



ARTIGO ORIGINAL

ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE:  
ANÁLISE DISCURSIVA\*

ACCESS TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MULTI-RESISTANT TUBERCULOSIS: DISCURSIVE  
ANALYSIS

ACCESO AL DIAGNÓSTICO Y AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE: ANÁLISIS  
DISCURSIVO

Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterio<sup>1</sup>, Ana Carolina Scarpel Moncaio<sup>2</sup>, Rafaella Coutinho Grecco Aguiar<sup>3</sup>, Noriza Veiga<sup>4</sup>, Fábio Muniz de Holanda Bento<sup>5</sup>, Pedro Fredemir Palha<sup>6</sup>

RESUMO

**Objetivo:** analisar discursivamente como os doentes de tuberculose multirresistente vivenciam o processo do diagnóstico e tratamento da doença, identificando as possíveis dificuldades e potencialidades, bem como a atuação da enfermagem. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, com doentes em tratamento em duas instituições de referência. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas e analisadas de acordo com o referencial da Análise do Discurso, matriz francesa. **Resultados:** apontaram-se dois blocos discursivos: “Acesso ao diagnóstico da tuberculose multirresistente” e “Acesso ao tratamento específico”, ambos sob a atuação do enfermeiro. **Conclusão:** considera-se necessário um olhar diferenciado dos profissionais de saúde para o diagnóstico e o tratamento da tuberculose multirresistente para que a organização dos serviços não seja uma barreira para o controle da doença. **Descritores:** Tuberculose Resistente a Múltiplos Medicamentos; Acesso aos Serviços de Saúde; Acesso Universal a Serviços de Saúde; Terapia Diretamente Observada; Pesquisa Qualitativa; Discurso.

ABSTRACT

**Objective:** to discursively analyze how multidrug-resistant tuberculosis patients experience the process of diagnosis and treatment of the disease, identifying possible difficulties and potentialities, as well as nursing practice. **Method:** this is a qualitative, descriptive study of patients undergoing treatment at two reference institutions. Semi-structured interviews were conducted and analyzed according to the Discourse Analysis framework, French matrix. **Results:** two discursive blocks were pointed out: “Access to the diagnosis of multidrug-resistant tuberculosis” and “Access to specific treatment”, both under the nurse's role. **Conclusion:** it is considered necessary a differentiated look of health professionals for the diagnosis and treatment of multidrug-resistant tuberculosis so that the organization of services is not a barrier to disease control. **Descriptors:** Tuberculosis, Multidrug-Resistant; Health Services Accessibility; Universal Access to Health Care Services; Directly Observed Therapy; Qualitative Research; Address.

RESUMEN

**Objetivo:** analizar discursivamente cómo los pacientes con tuberculosis multirresistente experimentan el proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, identificando posibles dificultades y potencialidades, así como la práctica de enfermería. **Método:** este es un estudio cualitativo, descriptivo de pacientes sometidos a tratamiento en dos instituciones de referencia. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se analizaron de acuerdo con el marco de Análisis del Discurso, matriz francesa. **Resultados:** se señalaron dos bloques discursivos: “Acceso al diagnóstico de tuberculosis multirresistente” y “Acceso a tratamiento específico”, ambos bajo la actuación del enfermero. **Conclusión:** se considera necesario una mirada diferenciada de los profesionales de la salud para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis multirresistente a fin de que la organización de los servicios no sea una barrera para el control de la enfermedad. **Descritores:** Tuberculosis Resistente a Múltiples Medicamentos; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Acceso Universal a Servicios de Salud; Terapia por Observación Directa; Investigación Cualitativa; Discurso.

<sup>1,3,4,6</sup>Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. <sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0001-6585-2560>; <sup>3</sup><https://orcid.org/0000-0003-0775-4123> <sup>4</sup><https://orcid.org/0000-0003-0536-2249> <sup>6</sup><https://orcid.org/0000-0002-5220-4529>

<sup>2</sup>Universidade Federal de Goiás/UFG. Catalão (GO), Brasil. <sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0002-4124-5173> <sup>5</sup>Universidade do Estado do Amazonas/UEA. Manaus (AM), Brasil. <sup>5</sup><https://orcid.org/0000-0001-5217-3710>

\*Artigo extraído de tese << Atenção a Tuberculose Multirresistente no Brasil: aportes à organização das Redes de Atenção à Saúde e a Gestão da Clínica >>. Universidade de São Paulo. 2017.

Como citar este artigo

Ballesterio JGA, Moncaio ACS, Aguiar RCG, Veiga N, Sicsú NA, Palha PF. Acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose multirresistente: uma análise discursiva. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e239406 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239406>

## INTRODUÇÃO

Sabe-se, apesar de um progresso substancial na prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB) nas últimas décadas, por meio de ações de saúde pública eficazes, do compromisso político e da mobilização de recursos, que ainda existe uma grande desigualdade no acesso aos cuidados de saúde relacionados a esta doença, pois milhares de pessoas padecem das mazelas que a mesma acarreta mundialmente.<sup>3</sup> Ressalta-se, apesar de o diagnóstico e o tratamento fazerem-se presentes de forma gratuita em mais de 87% dos países no mundo,<sup>4</sup> a necessidade de se transpor os obstáculos existentes que impedem o acesso dos doentes a eles.

