza do termo “ela” para substituir a palavra “Aids” que posteriormente é referida, demonstrando que este doente ainda busca um modo ou maneira de conviver com a doença. Porém, ao mesmo tempo observamos o efeito de sentido produzido quando este evita verbalizar o nome da sua doença, evidenciando algum estranhamento ou constrangimento ao comentar sobre este assunto.

Além disso, na sequência discursiva *“Ah, ficava pensando mais em morre né. Na morte”*, revela que os sujeitos acometidos por esta doença ainda hoje a associam diretamente com a morte iminente apontando esse aspecto tão predominante e disseminado no corpo social. Este fato se deve possivelmente à falta de informação e divulgação acerca do tratamento para o HIV/Aids.

Ainda na análise desta sentença observamos que este sujeito, em seu discurso, evidencia em sua enunciação o sentido de ser o único a pensar e relatar sobre a morte neste processo de adoecimento, ou seja, o esquecimento nº1, onde este sujeito retoma esse sentido pré-existente e traz para o atual contexto.

Até o início da década de 90, a Aids levava o indivíduo à morte em um curto período de tempo, mesmo com a introdução, em 1987, da azidotimidina (AZT) que melhorou a qualidade de vida dos soropositivos. Nesta época o HIV passou a ser denominada “a Besta do Apocalipse” devido seu caráter devastador (MOREIRA; MESQUITA; MELO, 2010).

Atualmente, a morte ainda é vista como uma possibilidade imediata de acontecer, como observado no interdiscurso do sujeito 6, sendo um fator que provoca inquietude e sofrimento ao sujeito com HIV/Aids (MOREIRA; BLOC; ROCHA, 2012). Além disso, esta patologia pode ser um agravante que provoca mudança na vida destes sujeitos e fazer com que este indivíduo valorize fatos do cotidiano que antes eram despercebidos, permitindo a busca de novos



significados para a vida, proporcionando aprendizado e evolução diante deste processo de adoecimento (MOREIRA; MESQUITA; MELO, 2010; MOREIRA; BLOC; ROCHA, 2012).

Ao longo deste bloco foi possível identificar sentidos que perpassaram e que permanecem até o momento no processo de adoecimento da tuberculose e HIV/Aids. Desde o desconhecimento acerca da transmissão destas patologias até a negação do seu diagnóstico, sendo importantes pontos que devem ser considerados quando pensamos no processo de adoecimento por estas afecções e na adesão e eficácia dos tratamentos.

## **2.2 O vínculo profissional-usuário e utilização de incentivos na continuidade do tratamento**

Durante as análises das sequências discursivas, observamos que o vínculo entre os sujeitos nas posições de “doente” e “profissional de saúde” propiciou melhor adesão aos tratamentos tanto de tuberculose quanto de HIV.

**Recorte 9:** *Não, no posto eu não vou. Eu só trato aqui. Ah, comigo são legal. A mulher ali... profissional de saúde x, por mim são legal. Os médico também se preocupa comigo.* (S4, 45 anos, desempregado, solteiro, 8 anos de estudo).

Partindo das condições de produção deste sujeito que havia iniciado os tratamentos para essa coinfeção e não conseguido concluí-los, a figura da profissional de saúde x e a criação do vínculo com a mesma proporcionou a co-responsabilização do cuidado e conseqüentemente a eficácia na continuidade do tratamento.

O significante “vínculo” possui origem latina e significa “laço ou ligação”. Além disso, considerando o contexto histórico no qual está inserido, pode se remeter aos sentidos de relações de troca, cuidado humanizado e integralidade da assistência (SOUZA et al, 2009).

Em relação à coinfeção TB/HIV é fundamental a criação de vínculo doente e serviço de saúde para o desfecho do tratamento (tanto para a cura quanto para o óbito). Pois, o vínculo que o sujeito estabelece com os

profissionais de saúde possibilita uma relação de confiança e reciprocidade, na qual o adoecido possa sentir-se amparado e a vontade para expor/demonstrar suas dificuldades, inseguranças, medos e outros sentidos circulantes em sua memória discursiva (ROCHA; ADORNO, 2012; FERREIRA et al, 2012).

Rocha e Adorno (2012) nos apontam que o vínculo depende da forma como o serviço de saúde entende o processo de adoecer por tais infecções, pois pode refletir na maneira com que os profissionais da saúde atuam frente a esses relacionamentos.

Segundo Carbone (2000) cada instituição, por exemplo, a de saúde e educação, segue uma teoria intimamente ligada às relações sociais que se estabelecem nestes locais, assim como, as tecnologias que estas dispõem. Assim, tais aspectos conduzirão o modo como seus servidores irão agir neste contexto e, até mesmo, no cuidado com o próximo.

Sob a ótica da saúde, muitos destes sujeitos apropriam-se da ideologia destas instituições, bem como, do modo de pensar coletivo e curativista. E, nesse sentido, tal concepção irá refletir na assistência integral ao doente, tanto de forma positiva (um cuidado de qualidade) quanto de forma negativa. Ressalta-se que a ideologia designa “o que é e o que deve ser” e no seu funcionamento ocorre à interpelação de indivíduo em sujeito (assujeitamento) que se realiza dentro de formações ideológicas (atitudes e representações, que dizem respeito às posições de classe em conflitos umas com as outras) e estas fornecem a cada sujeito “sua realidade”, enquanto sistema de evidências e significações percebidas (PÊCHEUX, 2014; BRANDÃO, 2004).

Reiterando este cenário, um estudo realizado acerca do cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia da Saúde da Família sob a ótica das enfermeiras, os autores destacaram que as equipes de saúde, independentemente do nível de atenção, utilizam-se de tecnologias leves para o fortalecimento de vínculo com estes doentes (SÁ et, al, 2012). Nesse sentido, os autores reforçam que o vínculo no contexto da tuberculose tem sido importante ferramenta, a qual propicia a adesão dos doentes e a continuidade do tratamento, já que estabelece uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico (SÁ et al, 2012).

Prosseguindo na análise deste recorte, as marcas linguísticas “*por mim são legal*”, “*comigo são legal*” e “*se preocupa comigo*” revelam o quanto

esse doente sente-se cuidado e amparado pela equipe do serviço no qual está vinculado sendo, na sua concepção ou no seu significado”, um sujeito único” nesse contexto de cuidado, este é a centralidade da atenção, ou seja, ele é o usuário centrado.

