



Revista Brasileira de Enfermagem

E-ISSN: 1984-0446

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

de Oliveira Sousa, Luciana; Mitano, Fernando; Ribeiro Alexandre d'Auria de Lima, Mônica
Cristina; Nunes Sicsú, Amélia; Caetano da Silva, Laís Mara; Fredemir Palha, Pedro

Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 69, núm. 6, noviembre-diciembre, 2016, pp. 1154-
1163

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267048565020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva

Short-course therapy for tuberculosis: a discourse analysis

Terapia de corta duración de la tuberculosis: un análisis discursivo

Luciana de Oliveira Sousa¹, Fernando Mitano^{1,II}, Mônica Cristina Ribeiro Alexandre d'Auria de Lima¹,
Amélia Nunes Sicsú^{1,III}, Laís Mara Caetano da Silva¹, Pedro Fredemir Palha¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{II} Universidade Lúrio, Faculdade de Ciências da Saúde. Nampula, Moçambique.

^{III} Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde. Manaus-AM, Brasil.

Como citar este artigo:

Sousa LO, Mitano F, Lima MCRAA, Sicsú AN, Silva LMC, Palha PF. Short-course therapy for tuberculosis: a discourse analysis. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1089-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0330>

Submissão: 31-05-2016

Aprovação: 19-08-2016

RESUMO

Objetivo: analisar os sentidos produzidos pelos profissionais de enfermagem sobre o tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose (TB) em município do estado de São Paulo. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, desenvolvido em março e abril de 2014, por meio de entrevista semidirigida, com nove profissionais de enfermagem. O material empírico produzido foi analisado conforme o aporte teórico-metodológico de Análise de Discurso de matriz francesa. **Resultados:** emergiram como resultados três blocos discursivos: Condições de produção das práticas de controle da tuberculose; Condições de produção que facilitam o tratamento da tuberculose; Condições de produção que dificultam o tratamento da tuberculose. **Conclusão:** os dizeres desses profissionais produzem diversos sentidos, os quais sugerem que as práticas dos profissionais de Enfermagem possibilitam ao doente a busca pela cura, reforçada por incentivos de caráter social, não obstante, permeadas por vicissitudes circunscritas nas condições de produção do cotidiano da pessoa adoecida.

Descritores: Tuberculose; Terapia Diretamente Observada; Adesão à medicação; Equipe de Enfermagem; Prática de Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze the meanings produced by nursing professionals in the directly observed treatment (DOT) for tuberculosis (TB) in the city of São Paulo. **Method:** this is a qualitative study, conducted in March and April 2014 through semi-directed interviews with nine nurses. The empirical material produced was analyzed according to the theoretical and methodological support of the Discourse Analysis of French matrix. **Results:** results have emerged as three discursive blocks: conditions for the production of tuberculosis control practices; production conditions facilitating the treatment of tuberculosis; and production conditions hindering the treatment of tuberculosis. **Conclusion:** these professionals' words produce different meanings, which suggest that the practices of nursing professionals allow the patient to search for a cure, which is reinforced by incentives of a social nature, but permeated by the vicissitudes that are circumscribed in the ill person's everyday production conditions.

Descriptors: Tuberculosis; Directly Observed Therapy; Medication Adherence; Nursing Team; Public Health Practice.

RESUMEN

Objetivo: analizar los sentidos producidos por profesionales de enfermería acerca del tratamiento por observación directa (TDO) para tuberculosis (TB) en municipio del estado de São Paulo. **Método:** estudio cualitativo desarrollado en marzo y abril de 2014, mediante entrevistas semidirigidas con nueve profesionales de enfermería. El material empírico generado fue analizado conforme el aporte teórico-metodológico del Análisis del Discurso de matriz francesa. **Resultados:** surgieron como resultados tres bloques discursivos: condiciones de producción de las prácticas de control de la tuberculosis; Condiciones de producción que facilitan el tratamiento de la tuberculosis; Condiciones de producción que dificultan el tratamiento de la tuberculosis. **Conclusión:** los dichos de los profesionales determinan diversos sentidos, los cuales sugieren que las prácticas de

profesionales de Enfermería le brindan al enfermo la búsqueda de la cura, reforzada con incentivos de carácter social; aunque permeadas por vicisitudes circunscriptas a las condiciones de producción del cotidiano de la persona enferma.

Descriptores: Tuberculosos; Terapia por Observación Directa; Cumplimiento de la Medicación; Grupo de Enfermería; Práctica de Salud Pública.

AUTOR CORRESPONDENTE

Luciana de Oliveira Sousa

E-mail: luciana.sousa@usp.br

INTRODUÇÃO

Um dos fatores contribuintes para a redução global no número de casos e óbitos de tuberculose (TB) nos últimos anos foi a implementação da estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), instituída em 1993 pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾. Destaca-se que melhorar a adesão ao tratamento da TB tem sido um dos aspectos fundamentais para controlar a doença⁽²⁾.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) da TB consiste em um dos componentes da estratégia DOTS que envolve um profissional de saúde devidamente treinado para observar a ingesta medicamentosa da pessoa com TB⁽²⁻³⁾. Estudos mostram que o TDO aumenta a taxa de adesão, reduz a recorrência da doença e impede o desenvolvimento da tuberculose multirresistente (TB-MDR)^(1-2,4).