Relata-se que as barreiras sociais, culturais, demográficas e organizacionais estão relacionadas à não adesão ao tratamento<sup>5-7</sup> e, conseqüentemente, contribuem para o aumento de casos de tuberculose multirresistente (TBMR) e tuberculose extensivamente resistente ou super-resistente (TBXDR).

Caracterizam-se a TBMR pela perda da susceptibilidade à isoniazida e à rifampicina, e a sua extensão, a TBXDR, pela resistência acrescida a uma fluoroquinolona e a um injetável de segunda linha, o que se entende como uma ameaça para o controle da doença em nível mundial,<sup>2</sup> haja vista que o tratamento é altamente complexo, bastante dispendioso, mais tóxico e, geralmente, menos eficaz que o tradicional (TB sensível), aumentando a proporção de mortes.<sup>6-7</sup>

Salienta-se que a lacuna do acesso e cobertura da TB é proporcionalmente maior para os casos multirresistentes, pois se somam outros fatores, como a baixa cobertura dos testes de sensibilidade às drogas, o acesso insuficiente aos medicamentos de segunda linha, a capacidade inadequada do sistema de saúde de prestar cuidado a estes doentes<sup>8</sup> e o tratamento e acompanhamento por diferentes serviços de saúde.

Defende-se que o enfermeiro assume um papel protagonista na prevenção e controle da TB (sensível ou multirresistente), pois, além de ser o profissional que está em contato direto com o paciente, está presente em todas as fases das atividades de controle da doença, seja em ambiente ambulatorial ou hospitalar.<sup>9</sup>

Enfoca-se, neste estudo, a organização dos serviços como barreira para o acesso ao diagnóstico e tratamento de pacientes com TBMR e TBXDR. Constata-se que estudar a acessibilidade do diagnóstico e tratamento, a partir das vivências destes doentes, é importante para se compreender, por meio daqueles que são diretamente atingidos, quais as barreiras organizacionais que dificultam o diagnóstico precoce e o subsequente tratamento, visto que favorecem a disseminação dos casos resistentes,

que representam, atualmente, a maior ameaça para o controle da doença.

## OBJETIVO

- Analisar discursivamente como os doentes de tuberculose multirresistente vivenciam o processo do diagnóstico e tratamento da doença, identificando as possíveis dificuldades e potencialidades, bem como a atuação da enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido em dois locais, um ambulatório de referência (AR) e um hospital de referência (HR), ambos localizados no interior de São Paulo, a fim de se compreender os aspectos amplos que envolvem o acesso ao diagnóstico e tratamento da TBMR.

Pontua-se, no que se refere à assistência à TBMR no Estado de São Paulo, que existem dois hospitais de referência para a internação de longa duração e nove centros de referência ambulatoriais para o tratamento.<sup>10</sup> Selecionaram-se, entre esses, o AR e o HR, pois, apesar de estarem situados em municípios distintos, são responsáveis pelo atendimento dos doentes em áreas de abrangência semelhantes. Sabe-se que o AR é um dos nove Centros de Referência Ambulatorial para o tratamento da TBMR no interior paulista, sendo responsável pelas consultas médicas mensais, acompanhamento dos casos e fornecimento dos fármacos, bem como a articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), que, por sua vez, responde pelo tratamento diretamente observado (TDO), enquanto o HR é uma das instituições da Secretaria do Estado destinadas às internações por TB de longa duração, onde os doentes recebem todo o tratamento em regime de hospitalização.<sup>10</sup>

Analisaram-se, inicialmente, as vivências dos doentes atendidos no AR, porém, a partir dos dados obtidos, observou-se a necessidade de se compreender como estes enfrentavam a internação de longa duração, objetivando, assim, o entendimento mais amplo do acesso ao diagnóstico e tratamento da doença.

Destaca-se que os participantes do estudo eram maiores de 18 anos, sem problemas cognitivos diagnosticados e estavam fora do sistema prisional. Aponta-se que, em ambos os cenários, os critérios de inclusão abrangeram indivíduos em tratamento há, pelo menos, seis meses, e que, mediante a orientação sobre os objetivos do estudo, concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Selecionaram-se, assim, 21 participantes por conveniência. Excluíram-se, contudo, cinco, sendo quatro do AR - três provenientes de municípios muito distantes e de difícil contato durante as

consultas ambulatoriais e um que se recusou a participar -, além de um outro, do HR, que recebeu alta durante a fase de produção dos dados.