Dessa forma, o ato de cuidar pode ser manifestado e praticado de maneira transpessoal, ultrapassando as fronteiras da dimensão biológica e material sendo capaz de sobressair-se ao tempo, ao espaço e ao corpo físico (FAVERO; PAGLIUCA, LACERDA, 2013). Os autores destacam ainda, que o momento do cuidado depende do compromisso moral entre os atores envolvidos, da intenção e vontade do profissional de saúde em cuidar e compreender que o ser humano não se constitui apenas por partes e sim por uma unidade mente-corpo-espírito (FAVERO; PAGLIUCA, LACERDA, 2013).

Conforme Barrêto et al (2013) no campo da saúde, cuidar é ultrapassar as fragmentações de conhecimentos existentes nesta área, defendendo o reestabelecimento entre o agir e pensar em saúde, enquanto ato político e ético na criação de práticas eficazes de integralidade, assim como defendido no Sistema Único de Saúde.

Assim, no contexto da tuberculose e HIV/Aids, doenças consideradas de cunho social e estigmatizantes, faz-se necessário que o profissional da saúde desde sua formação não esteja atrelado apenas ao aspecto clínico, ao tratamento e ao controle destas, mas que transcenda estes limites e avance na compreensão da subjetividade e singularidade de cada sujeito envolvido no processo de cuidar, isto é, o cuidado centrado no doente (BARRÊTO et al, 2013).

Por fim, a marca lingüística “*eu só trato aqui*” corrobora na discussão acerca do significado da centralidade do usuário no cuidado, pois observamos que o local onde ocorre o processo de significação é único no efeito dos sentidos produzidos por este sujeito em seu discurso. Este discurso revela a singularidade do espaço, dos profissionais e das pessoas que circulam por ele. Percebemos que não há espaços para efeitos de sentidos estigmatizantes no local onde este doente é atendido, pois não foi possível sentir e perceber tal preconceito. Portanto, observamos que essa instituição é espaço de conforto e cuidado para este doente, na qual este se sente acolhido em suas necessidades. Assim, destacamos que este cenário pode contribuir para o

desfecho deste processo de adoecimento, no acompanhamento e monitoramento da co-infecção TB/HIV, onde o doente é acompanhado ao longo do processo da doença e, no caso da TB, possibilitando a cura.

É evidente a importância da equipe multiprofissional na assistência a estes doentes coinfectados pela TB/HIV em qualquer nível de atenção à saúde:

**Recorte 10:** *“Tinha ali uma enfermeira que foi chave, ela foi muito forte, a ponto de ligar pros médicos que nem estavam no local. Fizeram tudo isso”* (S3, 52 anos, estudante de doutorado, união estável, 12 ou mais anos de estudo)

**Recorte 11:** *“Não conseguia comer, não conseguia ingerir alimentos sólidos, etc.... e por isso que a nutricionista do Hospital Escola foi, ela foi mesmo... ela acompanhou direitinho a alimentação. Acompanhou direitinho e eu notei que de fato ela tava a acompanhar. E foi bom. Foi muito bom. Gostei da forma como me atenderam”* (S3, 52 anos, estudante de doutorado, união estável, 12 ou mais anos de estudo)

Nota-se que nas sequências discursivas, *“A mulher ali... profissional de saúde x, por mim são legal”*, *“Tinha ali uma enfermeira que foi chave, ela foi muito forte...”* e *“por isso que a nutricionista do Hospital Escola foi, ela foi mesmo... ela acompanhou direitinho a alimentação”*, a importância da constituição e acompanhamento articulado da equipe multiprofissional na rede de cuidado, a figura da enfermeira, nutricionista e assistente social propiciou uma assistência apta na realização de ações voltadas à necessidade de cada coinfectado.

Ainda, nas expressões *“Gostei da forma como me atenderam”* e *“Fizeram tudo isso”* há um reconhecimento, por parte do sujeito, de que o atendimento superou suas expectativas e que a assistência prestada a este doente foi além dos limites das instituições de saúde, como observado na figura da enfermeira destacado na marca linguística *“ela foi muito forte”*: forte no ponto de enfrentar e cobrar assistência da posição do médico, visto na sociedade como um profissional de saúde diferenciado e detentor de poder e

conhecimento. Ou seja, o sujeito 3 valoriza o movimento da enfermeira e traz em seu interdiscurso, sentidos produzidos de reconhecimento e valorização desta categoria profissional, assim como, as demais áreas da saúde, enfatizando a importância da articulação de saberes e das ações entre os diferentes profissionais deste campo no desfecho do tratamento.

Corroborando com Peduzzi (2001) o trabalho em equipe composto por profissionais com diferentes conhecimentos e saberes na área da saúde veio para dissolver o intenso processo de especialização no campo da saúde, valorizando as ações voltadas para as necessidades da população. Este foi concebido como recurso para aumento da produtividade e racionalização dos serviços em saúde.

Nesse sentido, a multiprofissionalidade é definida como a atuação conjunta de várias categorias profissionais da área da saúde (articulação e cooperação das ações multiprofissionais) com enfoque e interesse na relação entre esses diferentes atores na busca de intervenções e técnicas que valorizem não somente indivíduo, mas sua família e todo seu entorno social (FORTALEZA, 2007).

Ferriotti (2009) destaca que diante do tratamento concomitantemente de pacientes coinfectados pela tuberculose e o HIV requer das equipes multiprofissionais e instituições o desenvolvimento de sistemas que possibilitem trocas criativas nas distintas áreas do saber, nivelção dos poderes, co-responsabilização, auto-organização e autonomia de cada sujeito envolvido, para assim buscar uma assistência de qualidade. No entanto, ao contrário do que observamos no discurso dos sujeitos 4 e 6, onde a posição nutricionista, enfermeira e assistente mantêm um mesmo nível de equiparação de poder, Ferriotti (2009) afirma que esse processo é árduo, pois envolve a reformulação de estruturas institucionais, valores e hábitos construídos e sustentados pela cultura da sociedade moderna. Além disso, as equipes de saúde encontram obstáculos sociais, pedagógicos, políticos, ideológicos quando imbuídas para mudar a realidade da assistência.

Nos seguintes recortes identificamos nos discursos dos sujeitos a questão da acessibilidade aos serviços de saúde e a utilização de incentivos para a continuidade da assistência:

**Recorte 12:** *“Eu venho com meu carro. Meu cunhado vem me trazer. Eu pego ônibus também, né, que me leva para fisioterapia, me leva pra... só aqui como é cedo é meio complicado pra eles, né”. (S6, 41 anos, beneficiário do INSS, solteiro, 12 anos de estudo).*

**Recorte 13:** *“Ah, os exames também. Às vezes elas dão passe, às vezes assim, agora... não sei se, se vocês pode pega o carro de alguém pra pode leva, mas às vezes eu, empresta a minha família, quando eu to ruim assim”. (S4, 45 anos, desempregado, 8 anos de estudo).*

**Recorte 14:** *“Todos eles praticamente ligavam para ambulância, transportes, sem problemas... é, eu não tive assim muitos problemas”. (S3, 52 anos, estudante de doutorado, união estável, 12 ou mais anos de estudo).*

Nota-se por meio das seqüências discursivas: *“Eu pego ônibus também, né...”* e *“ligavam para ambulância, transportes...”* o acesso dos doentes a esse serviço onde pode se identificar que alguns adoecidos encontram facilidades para estar indo à unidade de saúde como observado no discurso dos sujeitos 6 e 7 que durante o acompanhamento e tratamento para a coinfeção TB/HIV tiveram a disposição ambulância e ônibus ofertados pelo município. Porém, percebemos no discurso do sujeito 6 uma contradição, pois ao mesmo tempo que ele tem acesso ao ônibus, este doente encontra dificuldade quanto aos horários disponíveis, devido ao período de funcionamento do serviço de saúde no qual faz o acompanhamento destas afecções.

Para este sujeito, partindo das condições de produção em sentido estrito, a coinfeção TB/HIV e toxoplasmose trouxe graves sequelas que o impossibilitam transitar sem cadeira de rodas. Em São Carlos, a empresa de transportes coletivos disponibiliza vans para pacientes com alguma deficiência física ou mental e leva-os aos serviços de saúde, porém somente com agendamento prévio. No ambulatório de infecções crônicas as consultas são realizadas no período da manhã 07:00 e no período da tarde às 12:00 como

observado na sequência “*só aqui como é cedo é meio complicado pra eles, né*”.

Nesse sentido, percebemos que o doente durante o tratamento precisa se adaptar ao horário de atendimento do serviço de saúde, bem como, dos horários disponíveis do transporte público. Porém muitas vezes, necessita recorrer aos amigos, vizinhos e familiares quando não obtém acesso a estes recursos, aspectos que, muitas vezes, dificultam a adesão aos tratamentos de ambas às doenças.

O acesso ao serviço de saúde é compreendido como o modo que o sujeito adoecido adentra neste sistema e como este é atendido. Além disso, este conceito refere-se às barreiras que o doente encontra neste percurso sendo estas legais, territoriais socioeconômicas ou culturais que podem facilitar ou dificultar a relação dos usuários com a assistência ofertada (SANTOS et al, 2012). Para estes autores, a atual Constituição Brasileira expõe em seu conteúdo que todos os cidadãos independentemente de sua situação social possuem o direito ao acesso universal aos serviços de saúde por meio de medidas de promoção, proteção e recuperação de saúde.

A Política Nacional de Controle da Tuberculose enfatiza que para o fortalecimento da estratégia DOTS, é necessário a descentralização das ações de controle desta doença para a atenção básica e, dessa forma, é fundamental a ampliação do acesso da população em geral, bem como, das populações vulneráveis, como os doentes de tuberculose e coinfectados pela TB/HIV (BRASIL, 2011).

Além disso, como o intuito de possibilitar melhor acesso aos serviços de saúde, Palha et al (2012) retrata em seu estudo que a maneira com que os sujeitos adoecidos se significam no processo de cuidado torna-se essencial para avaliação da assistência prestada pelos serviços de saúde.

Em um estudo realizado em João Pessoa-PB, os autores descreveram que os idosos e a população em geral encontram barreiras de acesso na busca por diagnóstico ou tratamento, devido ao horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, revelando fragilidades nas dimensões organizacionais e da disponibilidade de acesso aos serviços de saúde. Todo este cenário é considerado desfavorável e limitante tanto para o diagnóstico como tratamento (OLIVEIRA et al, 2013).

Considerando o contexto dos doentes de TB, assim como, coinfectados por esta doença e pelo HIV reforçamos a necessidade de romper as barreiras de acesso que impedem a adesão ao tratamento e vínculo ao serviço de saúde. Para isso, há de se pensar em estratégias de reabilitação social, trabalho multiprofissional, melhora da autoestima, qualificação profissional e os facilitadores de acesso, como por exemplo, a utilização de incentivos como vale – transporte.

Por fim, o sujeito 4, em seu discurso, reforça a questão dos incentivos ofertados como facilitadores não somente para acesso ao serviço, mas na adesão ao tratamento, como observado na marca linguística “ *Às vezes dão passe*” assim como observado no recorte nº 9 “ *a mulher ali... assistente social, por mim são legal*”. O termo “legal” é empregado produzindo o efeito de sentido relacionado ao fato da assistente social, na sua posição e dentro de suas funções o ter escolhido para fornecer o vale-transporte. Nesse sentido, observamos que esta profissional, seguindo critérios, detêm o poder para a escolha dos doentes que irão ou não receber benefícios da instituição, tais como: vale-transporte ou cesta básica, sendo um destes critérios é a regularidade no tratamento. Lembrando que o indivíduo adoecido por tuberculose não possui o direito à cesta básica, somente os pacientes portadores do HIV.

Durante essa discussão, percebemos a relevância da construção do vínculo entre os doentes e a equipe multiprofissional atendendo as necessidades e peculiaridades de cada sujeito, assim como, a importância de repensarmos, com os gestores municipal, estadual e federal, o acesso destes doentes ao serviço de saúde e, ainda na importância dos incentivos para a adesão ao tratamento e cura.

### **3.3. Condicionantes que influenciam no processo de adoecimento**

Nos seguintes recortes, analisaremos a partir dos discursos a dimensão do impacto causado por essa comorbidade atingindo não somente o aspecto biológico e físico desses sujeitos, mas o emocional e psicossocial.



**Recorte nº15:** *“Eu vim para o Centro de Especialidades, esta seção. E tudo começou aí. Mas como estava muito fraco, etc, e então as enfermeiras do posto médico lá, Santa Paula, me ajudaram bastante. Então eles começaram a fazer contatos, baixei na Santa Casa, foi uma semana só, depois sai ainda meio fraco cujo baixei cerca de dois meses no Hospital Escola. Foi assim, depois tive alta, continuei com tratamento domiciliar e até hoje.... Continuo...”* (S3, 52 anos, estudante de Doutorado, 12 anos de estudo ou mais).