Coletaram-se os dados entre março e maio de 2012, no AR, e de abril a junho de 2014, no HR. Executaram-se, para tal, pelas duas primeiras autoras (ambas devidamente treinadas e sem qualquer envolvimento com as instituições ou doentes), entrevistas semiestruturadas, realizadas com cada um dos participantes, individualmente e em um único encontro, com duração aproximada de 40 minutos, no ambiente do HR, AR ou no domicílio dos sujeitos em tratamento ambulatorial (quatro participantes), sendo registradas por meio de um gravador digital. Elegeram-se esse tipo de entrevista por possibilitar um certo direcionamento na relação pesquisador-sujeito, garantindo, assim, o cumprimento dos objetivos propostos.<sup>11</sup> Desenvolveu-se um roteiro para a produção dos dados, o qual foi composto por questões norteadoras abertas com o intuito de compreender o percurso dos participantes pelos diferentes serviços de saúde em busca do estabelecimento do tratamento específico, incluindo itens como a identificação da resistência, a sensibilidade às drogas específicas e o estabelecimento da terapia eficaz, bem como o acompanhamento dos casos para a obtenção de bons prognósticos.

Transcreveram-se as entrevistas e organizaram-se as informações no *software Atlas.ti*, versão 7.0. Optou-se, para a análise dos dados produzidos, pelo referencial teórico-metodológico da Análise do Discurso (AD), de matriz francesa,<sup>12</sup> a fim de se trabalhar com a compreensão e produção dos sentidos dos discursos dos doentes de TBMR.

Aprovou-se o projeto desse estudo pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o número de parecer 569063, atendendo-se, dessa forma, à Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).<sup>13</sup>

## RESULTADOS

Registraram-se, no estudo, 16 participantes, sendo 12 homens e quatro mulheres, com idades entre 24 e 67 anos, e uma média de 41,7 anos. Identificaram-se estes, para a apresentação dos resultados e proteção ao anonimato dos participantes, com uma letra (P) e um número, sendo os oito primeiros doentes atendidos no AR e, a partir do nono, aqueles em tratamento no HR.

Revela-se, quanto à classificação dos casos, que 13 eram acometidos por TBMR, enquanto três sofriam de TBXDR (todos em regime de internação hospitalar). Aponta-se que a maior parte dos participantes apresentava tratamentos prévios para a TB - variando de um a cinco esquemas medicamentosos para a doença, sendo que apenas

dois (P5 e P15) estavam no seu primeiro tratamento.

Sustentou-se a análise em dois blocos discursivos: “Acesso ao diagnóstico da TBMR” e “Acesso ao tratamento específico”, sendo as contribuições e a participação da Enfermagem um tema transversal a estes. Apresentam-se, a seguir, recortes dos discursos dos sujeitos e a análise do material empírico produzido nas entrevistas sob o enfoque discursivo.

### ◆ Acesso ao diagnóstico da TBMR

Entende-se que, nos dois cenários de estudo, os doentes apresentaram semelhantes trajetórias até a confirmação do diagnóstico de resistência, marcada pela mescla da história de tratamento para a TB com o esquema medicamentoso básico e a suspeição da resistência.

Podem-se notar, nos trechos dos discursos dos participantes, aspectos referentes a essas questões, que são apresentados a seguir.

*Primeiro, fiquei tomando o remédio em casa, o postinho levava o remédio, a cada trinta dias, me levava o remédio, aí, não deu resultado, começou com RIPE, né, que é o remédio base que começa. (P10)*

*Meu medicamento sempre foi supervisionado. Sempre tive que tomar com alguém da assistente social, enfermeiro, tanto que, até hoje, eu tenho um enfermeiro padrão e um enfermeiro aqui em cima, e eles controlam o meu remédio. (P1)*

*Eu tinha que tratar em casa, só que eu não consegui tomar os remédios; não é que eu não consegui, eu não tomava, mesmo. (P12)*

Encontram-se outros elementos decorrentes do longo processo de convívio com a doença, como a ausência da melhora após o uso da medicação prescrita.

*É que, mesmo depois do tratamento que voltei [...]. Fiquei na cama, nem andar, não andava. Até fazer barba, fazia no chão. Os remédios não faziam efeito nada, aonde que fui transferido para o HR. (P4)*

*Aí, tornou fazer os exames de novo, aí, os enfermeiros falaram “o senhor está bom pelo médico daqui”. Porque ele não era daquela área ali, é no postinho. O médico olhou ali e disse: “O senhor está novo”. E já mandou eu embora. [...] mas, eu estava sentindo ainda a mesma coisa ainda, febre, aquela suadeira [...]. Aí, a menina [filha] chegou, viu aquela situação [...], ela falou: “Pai, vamos pagar um médico particular, vamos levar o senhor”. Aí, levou. Chegou lá, o médico: “Eu vou passar pra um médico especialista que trabalha junto comigo”. Ele me mandou fazer os exames; quando ele viu os exames, ele falou: “Ei, seu [P2], a única solução é tem que ir pro AR”. Aí, foi que ele enviou pra eu vim pra cá. (P2)*

*Aí, mas aconteceu isso, aí, eles não resolveram nada, fui no posto, mas você sabe como que é o posto, eles não resolvem muita coisa, não levam muito a sério, eu acho que agora está sendo*

*levado mais a sério do que antes, tuberculose, ainda mais, multirresistente. (P9)*

#### ◆ Acesso ao tratamento específico

Verifica-se, ainda, que o diagnóstico da TBMR apresenta aspectos similares entre os dois cenários de estudo, que o tratamento apresenta elementos de grande diferenciação relacionados aos locais e à estrutura dos serviços que o realizam, tanto no que se refere ao próprio acesso ao serviço para o tratamento quanto aos aspectos mais particulares da organização e da implementação da assistência e, ainda, em relação às atividades desempenhadas pelos profissionais da Enfermagem.