**Recorte nº 16:** *“Ah, agora não sei. Meus pé tava dormente, né. Dor no pé, dor na perna, nem sei o que é. Sabe foi mal mesmo. Tô mal até hoje. Assim né... eu to mal, me recuperei, engordei, to comendo... o que fico é cansada e esses dor no osso, essas coisas assim. O ânimo...perdi o ânimo! ”* (S4, 45 anos, desempregado, solteiro, 8 anos de estudo).

Observamos por meio desses recortes o discurso médico no momento em que estes sujeitos identificam, mesmo inconscientemente, os primeiros sintomas de tuberculose como, por exemplo, a fraqueza, a qual é sustentada nas sequências discursivas, “*Mas como estava muito fraco*” e “ *... depois sai ainda meio fraco cujo baixei cerca de dois meses no Hospital Escola*”. Cabe ressaltar a partir da expressão “[...] *me recuperei, engordei [...]*”, que muitos doentes durante o esquema terapêutico para tuberculose, assim como, para HIV que este tratamento oferece ao sujeito conforto, reinserção na rotina e recuperação do estado físico. Conforme observado acima, estes tendem a abandonar o tratamento como podemos observar nas condições de produção do sujeito 4 (S4), o qual havia abandonado o tratamento duas vezes alegando que já havia melhorado nos primeiros meses de tratamento.

Ademais, algumas entrevistas, nos instigam a pensar na dor como entrave para o prosseguimento das atividades cotidianas, influenciando negativamente na qualidade de vida destes sujeitos, podendo ser também um fator decorrente da ineficácia do esquema terapêutico, ora por resistência medicamentosa ora pela falta de adesão do doente a terapia.

A dor ultrapassa a dimensão física e biológica sendo a dor psicológica, emocional e espiritual constantemente presente em pacientes que não possuem possibilidade terapêutica, principalmente quando este demonstra medo da morte ou entrega a doença, conforme observado na sequência discursiva “*O ânimo...perdi o ânimo*” (SOUSA et al, 2010). Diante do exposto, na vivência da finitude, reconhece-se como dor total a experiência dolorosa deste sujeito doente, a qual é determinada por um conjunto de fatores físicos, emocionais e espirituais (SOUSA et al, 2010).

Além da dor, as reações adversas devido ao uso dos antirretrovirais e medicamentos para tuberculose estão diretamente relacionados à adesão ao tratamento e futuramente no processo de cura, conforme observamos nos seguintes recortes:

**Recorte nº 17:** *“Cai em doença né. Se sente um pouco mal no começo né, mas acostuma né, faze o que. Tem que acostuma (S6, 41 anos, beneficiário do INSS, solteiro, 12 anos de estudo).*

**Recorte nº 18:** *Eu aceito bem sabe os remédios. Já sabe os remédios de cor e salteado. O pé ficou torto por causa disso, porque o médico não sabia, o Dr. P descobriu que tinha os gânglios da tuberculose e tava tratando toxoplasmose. Aí os remédio não batia um com o outro e foi onde eu fiquei na cadeira de rodas (S6, 41 anos, beneficiário do INSS, solteiro, 12 anos de estudo).*

Na sequência discursiva “*Eu aceito bem sabe os remédios de cor e salteado*”, há um silenciamento do sujeito 6 quanto ao caráter impositivo da instituição de saúde e da unidade familiar, o que nos permite refletir acerca da falta de negociação no momento da escolha da forma de tratamento e de como este indivíduo se cala diante das reações adversas ocasionadas pelo medicamento. Observemos o discurso “[...] *mas acostuma né, fazê o que. Tem que acostuma*” o sujeito com o receio, muitas vezes, de sofrer algum castigo, punição ou discriminação por parte dos profissionais de saúde e familiares caso recuse a forma de administração dos medicamentos.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) consiste na observação da tomada de medicamentos diariamente na unidade de saúde (BRASIL, 2011). Esse tratamento, tornou-se um desafio para as políticas e serviços de saúde pois é um tratamento de longa duração que causa diversas reações adversas, possui horário para sua tomada, a maioria dos doentes são adultos jovens, há comprometimento do estado nutricional, muitos são alcoolistas, como também há a incompatibilidade de horário de funcionamento dos serviços de saúde com o horário de trabalho. Dessa forma, todos esses elementos tornam-se um obstáculo à adesão, levando os doentes a abandonarem nos primeiros meses o tratamento o tratamento (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014).

Corroborando com a afirmação anterior, ressaltamos que a coinfeção TB/HIV atinge pessoas economicamente ativa devido ao estilo de vida dessa população, que geralmente fazem uso de bebidas alcoólicas e possuem horários irregulares para alimentação e descanso, fatos que podem cooperar para interrupção do tratamento (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014).

Em um estudo realizado em Belém, sobre os motivos que levam os pacientes coinfectados por TB/HIV a abandonar o tratamento, constatou-se que a escolha do tratamento anti-retroviral deve ser realizado observando a toxicidade, o risco de intolerância e adesão do paciente com intuito de reduzir os eventos adversos e o abandono. E, dessa forma, considerando a possibilidade de postergar a utilização deste tipo de medicação caso o sujeito não esteja em situação muito grave (RODRIGUES et al, 2010).

E por fim, a seqüência discursiva “o médico não sabia, descobriu que tinha os gânglios da tuberculose e tava tratando toxoplasmose”, observamos a fragilidade no diagnóstico da doença, o que nos faz refletir acerca da escuta clínica adequada, do olhar integral ao doente e, ainda nas lacunas que permeiam tal patologia, pois os profissionais ao realizar a consulta, muitas vezes, não pensam na TB como possível diagnóstico. Nesse sentido, a busca de sintomáticos respiratórios para identificação da doença deixa a desejar, o que acarreta conseqüências graves para os doentes conforme observado nesta situação.

O diagnóstico tardio ocorre, em alguns casos, devido à falta de informação e conhecimento por parte do doente, como os primeiros sintomas e a forma de transmissão ou devido aos profissionais de saúde que deixam a

desejar em relação às ações direcionadas á detecção precoce de casos, bem como, a construção de projetos terapêuticos que respeitem a singularidade de cada indivíduo dentro do seu contexto social.

No contexto da tuberculose, o diagnóstico tem se demonstrado um grande desafio como também intervenção no controle desta afecção, sendo este e o início imediato ao tratamento aspectos fundamentais no controle desta doença, visto que a cessação da cadeia de transmissão do bacilo da tuberculose, na maioria dos casos, é determinada pelo tratamento ao sujeito contaminado (COSTA et al, 2012; LAFAIETE; SOUZA; MOTTA, 2013). O diagnóstico tardio, conforme observado no discurso do sujeito 6, é apreendido como o intervalo de tempo entre a primeira consulta do doente em qualquer instituição de saúde e o momento da confirmação diagnóstica que pode ser resultante a desorganização do sistema de saúde local para a identificação de sinais e sintomas clínicos e diagnóstico como também a baixa suspeição diagnóstica por partes dos servidores da saúde como também a descontinuidade da assistência ofertada (SÁ et al, 2013).

Costa et al (2012) em seu estudo acerca da demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro afirma que o atraso em se conseguir o resultado do diagnóstico e a demora no início do tratamento influencia no agravamento do prognóstico do doente, aumento das mortes ocasionadas por esta doença como também a manutenção do bacilo no meio. Podemos observar tal situação através da marca linguística “*O pé ficou torto por causa disso*” onde este doente devido à falta da suspeição acerca desta afecção e demora na introdução da medicação trouxe sequelas graves a este sujeito incapacitando para atividades para atividades do cotidiano, com por exemplo, o ato de fechar uma janela conforme enunciado na entrevista pelo doente 6.

Destaca-se que a procura por sintomáticos respiratórios por todos os níveis de atenção, mas principalmente pela Atenção Primária a Saúde (APS) preconizada pelo ministério da saúde como a principal entrada do paciente infectado pela tuberculose ao serviço de saúde, não deve somente se restringir a busca do usuário as unidades de saúde, mas devem ser intensificadas visto que esta ação é de suma importância para o diagnóstico precoce da doença (DANTAS et al, 2014).

Além disso, ressalta-se que a falta de conhecimento acerca dos sinais e sintomas da tuberculose assim como o modo de transmissão, diagnóstico e tratamento desta doença por parte dos profissionais prejudica a assistência ofertada aos doentes (SOBRINHO et al, 2013; SÁ et al, 2013). Estudos apontam que a educação permanente nas instituições de saúde torna-se um potente instrumento na qualificação de todos os profissionais que atuam no campo da saúde com intuito de ampliar o conhecimento acerca dos casos suspeitos de tuberculose como também para o fortalecimento da descentralização de atenção a esta doença e na implantação da estratégia DOTS (SOBRINHO et al, 2013; SÁ et al, 2013).

Ponce et al (2013) frisa em seu estudo que a qualificação profissional acerca do manejo da tuberculose deve ocorrer em treinamentos sistematizados e contínuos onde todos os profissionais possam participar, ao contrário do que tem se observado onde a informação ficam retidas em alguns profissionais que não repassam as informações para toda equipe na qual está inserido. Além disso, os autores destacam a necessidade da implementação de meios que articulem as políticas nacionais com as peculiaridades de cada serviço de saúde e também, imprescindibilidade do preparo do profissional para o controle da tuberculose desde a formação em escolas técnicas e de ensino superior (PONCE et al, 2013).

Frente ao exposto, a partir dos discursos, identificou-se a necessidade de instituições de saúde estarem estruturados e capacitados acerca da conduta relacionado ao processo de adoecimento dos sujeitos acometidos pela coinfeção TB/HIV ou somente pela tuberculose conforme discutido anteriormente, desde do reconhecimento da dor como um fator que influencia no prosseguimento do tratamento até a organização dos serviços de saúde na assistência a estes doentes.

*Considerações Finais*

---

Partindo do pressuposto de que na análise do discurso há um processo de des (constituição) de sujeitos e dos sentidos, desencadeando em efeitos de sentidos que podem ser diversos e que estes são governados pelas formações ideológicas, identificou-se a partir das diferentes materialidades, a relação dos sujeitos com alguns sentidos construídos em seu processo de adoecimento.

Os discursos sobre o processo de adoecimento pelo TB/HIV ainda hoje se relacionam a concepção de que essas doenças acometem somente sujeitos com comportamentos desregrados, como indivíduos que fazem uso de bebidas alcoólicas, que possuem muitas relações sexuais como também uso de drogas. Além disso, observou-se a falta de conhecimento dos doentes acerca da co-infecção TB/HIV e negação destes motivados por sentidos cristalizados na sociedade devido ao medo da descoberta de suas identidades e rejeição no círculo social no qual estão inseridos. Diante do exposto, ressalta-se que as políticas de saúde, serviços de saúde e profissionais deste setor promovam estratégias no qual possa se desconstruir os sentidos relacionados ao estigma em relação ao TB/HIV dentro da sociedade com o propósito de reinserir este sujeito ao seu convívio social em suas atividades do cotidiano como também na busca de um desfecho favorável para ambas as doenças, ou seja, redução da taxa de abandono e cura para a tuberculose e prosseguimento no tratamento no caso do HIV/Aids.

Além disso, por meio das sequências discursivas, é evidente a importância da figura familiar na (des) constituição do sujeito adoecido por esta coinfecção sendo principal fonte de apoio frente a esse processo de adoecimento e para continuidade do tratamento como também principal aliada na descontinuidade da discriminação, conforme observado nos discursivos dos sujeitos participantes deste estudo, a qual contribui para minimizar o sofrimento diante de tais doenças. Ressalta-se que gestores e servidores da saúde encontrem meios e medidas que incluam familiares ou cuidadores no cuidado e assistência a estes doentes, como por exemplo, desde a educação clara e concisa acerca da forma de transmissão da doença, diagnóstico e forma de tratamento até formação de grupos individuais ou coletivos onde possam expor dificuldades e medos como também facilidades no enfrentando a estas doenças.

Durante este estudo, a religiosidade apresentou-se como um sentido circulante no qual os sujeitos se ancoravam para alívio de sua aflição e resposta para o processo de adoecimento no qual estão inseridos. O sentido da morte iminente identificada durante análise do corpus, principalmente relacionada ao HIV e a Aids, está intimamente atrelada a falta de divulgação das formas de tratamento acerca desta doença.

Destaca-se a relevância da criação e construção do vínculo entre os doentes com o serviço de saúde e os servidores desta área neste município, visto que a assistência prestada a estes coinfetados ultrapassa a dimensão biológica, considerando o aspecto emocional e psicossocial de cada indivíduo, fazendo que o sujeito em seu processo de significação no cuidado sinta-se único (centralidade de cuidado).