*Eu fiquei mais ou menos uns três a quatro meses esperando essa vaga, mais ou menos isso aí, aí foi o que deu certo de vir para cá, né, aí, eu vim para cá. (P13)*

Observa-se que alguns doentes, mesmo com a indicação da internação, podem apresentar resistência a entrar no ambiente hospitalar.

*As enfermeiras de lá, as chefes de lá, caçoou eu, porque eu não queria ser internado, né, aí, eu falei assim: "Ah, se for essa doença aí, eu vou sim, porque eu tenho minha família dentro de casa", aí, foi na onde eles arrumaram essa clínica, aqui, e eu vim para cá. (P16)*

*Isso eu já não sei, se tem ou não tem [comunicação entre o AR e a APS], mas o responsável mesmo de pedido, estar de preocupado de eu fazer os exames e tomar os medicamentos, é o enfermeiro do posto de saúde. (P1)*

Pode-se notar, como cada doente é procedente de um município diferente, uma distinta organização para a oferta dos serviços prestados.

*No começo, eles [enfermeiros da APS] telefonavam lá pra mulher: "Como é que tá, o senhor P2?" [...] no começo, também, quando eu vim aqui para o AR [...]. Aí, mudou de chefe, enfermeira chefe [...]. A nova veio umas duas vezes e depois falou que não dava para ir mais porque não tinha condição, ela não tinha condução, a prefeitura não estava dando a condução pra ela ir. (P2)*

Constatou-se que, no ambiente hospitalar, o processo de cuidado ocorre de maneira distinta da APS, já que, nesse cenário, o controle da ingesta medicamentosa é uma atividade rotineira que independe de negociações e de uma estruturação diferenciada; assim, à Enfermagem, cabem outros aspectos.

*É, o sistema deles, aqui, é um pouco complicado, é muita regrinha daqui, regrinha de lá, que, no meu ponto de vista, não há necessidade, mas tem que ter, né? [...] esses dias arrumei uma briga com eles [equipe de Enfermagem] porque minha família, quando vem, traz as coisas para mim, tipo bolacha, essas coisas, shampoo, condicionador, sabonetes, essas coisas, né, para não ficar totalmente dependendo do hospital [...] aí, eles queriam levar [...]. Porque tem lógica, tem paciente que tem problema com alcoolismo, drogas, então, por isso que eles*

*restringem [...]. Eu não bebo, não uso droga [...], então, eles alegam que, tipo assim, eu não posso ter dinheiro, a gente não pode ter dinheiro. (P11)*

## DISCUSSÃO

Destaca-se que as idades estão de acordo com os resultados encontrados no Inquérito Nacional,<sup>14</sup> fato que reforça a importância social e econômica da doença, visto que acomete muitas pessoas em idade produtiva.

Acrescenta-se outro fato que merece atenção no perfil dos participantes, que diz respeito ao fato de os casos mais graves de resistência estarem em regime de internação e, ainda que esta não seja uma recomendação vinculada ao perfil de TBXDR, admite-se a possibilidade de tratamento hospitalar dos doentes de mais difícil terapia.<sup>9</sup>

Encontram-se na fala de P10, primeiro trecho apresentando, alguns significados que merecem destaque: em primeiro lugar, o participante revela os sentidos do adoecimento e do tratamento evidenciados pela presença da marca linguística “postinho”, os quais estabelecem, em relação a esse doente, uma rotina de acompanhamento do caso na APS, ou seja, a enunciação desse sujeito, de acordo com a sua posição ideológica (os aspectos socio-histórico e ideológico que este vivenciou), é percebida na sua fala. Avalia-se que os sujeitos ocupam determinadas posições enquanto pronunciam as suas palavras e estas desvelam lugares socioideológicos assumidos, ou seja, no que concerne aos lugares ocupados, os sentidos são produzidos.<sup>12</sup>

Refere-se, contudo, o aspecto mais significativo ao emprego da sigla “RIPE”, que designa os quatro principais fármacos utilizados na fase intensiva do tratamento da TBMR (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol). Percebe-se que, ao utilizar tal recurso linguístico, P10 faz uso de uma formação discursiva (FD) pertencente a um universo simbólico diferente do seu, aproximando-se do discurso da saúde. Entende-se por FD aquilo que, em uma formação ideológica dada, considerando o seu contexto socio-histórico, determina o que pode ou não ser dito.<sup>15</sup> Aponta-se, assim, que esse conceito implica a existência de um determinado sentido, produzido devido à sua inserção em uma FD e não em outra, passando a assumir um sentido e não outro, a partir de quem fala e em determinadas condições de produção.<sup>12</sup> Observa-se, logo, que, quando o sujeito emprega o termo “RIPE”, ele mobiliza um arsenal de sentidos que, apesar de ser próprio dos profissionais de saúde, apresenta um significado distinto para ele, ou, ainda, interpretado e ressignificado, traduzindo o discurso médico de eficácia e efetividade do tratamento para uma linguagem mais palatável ao doente - “a base que começa”.