Em relação a utilização de incentivos (vale-transporte) e a organização da estrutura do sistema de saúde é necessário a articulação deste setor com as demais áreas, como por exemplo, as secretarias de transporte e trânsito e pessoas com deficiência e mobilidade reduzida com objetivo de romper com as barreiras que muitas vezes impedem o acesso ao serviço de saúde (incompatibilidade de horário de funcionamento entre unidades de saúde e transportes coletivos) e utilizar-se destes auxílios como fator motivador na continuidade do tratamento conforme identificado durante as análise do bloco discursivo “ O vínculo profissional-usuário e utilização de incentivos na continuidade do tratamento”.

É primordial diante deste cenário a formação de profissionais desde o ensino técnico e superior voltados a atender e compreender que no contexto da coinfecção TB/HIV, o sujeito adoecido não se restringe a aspectos clínicos, mas que cada doente envolvido neste processo de adoecimento possui sua singularidade e subjetividade no enfrentamento destas doenças. Neste sentido, é fundamental a utilização da educação permanente junto a programas articulados no preparo e qualificação dos profissionais de saúde na identificação de casos de tuberculose e HIV, visto em alguns discursos e condições de produção durante este estudo, que ambas são diagnosticadas concomitantemente.



Logo, diante do exposto, ressaltamos que a análise de discurso de matriz francesa permitiu a compreensão dos efeitos de sentidos produzidos ao longo dos discursos dos sujeitos participantes desta pesquisa frente ao processo de adoecimento pela tuberculose e HIV. Lembramos que como nesta perspectiva o discurso é que algo em constante movimento e não findo, salienta-se que este estudo está aberto a novas interpretações e discussões acerca do tema.

## *Referências*

---

ABRÃO, F. M. S. et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/Aids na cidade de Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 140-154, jan. /mar. 2014.

ANDRADE, R. G.; IRIART, J. A. B. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-574, mar. 2015.

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: Considerações Teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9. n.3, p.263-271, jul. /set. 1993.

ARAÚJO, E.C. Uma abordagem da pessoa no processo de adoecimento. **Cultura Homeopática**, v.2, n.5, p.8-14, out./dez. 2003.

ASSUNÇÃO, C.G.; SEABRA, J.D.R.; FIGUEIREDO, R.M. Percepção do paciente com Tuberculose sobre a internação em hospital especializado. **Ciencia y Enfermeria**, v.15, n. 2, p. 69-77, 2009.

BARRETO, A. J. R. et al. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 847-853, Dec. 2013

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à análise do discurso**. 2º ed. Campinas/SP: Editora Unicamp, 2004.

BRANT, L.C; MINAYO-GÓMEZ, C. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.3, p.465-473, set. /dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a. 288p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV- AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV- AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 100p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354890>. Acesso em: jan. 2015

BRASILEIRO, M.E.; SILVA, L.C.S. Metodologia da pesquisa científica aplicada à enfermagem. Goiânia, GO: Editora AB, 2011.

CAMINHAS, L.R.P.; MAIA, M.R. Análise de Marcas Linguísticas, Intertextualidade e Discurso Político nos Filmes “Peões” e “Entreatos”. **Revista Anagrama: Revista Científica Interdisciplinar da Graduação**, 2011.

CARBONE, M. H. *Tísica e rua: os dados da vida e seu jogo*. 2000.103 p. Dissertação (Mestrado em Endemias na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

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

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N. HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1813-1814, 2012.

CLEMENTINO, F. S. et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19. n. 4, p. 638-643, 2011.

COSTA, L.P.M. Contando história de paciente. **Interface: comunicação e saúde, educação**, v.12, n.24, p. 73-86, jan. /mar. 2008.

COSTA, P.V. et al. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 195-202, 2012.

DANTAS, M.M.F.; AMAZONAS, M.C.L.A; PAZ, D. A experiência como possibilidade de pesquisa. In: Congresso Ibero-Americano em investigação qualitativa, 4, 6- 7 agosto de 2015, Aracaju. **Atas Investigação Qualitativa em Saúde**. Aracaju: 2015, 378-383.

DANTAS, D. N. A. et al. Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 3, p. 75-81, Sept. 2014.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-505, Apr. 2013.

FERIOTTI, M.L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Revista do NESME**, Campinas, v. 2, n. 6, p. 113-219, 2009.

FILHO, M. P. S. et al. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 2, June 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472012000200020/](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472012000200020/). Acesso em: 2013-10-28.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R.E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272, June 2010.

FORTALEZA. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. **O multiprofissionalismo em saúde e a interação das equipes do programa de saúde da família.** 2007, 67 p.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4<sup>o</sup> ed. São Paulo: Atlas, 2002

GOFFMAN, E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada, 2004, 124 p.

GRANICH, R. et al. Prevention of tuberculosis in people living with HIV. **Clin. Infect. Dis.** 2010;50 (Suppl.) n<sup>o</sup>.4. p.S215-22

GUIMARÃES, R.M et al. Tuberculose, HIV e Pobreza: tendência temporal no Brasil. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v. 38, n. 4, p.511-517, 2012.

LACAN, J. **A família.** Lisboa: Assírio e Alvim. 1981.

LAFAIETE, R.S.; SOUZA, F.B.; MOTTA, M.C.S. O atraso no diagnóstico da tuberculose. **Journal of Research Fundamental Care On Line.**, v.5, n.3, p. 174-180, 2013.

LEMOS, LA.; FEIJÃO, A.R.; GALVÃO, MTG. Aspectos sociais e de saúde de portadores da coinfeção HIV/Tuberculose. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v.14, n.2, p. 886-890, 2013.

LIMA, D. J. M. et al. Comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.6, p. 886-90, 2014.

LIRIO, M. et al . Completude das fichas de notificação de Tuberculose nos municípios prioritários da Bahia para controle da doença em indivíduos com HIV/AIDS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1148, abr. 2015

MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev. Bras. Clin. Med**, São Paulo, v.10, n.3, p. 226-30, 2012.

MEDEIROS, B.; SALDANHA, A. A. W.. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 29, n. 1, p. 53-61, Mar. 2012.

MICHEL, T. et al. Do real ao ideal - o (des) cuidar da saúde dos idosos longevos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 398-405, 2015 .