Verifica-se, por outro lado, que a familiaridade e a apropriação desse universo simbólico refletem o longo convívio com a doença. Sabe-se que, assim como a maioria dos sujeitos investigados, P10 não estava no seu primeiro tratamento para a TB, mas já havia passado por um, do qual teve alta por falência, mesmo com parte do tratamento sendo realizada no ambiente hospitalar devido a motivos sociais que inviabilizavam a adesão, como o etilismo. Trata-se de um pedreiro desempregado de 39 anos, solteiro, sem filhos e que se encontrava em tratamento específico para a TBMR há 23 meses no momento da entrevista. Ressalta-se que o paciente apresenta uma longa trajetória com a doença e os discursos que lhe são característicos. Destaca-se o papel dos tratamentos anteriores malconduzidos no desenvolvimento da resistência, sendo esse o principal fator de risco para a TBMR em vários contextos, inclusive, no Brasil.<sup>16</sup>

Verifica-se, nesse espaço de tratamento para a TB sensível, no qual se inserem o desenvolvimento e o diagnóstico das formas resistentes, que a presença do enfermeiro é uma constante, principalmente, na condução do TDO, tanto no ambiente domiciliar quanto nas unidades de saúde,<sup>17</sup> como pode ser percebido no fragmento discursivo trazido por P1.

Nota-se, na fala de P12, que o doente assume a sua dificuldade em se responsabilizar pelo seu processo de adoecimento, o que se relaciona com a sua doença atual, ou seja, a TBMR. Acrescenta-se, no que concerne às condições de produção do sujeito (o contexto socio-histórico), que o mesmo já passou por três tratamentos prévios para a TB, com a realização do TDO. Consta-se que, contudo, devido ao abandono, não conseguiu terminar os esquemas medicamentosos instituídos, o que levou à necessidade da internação hospitalar e, no seu histórico, encontram-se outras duas internações no HR, as quais abandonou sem finalizar a terapia medicamentosa proposta. Somam-se, assim, 15 meses de internação imposta devido à intervenção judicial.

Entende-se que, com as marcas linguísticas “só que eu não consegui tomar os remédios”, o sujeito evidencia sentidos anteriores ao seu tratamento atual, ou seja, há vestígios do esquecimento número um. Define-se, na AD, que o esquecimento número um (também chamado de esquecimento ideológico), caracterizado pela iminência do inconsciente, resulta na suscetibilidade à ideologia, já que, ao se esquecer do inconsciente e da ideologia, o sujeito percebe as coisas como as vê. Compreende-se que, neste esquecimento, o sujeito tem a ilusão de ser a origem do seu dizer, mas, na realidade, o mesmo retoma sentidos já existentes.<sup>12</sup> Retomam-se, dessa forma, pela produção de sentidos desse sujeito, aspectos do abandono do tratamento.

Aponta-se que, ainda que P4 tenha sido entrevistado no AR, no qual já estava em seguimento há seis meses, esse doente experimentou a internação em um hospital especializado, o HR. Evidencia-se a complementaridade existente entre os dois cenários de atenção e, também, de investigação. Torna-se possível, além disso, perceber, por meio das marcas linguísticas, as condições de produção, as quais constituem a instância verbal de produção do discurso, ou seja, todo o processo que envolve o contexto socio-histórico, os interlocutores, o lugar de onde falam, a imagem que fazem de si próprios, do outro e do referente.<sup>18</sup>

Entende-se, por outro lado, que os dois sujeitos, P2 e P9, significam, nestes recortes discursivos, as peculiaridades do acesso ao diagnóstico da TBMR. Ressalta-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) garante o diagnóstico e tratamento da TB na sua rede de serviços sem a necessidade do desembolso direto.<sup>9</sup>

Nota-se, no entanto, que P2 refere a necessidade da realização de consultas fora do sistema público, demonstrando que a busca pelo particular está relacionada a um silenciamento sobre o esperado pelos serviços locais de saúde, em especial, o SUS e a APS. Aponta-se que o silenciamento, na AD, é um recuo necessário para que se possa significar, ou seja, o não dito que existe nas palavras, abrindo o espaço para a produção de significados.<sup>19</sup> Acrescenta-se que, no caso de P2, a expectativa de que a rede privada consiga solucionar o seu problema de saúde também não se efetiva na primeira tentativa. Indica-se, nesse momento, que a sua história se assemelha à de P9, visto que há a necessidade do especialista simbolizada pelos centros de referência para TBMR - AR e HR. Percebem-se, assim, indícios de que o acesso ao diagnóstico de resistência e ao início de uma terapia eficaz esteja relacionado ao acesso aos serviços terciários de atenção.

Compreende-se que esse fator se deve à necessidade de dois procedimentos laboratoriais importantes: a cultura de escarro e o teste de sensibilidade às drogas, para a determinação da resistência, bem como do esquema medicamentoso eficaz a ser utilizado.<sup>20</sup> Pontua-se que, como esses dois exames não são realizados rotineiramente para todos os acometidos por TB,<sup>9</sup> eles podem se apresentar como um dos indícios da relação com o acesso ao serviço terciário e, principalmente, ao especialista.

Avalia-se que situações como estas fazem com que seja construída, no imaginário coletivo, a ideia de que a APS não é capaz de atender às demandas da população com resolubilidade - “você sabe como que é o posto”. Defende-se que, aqui, o doente tenta mobilizar, no interlocutor, uma justificativa que vai além da sua habilidade de se expressar e, nesse momento, eleva o seu

discurso ao plano do esquecimento número dois, em que o sujeito esquece que as suas palavras podem ser ditas de outra maneira. Verifica-se, assim, que o paciente, inserido na única forma em que acredita poder atuar a APS, se esquece que o seu problema de saúde é grave e que necessita de outros mecanismos para a efetivação do diagnóstico, como profissionais com um treinamento diferenciado, para que ocorra a suspeição da resistência, além dos recursos tecnológicos adequados.

Observa-se, além disso, em ambos os discursos, a desvalorização dos sintomas e dos sentimentos dos doentes por parte dos profissionais que os assistem. Configuram-se estes sentidos como uma oposição ao tratamento recebido, pois, mesmo quando as marcas linguísticas significam (“estava sentindo ainda a mesma coisa”), há uma verbalização do profissional da saúde (“o senhor está novo”). Torna-se importante destacar que é nesses desencontros, entre os saberes instituídos, consolidados e permeados pelo discurso hegemônico, que se rompem processos, que se criam as brechas para que as condições de produção para o adoecimento por TBMR se ampliem. Ressalta-se, ainda, a importância epidemiológica e social da dificuldade do acesso ao diagnóstico de resistência, visto o aumento da propagação de bacilos resistentes.<sup>3</sup>

Nota-se que, nesse sentido, o enfermeiro, aparentemente, não se apresenta sensibilizado para acolher as queixas do doente, visto que apenas repassa informações. Pondera-se, no entanto, que há um silenciamento da sua real postura, pois a afirmativa quanto ao bom estado de saúde do sujeito não é absoluta, estando condicionada à apreciação individual do médico do serviço local, como evidenciado pela marca discursiva “pelo médico daqui”. Identifica-se, portanto, novamente, a necessidade da especialização do profissional para o diagnóstico da multirresistência. Salienta-se, contudo, que, ainda que o diagnóstico não tenha ocorrido no espaço da APS, é possível inferir sobre a capacidade da resolubilidade desta situação, pois o médico realizou os encaminhamentos, garantindo a continuidade do cuidado.

Percebe-se, ainda que os doentes nos dois regimes identifiquem aspectos muito semelhantes, as diferenciações são grandes quanto ao tratamento. Nota-se, pelas marcas linguísticas, que o ambiente hospitalar apresenta um número limitado de leitos, totalizando 12 enfermarias para o cuidado individual no HR. Sabe-se que os doentes de TBMR, que necessitam realizar o tratamento em regime de internação de longa duração, permanecem, no mínimo, dois anos hospitalizados. Constata-se, assim, além da limitação de vagas, a lenta rotatividade dos leitos, o que pode se relacionar com a longa espera pela internação aliada à escassez de serviços de saúde

no Estado de São Paulo que desempenham esse tipo de assistência.<sup>10</sup>

Justifica-se a limitação do número de leitos pela preferência pelo tratamento ambulatorial em relação ao hospital. Indica-se, dessa forma, a hospitalização em casos específicos, como manifestações graves, intolerância medicamentosa e coinfeção com outras doenças, além dos casos de TBXDR e dos casos em que há a impossibilidade da realização do tratamento ambulatorial.<sup>9</sup>

Percebe-se, pelo discurso de P16, que a sua vontade não era realizar o tratamento hospitalizado. Salienta-se que, quando P16 relata a necessidade de ser buscado e convencido pela equipe de Enfermagem a ir para o HR, ele silencia um aspecto importante, provavelmente, relacionado à sua fuga após receber a notícia da necessidade de hospitalização; afinal, só era preciso “caçá-lo” por ter fugido. Refere-se outro silenciamento importante aos argumentos utilizados pelos profissionais para persuadi-lo: a necessidade da proteção familiar devido à possibilidade de contágio pela disseminação de bacilos resistentes.