MOREIRA, V; BLOC, L; ROCHA, M. Significados da finitude no mundo vivido de pessoas com HIV/AIDS: um estudo fenomenológico. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.12, p. 554-571, 2012.

MOREIRA, V.; MESQUITA, S.; MELO, A. K.. A experiência de hospitalização vivida por pacientes com AIDS. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 60, n. 133, p. 153-166, dez. 2010

NEVES, L. A. S. et al. Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, junho 2012.

NUNES, A. A. et al. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3191-3198, Oct. 2015.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, Feb. 2013.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n.2, p. 275-283, abr./jun. 2010.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 5º ed. Campinas-SP: Pontes, 2003. 99 p.

ORLANDI, E. P. **Discurso em Análise: Sujeito, Sentido e Ideologia**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2012.

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

PALHA, P. F. et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 2, Apr. 2012.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio/ trad: Eni Puccinelli Orlandi et al. 5ªed.** Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2014. 287 p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, Feb. 2001 .

PERUHYPE, R. C. et al. Distribuição da tuberculose em Porto Alegre: análise da magnitude e coinfeção tuberculose-HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1035-1043, Dec. 2014.

PERES, M.F.T.; ALMEIDA-FILHO, N. A nova psiquiatria transcultural e a reformulação na relação entre as palavras. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.17, p.275-285, mar./ago. 2005.

PINHEIRO, R. S. et al. Determinantes sociais e auto relato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v. 34, n. 6, p. 446-451, Dec. 2013

PINTO, A. C. S. et al. Compreensão da Pandemia da Aids nos últimos 25 anos. **J. bras. Doenças Sex. Transm.**, v.19, n,1, p. 45-50, 2007.

PINTO, A. N.; FALCAO, E. B. M. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 1, p. 38-46, Mar. 2014

PONCE, M. A. Z. et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 945-954, May 2013.

PÔRTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, v.41, s.1, p. 43-49, 2007.

PRADO, T.N et al. Factors associated with tuberculosis by HIV status in the Brazilian national surveillance system: a cross sectional study. *BMC Infectious Diseases*, p. 14:415.

ROCHA, D. S.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou Descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, n.1, p.232-245, 2012.

RODRIGUES, I. L. A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 383-387, June 2010.

RODRIGUES, A. M. S. et al. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose por coinfectados ou não pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2012.

SA, L. D. de et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-363, Apr. 2012 .

SA, L. D. et al . A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1165-1171, Oct. 2013

SAMPIERI, R.H. *Metodologia de pesquisa*. 5° ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624 páginas

SANTOS, Naila J.S; et al. Contexto de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, s.2, p. 321- 333, 2009.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “ Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de Tuberculose. **TBWEB 1.6**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2008, 56 p.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “ Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de Tuberculose. **Relatório de Situação: Resumo dos indicadores de Tuberculose**.São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2012, 2 p.

SERRA, A. et al. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 294-304, June 2013.



SILVA, P. F.; MOURA, G. S.; CALDAS, A. J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1745-1754, Aug. 2014.

SOUZA, M.L.X.F. et al. Adentrando em um novo mundo: significado do adoecer para criança com câncer. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n. 2, p. 391-399, 2014.

SILVA, J. B. et al. Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 209-229, mar. 2015

SOBRINHO, R.A.S. et al. Conhecimento de enfermeiros de unidade de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enferm**, v.19, n.1, p.34-40, 2014.

SOUZA, N. R. et al. Percepções das gestantes na realização do teste Anti- HIV (Elisa) em um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids de uma cidade do Estado de Minas Gerais. **J. bras. Doença Sex. Transm.**, Passos, v.20, n. 1,p. 24-31, 2008.

SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n. 4, p 904-11, 2010.

SOUZA, K. M. J. Discurso sobre a tuberculose: significância por e para sujeitos.2012.Tese(Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07112012155457/>. Acesso em: 2015-08-10.

\_\_\_\_\_. **Global Tuberculosis Control Report 2014**. Geneva: Switzerland, 2015b. 204p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf)>. Acesso em: 28 de setembro de 2015.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico- Qualitativa: construção teórico- epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. 2º ed. Petrópolis / RJ: Vozes, 2003.

*Apêndices e Anexos*

---

*Apêndice A***QUESTÕES NORTEADORAS**

- Bom dia/ Boa tarde, como você está? Como tem passado neste período de tratamento?
- É a primeira vez que você faz o tratamento para tuberculose? Eu gostaria de saber um pouco como você se sente quando teve a notícia que tem tuberculose?
- .... Agora, você está fazendo o tratamento para a tuberculose e para o HIV. Faz tempo que você trata para o HIV?
- Eu gostaria que você me contasse um pouco como foi receber o diagnóstico de HIV? E agora como você se sente tendo que conviver com o HIV e a TB?
- Como é sua vida? Com a família, na sua casa? O seu dia a dia? Como é no seu trabalho?
- E no serviço de saúde como tem sido sua rotina? Ou seja, agendamento de consultas, tempo de espera, medicações, deslocamentos, relações com os profissionais?

*Apêndice B**Características Sócio Demográfico e histórico de tratamento*

Iniciais: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Questionário Número: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

1. Sexo?  Masculino  Feminino

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Município de procedência? \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

4. Renda? R\$ \_\_\_\_\_

5. Número de anos de estudo? \_\_\_\_\_

Anos

6. Estado Civil? \_\_\_\_\_

7. Profissão? \_\_\_\_\_

8. Tratou de tuberculose anteriormente?  Sim  Não

9. Responder somente em situação de tratamento de tuberculose anterior. O senhor (a) concluiu o tratamento anterior?  Sim  Não  Não se aplica