Observa-se que, novamente, o discurso de P1, em seguimento no AR, sendo o seu tratamento compartilhado com a APS responsável pela realização do TDO, chama a atenção. Consolidase, por meio de sua fala, a presença do enfermeiro no TDO, e a marca linguística “mesmo” reforça essa ideia presente no discurso de P1. Ressalta-se que, além de ser o responsável pela condução de uma importante ferramenta de garantia de adesão ao tratamento, esse enfermeiro supervisionava a realização de exames, a ingesta medicamentosa e a oferta de transporte até o AR. Aponta-se, contudo, por um estudo realizado em Lima, Peru, para possibilidades ainda mais amplas de atuação dessa categoria profissional, principalmente, oferecendo o suporte psicossocial aos doentes de TBMR.<sup>21</sup>

Verifica-se, na análise do recorte trazido por P2 acerca da condução de seu tratamento em domicílio, que o sujeito relaciona os esforços da APS na realização do TDO aos profissionais que o assistem, remetendo à ideia de que a qualidade da atenção é oriunda dos esforços pessoais dos trabalhadores de saúde e não de um conjunto de normas e protocolos que norteiam o trabalho. Defende-se que dizer que “quando mudou a enfermeira chefe” houve a descontinuidade do acompanhamento é afirmar que a atual profissional tem outras prioridades que não incluem verificar a adesão à terapia instituída. Afirma-se que esse sujeito é “descentrado”, ou seja, sob as suas palavras, outras são ditas.<sup>12</sup>

Opõe-se esta ideia à necessidade do doente em relação à criação de estratégias que garantam o sucesso do tratamento, visto que se trata de uma pessoa com um histórico de outros três

acometimentos por TB, antes da confirmação da resistência, fato que se mostra preocupante, considerando a identificação do TDO como uma importante estratégia para a manutenção do tratamento, devendo ser realizado, preferencialmente, por um profissional de saúde treinado, sensibilizado e com perfil adequado.<sup>21</sup>

Destaca-se que o doente P2 é residente da zona rural, o que justifica a dificuldade do seu acompanhamento. Sabe-se que a primeira enfermeira citada realiza contatos telefônicos para obter informações sobre a ingestão da medicação e, ainda que esta não seja a modalidade de supervisão mais aconselhável para a TBMR, denota-se algum esforço para o seguimento do caso. Registra-se que, no momento atual, a nova profissional tenta se aproximar e, depois, desiste, pois não dispõe de uma infraestrutura que comporte tal tarefa (apesar de não haver relatos de tentativas alternativas). Verifica-se que essa situação também pode colaborar para a criação de linhas de fuga e o consequente abandono do tratamento medicamentoso.

Percebe-se, contudo, por meio da fala de P11, que, de maneira geral, o cuidado hospitalar é marcado pela padronização das condutas e rotinas que abrangem desde o comportamento no coletivo até os cuidados com o próprio corpo, como o horário determinado para o banho, a alimentação e todas as outras “regrinhas” que o serviço hospitalar contempla na sua estrutura. Entende-se que essa forma de controle da dinâmica de vida dos doentes em tratamento nesses serviços pode causar, nos sujeitos envolvidos, sentimentos de prejuízo à autoestima, além do afastamento das atividades diárias e do convívio familiar. Identifica-se, como outro fator expressado pelos profissionais de saúde, perdendo a sua autonomia, em especial, as rotinas de higiene e de alimentação.<sup>22</sup> Clama-se, dessa maneira, por P11, pela necessidade de ser visto individualmente pela equipe de Enfermagem do HR e não no conjunto dos doentes ali internados e, de certa forma, que ocorra a flexibilização dessas regras e rotinas, tornando o tratamento no hospital um caminho menos sofrido.

Compreende-se que o fragmento discursivo do sujeito desvela os dizeres atuais e aqueles que se alojam na memória, ou seja, mobiliza discursos determinados pelo já dito em uma articulação de formações discursivas dominadas pelo interdiscurso, o qual se constitui como a memória (discursiva) afetada pelo esquecimento. Aponta-se, em contrapartida, que o intradiscurso é a materialidade da fala: o que está sendo dito naquele momento. Mobilizam-se esses sentidos quando as marcas linguísticas “regrinha” e “arrumei uma briga com eles” são articuladas.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os sujeitos acometidos pela TBMR estão envolvidos em um complexo universo simbólico permeado pela aproximação a vários serviços de saúde. Sabe-se que esses indivíduos trazem sentidos provenientes de uma longa história de enfrentamento da doença, que se inicia desde o tratamento da forma sensível (por mais de um acometimento).

Pontua-se que o acesso ao diagnóstico de resistência, no entanto, é uma tarefa também muito difícil, pois requer um olhar diferenciado por parte dos profissionais e parece estar relacionado à necessidade da especialização. Relaciona-se, dessa forma, o acesso ao nível terciário de atenção, seja este no ambulatório ou no hospital de referência. Verifica-se que discutir o acesso ao tratamento engloba questões como o ingresso nos serviços e a demanda individual dos doentes. Avalia-se, assim, que, para aqueles que necessitam da internação, esse caminho pode ser mais demorado e prejudicial, não somente ao paciente, mas à sua família e comunidade.

Torna-se importante, contudo, independentemente de onde seja realizada, que a condução do tratamento não seja marcada somente pelo acesso de todos os doentes e que os profissionais de saúde, em especial, a Enfermagem, pela sua proximidade ao doente, atuem de forma a não colaborar para a criação de mecanismos de fuga pelos sujeitos tratados, garantindo e adequando a oferta do TDO no ambiente ambulatorial ou mesmo se sensibilizando para o envolvimento com as demandas diferenciadas daqueles pacientes em regime de internação.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos sistemas: O caminho para Cobertura Universal [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://brasil.campusvirtualsp.org/node/198176>
2. World Health Organization. Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CD53.R14. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53rd Directing Council, 66th Session of the Regional Committee of WHO for the America [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28276/CD53-5-p.pdf;jsessionid=3A3AF2C8367AC0D95C4F3CD00EEFED06?sequence=3>
3. Falzon D, Jaramillo E, Wares F, Zignol M, Floyd K, Raviglione MC. Universal access to care for multidrug-resistant tuberculosis: an analysis of surveillance data. *Lancet Infect Dis.* 2013

Aug;13(8):690-7. DOI:

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70130-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70130-0)

4. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2018 Aug 10]. Available from: [https://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)

5. Silva PF, Moura GS, Caldas AJM. Factors associated with pulmonary TB treatment dropout in Maranhão State, Brazil, from 2001 to 2010. *Cad saúde pública*. 2014 Aug;30(8):1745-54. DOI: [10.1590/0102-311X00124513](https://doi.org/10.1590/0102-311X00124513)

6. Arbex MA, Varella MCL, Siqueira HR, Mello FAF. Antituberculosis drugs: drug interactions, adverse effects, and use in special situations. Part 1: first-line drugs. *J Bras Pneumol*. 2010 Sept/Oct;36(5):626-40. DOI: [10.1590/S1806-37132010000500016](https://doi.org/10.1590/S1806-37132010000500016)

7. Kritski AL. Multidrug-resistant tuberculosis emergence: a renewed challenge. *J Bras Pneumol*. 2010 Mar/Apr;36(2):157-8. DOI: [10.1590/S1806-37132010000200001](https://doi.org/10.1590/S1806-37132010000200001)

8. Lönnroth K, Glaziou P, Weil D, Floyd K, Uplekar M, Raviglione M. Beyond UHC: monitoring health and social protection coverage in the context of tuberculosis care and prevention. *PLoS Med*. 2014 Sept;11(9):e1001693. DOI: [10.1371/journal.pmed.1001693](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001693)

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Aug 1]. Available from: <https://sbpt.org.br/portal/manual-controle-tuberculose/>

10. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Controle da Tuberculose. CVE-SES/SP [Internet]. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiologia; 2015 [cited 2018 Aug 10]. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/tuberculose/doc/tb\\_proc\\_med\\_mico.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/tuberculose/doc/tb_proc_med_mico.pdf)

11. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc saúde coletiva*. 2012 Mar;17(3):621-6. DOI: [10.1590/S1413-81232012000300007](https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007)

12. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 9th ed. Campinas: Pontes; 2010.

13. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2014 Oct 02]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

14. Micheletti VCD, Moreira JS, Ribeiro MO, Kritski AL, Braga JU. Drug-resistant tuberculosis in

subjects included in the Second National Survey on Antituberculosis Drug Resistance in Porto Alegre, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2014 Mar/Apr;40(2):155-63. DOI: [10.1590/S1806-37132014000200009](https://doi.org/10.1590/S1806-37132014000200009)

15. Cazarin EA. Gestos interpretativos na configuração metodológica de uma FD. *Organon*. 2010; 24(48). DOI: [10.22456/2238-8915.28642](https://doi.org/10.22456/2238-8915.28642)

16. Falzon D, Jaramillo E, Schunemann HJ, Arentz M, Bauer M, Bayona J, *et al.* WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis: 2011 update. *Eur Respir J*. 2011 Sept;38(3):516-28. DOI: [10.1183/09031936.00073611](https://doi.org/10.1183/09031936.00073611)

17. Oblitas FYM, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva I, Velásquez D. Nursing's role in tuberculosis control: a discussion from the perspective of equity. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010 Feb; 18(1):130-8. DOI: [10.1590/S0104-11692010000100020](https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100020)

18. Brandão HHN. Introdução à análise do discurso. Campinas: UNICAMP; 2012.

19. Orlandi EP. As formas do silêncio. Campinas: Unicamp; 2007.

20. Ahmad S, Mokaddas E. Recent advances in the diagnosis and treatment of multidrug-resistant tuberculosis. *Respir Med*. 2009 Dec;103(12):177-90.

21. Acha J, Sweetland A, Guerra D, Chalco K, Castillo H, Palacios E. Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: Five years of experience. *Glob Public Health*. 2007;2(4):404-17. DOI: [10.1080/17441690701191610](https://doi.org/10.1080/17441690701191610)

## Correspondência

Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterero  
E-mail: [jaqueco@gmail.com](mailto:jaqueco@gmail.com)

Submissão: 01/11/2019

Aceito: 12/11/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/index>