10. Quantos anos vive com o HIV? \_\_\_\_\_

## *Apêndice C*

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

1. O (a) senhor (a) está convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Discursos acerca da coinfeção HIV/TB**”, desenvolvida por Amanda Alessandra dos Reis sob orientação da Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Simone Terezinha Protti do Departamento de Enfermagem da UFSCar.
2. As informações fornecidas ajudarão a equipe do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e do Programa DST-Aids Hepatites Virais como também a rede de atenção primária a saúde na busca pela melhoria da prática assistencial da enfermagem, pois tornará possível identificar pontos que necessitam ser alterados com o intuito de melhorar o tratamento de HIV/Tuberculose aos pacientes no município de São Carlos.
  - a. Você foi selecionado por ser portador de TB/HIV; ser adulto (maior de 18 anos); estar em tratamento no ambulatório de infectologia durante o período de coleta de dados; e estar clinicamente apto à participação do estudo.
  - b. Esta pesquisa tem como objetivo analisar como a coinfeção TB/HIV influencia no processo de adoecimento.
  - c. Sua participação consistirá em responder às questões de uma entrevista que será audiogravada (Com média de duração de 40 minutos a ser realizada em local de sua preferência, serviço de saúde ou domicílio).
3. Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Pelos objetivos do presente estudo, os riscos que você estará sujeito são de constrangimento, cansaço, sofrimento psicológico, emocional e também insegurança por estar dialogando com um desconhecido no momento da entrevista. No entanto, você está livre para tomar a decisão de interromper a atividade a qualquer momento ou desistir da participação em qualquer etapa do estudo sem ter qualquer prejuízo em relação ao seu tratamento.
4. Os contatos com os participantes e as entrevistas serão realizadas pela pesquisadora que é aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. A mesma estará presente e disponível para informações durante todas as fases da pesquisa.
5. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, garantindo o anonimato, sigilo e privacidade. A utilização dos resultados será exclusivamente para fins científicos. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

6. Não haverá nenhum custo financeiro ao participante durante o desenvolvimento da pesquisa, como também o participante não receberá nenhum benefício em troca de sua participação.
7. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

---

Assinatura do entrevistado

Telefone: \_\_\_\_\_

---

**Amanda Alessandra dos Reis**

Aluna do Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem

Universidade Federal de São Carlos  
Rodovia Washington Luís, km 235 - SP-  
310.

Departamento de Enfermagem.  
Telefone: (16 33518334  
E-mail: aamandarreis@gmail.com

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Terezinha Protti.**

Universidade Federal de São Carlos

Rodovia Washington Luís, km 235 - SP-  
310.

Departamento de Enfermagem.  
Telefone: (16 33518334  
E-mail: simoneprotti@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Discursos acerca da coinfeção TB/HIV

**Pesquisador:** Amanda Alessandra dos Reis

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36163614.8.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 860.668

**Data da Relatoria:** 27/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo com a abordagem qualitativa, sustentado no referencial teórico Análise do Discurso, o qual busca compreender os processos de produção de sentidos na relação da língua com sua exterioridade histórica e social do sujeito. Tem por objetivo analisar como o discurso dos indivíduos com a coinfeção TB/HIV afeta na construção da identidade do sujeito e como influencia no processo de adoecimento. Essa proposta será desenvolvida com pacientes que utilizam o Centro Municipal de Especialidades de São Carlos (CEME), no ambulatório de DST/AIDS. A coleta de dados será dividida em duas etapas: Na primeira etapa será coletada junto à equipe multiprofissional e o Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento de Casos de Tuberculose, dados sócios demográficos a fim de caracterizar os sujeitos desta investigação. Na segunda etapa serão realizadas entrevistas individuais com os doentes coinfectados, as mesmas serão entrevistas semiestruturada áudio-gravadas. As transcrições serão organizadas com recurso do software ATLAS.ti 7, o qual facilita a análise de dados oriundos de discussões feitas em entrevistas abertas de uma maneira sistematizada. Dessa forma, utilizar-se-á da perspectiva teórico-analítica da Análise do Discurso (AD) pecheuxiana, com o intuito de possibilitar a criação de novas estratégias e intervenções para uma melhor assistência de saúde aos doentes coinfectados.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Telefone:** (16)3351-9683

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 860.668

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisadora aponta como objetivo geral analisar como o discurso dos indivíduos com a coinfeção TB/HIV afeta na construção da identidade do sujeito e como influencia no processo de adoecimento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora salienta como riscos que o sujeito possa sentir "constrangimento, sofrimento psicológico, emocional, cansaço, estresse e também insegurança por estar dialogando com um desconhecido no momento da entrevista". Como benefícios diretos e indiretos, a pesquisadora aponta que a "pesquisa proporcionará aos participantes do estudo um momento para esclarecimento de possíveis dúvidas com relação as coinfeções (Tuberculose e HIV) e seus respectivos tratamentos, como também colaborará para o esclarecimentos e identificação de possíveis lacunas na assistência de saúde prestada no município, e posteriormente, colaborará para implantação de novas intervenções que auxiliem na adesão dos pacientes aos tratamentos".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância social e científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora seguiu as recomendações do CEP, realizando as alterações pertinentes no TCLE e no documento de informações básicas sobre o projeto na plataforma brasil.

**Recomendações:**

Nada a acrescentar

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 860.668

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 06 de Novembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Carneiro Borra**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP      **Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

*Anexo B*

## Prefeitura Municipal de São Carlos

### Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial  
Rua 9 de Julho, 754 – São Carlos-SP

#### PARECER Nº 34/2014

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa de Mestrado intitulado: *“Discurso acerca da coinfeção HIV/TB”*, a ser desenvolvido pela aluna Amanda Alessandra dos Reis do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, sob orientação da Profa Drª Simone Terezinha Protti, tendo como objetivo geral analisar como o discurso dos indivíduos com a coinfeção TB/HIV afeta na construção da identidade do sujeito e como influência no processo de adoecimento.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, visto que os dados serão coletados junto à equipe multiprofissional e no livro de registro de pacientes e também serão realizadas entrevistas individuais semiestruturadas áudio-gravadas com os indivíduos coinfectados, vale ressaltar o risco de desconforto pela participação, desta forma deverá ser dada liberdade de escolha aos sujeitos da pesquisa, em não participarem do estudo ou desistirem de participar a qualquer momento, bem como as atividades serem imediatamente suspensas, caso se percebam riscos ou danos à sua pessoa, não previstos nos TCLE.

A pesquisadora deve garantir sigilo das informações colhidas, de modo a não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa mantendo uma relação empática e respeitosa, explicitando os objetivos e finalidade desta pesquisa.

Considerando que os resultados da pesquisa certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde-Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será realizada junto a profissionais e pacientes, caso haja necessidade de utilização dos espaços do ambulatório no CEME Unidade afeta ao DGCA para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- O contato e formalização do convite aos sujeitos da pesquisa deverão ser realizados pela pesquisadora, sem qualquer ônus para este serviço;
- A pesquisadora deverá se apresentar à gestão da equipe portando cópia deste parecer;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e,
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 25 de Agosto de 2014.

Michelle Miorin Libero  
Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial  
Secretaria Municipal de Saúde – São Carlos - SP

*Via pesquisadora*