No Brasil, o TDO vem sendo efetuado há mais de uma década e meia⁽⁵⁾. Estudo realizado no Brasil⁽⁶⁾ revela que, a partir do TDO, foi possível estabelecer relações de acolhimento, vínculo e de responsabilização do doente, o que constitui um momento oportuno para a valorização da escuta da pessoa adoecida, comunicação social e empatia, permitindo ampliar o foco terapêutico para além do diagnóstico médico e tratamento.

Ao longo dos anos, a Enfermagem vem assumindo um papel de destaque na execução do TDO, valorizando a historicidade que liga o trabalho dos enfermeiros às ações de prevenção e controle, sendo esse profissional amplamente reconhecido como agente educador em saúde e líder de equipe⁽⁵⁾.

Apesar da relevância da temática, verificou-se, por meio de um levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), a escassez de estudos nacionais e internacionais voltados à prática dos profissionais de Enfermagem em relação ao TDO. Em geral, nos últimos dez anos, os estudos estão direcionados para análise das ações de controle da TB (não especificamente o TDO) e para avaliação de serviços de saúde⁽⁷⁾.

Estudo realizado no Brasil, sobre a percepção dos enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família e que realizam o TDO, revelou um envolvimento dessa categoria profissional, que desenvolvia uma prática assistencial diferenciada. Além disso, outro estudo contribui com essa temática, possibilitando compreender os fatores que dificultam o funcionamento do PCT no cotidiano de trabalho das equipes da Saúde da Família. Ambos os estudos demonstram maior enfoque nas deficiências estruturais e organizacionais do serviço de saúde, o que acaba por exercer grande influência no trabalho cotidiano^(6,8).

Nesse sentido, verificou-se a necessidade de realizar estudos cujos resultados contribuam na compreensão acerca da atuação dos profissionais de Enfermagem com o TDO. Investigar como o TDO é realizado, por meio dos discursos dos profissionais de nível médio e superior em Enfermagem, é importante para identificar as potencialidades e fragilidades no processo de acompanhamento à pessoa com TB, visando ao aprimoramento das atividades realizadas e, consequentemente, à melhoria da atenção.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo analisar os sentidos produzidos pelos discursos dos sujeitos profissionais de enfermagem sobre o trabalho cotidiano junto ao Tratamento Diretamente Observado para a tuberculose.

MÉTODO

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Garantiu-se o direito ao anonimato e a privacidade dos depoentes.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório que utilizou o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa.

Referencial teórico-metodológico

A AD está fundamentada no materialismo histórico, na psicanálise e na linguística⁽⁹⁾. O materialismo histórico centra-se na explicação dos fenômenos históricos, incluindo a ideologia que se manifesta no discurso como efeito de sentido entre os interlocutores. A psicanálise explica a subjetividade e a relação do sujeito com o simbólico, e a linguística explica os mecanismos sintáticos e o processo de enunciação⁽⁹⁻¹⁰⁾.

À luz dos ensinamentos da AD, para a compreensão do referencial e análise dos dados, torna-se imprescindível a mobilização de conceitos basilares, tais como: ideologia, sujeito, condições de produção e formação discursiva⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A ideologia é entendida na perspectiva de AD como a representação social, uma cosmovisão que interpela o não-sujeito em sujeito. Entende-se por sujeito a posição tomada por enunciador, ao longo do discurso como efeito de sentidos. Dessa forma, os dizeres a serem analisados nessa perspectiva de AD serão tomados como de sujeitos que ocupam lugares discursivos na sua relação da língua com a história, e não de individualidades⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Assim, a AD leva em consideração as condições de produção, entendidas como a situação restrita no momento da

entrevista, e amplas (situação socio-histórica), que possibilitam identificar os diferentes sentidos nas formações discursivas na qual se inscrevem⁽¹⁰⁾. Entende-se por formação discursiva aquilo que determina o que pode e deve ser dito em uma posição ideológica dada, em uma conjuntura dada⁽¹⁰⁾.

Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Ribeirão Preto, em quatro ambulatorios de referência para o tratamento da TB. A escolha desses locais se justifica por se tratar de instituições que no momento da coleta de dados possuíam atendimento centralizado, prestando ações em nível secundário com equipes especializadas, compostas basicamente por auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Assim, dentre as ações desempenhadas para o controle da doença, destacam-se o diagnóstico de casos, notificação, seguimento de comunicantes, busca de sintomáticos respiratórios e TDO.

Fonte de dados

Os dados foram coletados a partir de fontes primárias. Participaram do estudo 9 profissionais de Enfermagem (6 do nível médio e 3 do nível superior) que atuam no controle da TB, sendo a maioria deles (6) do sexo feminino, com idade variando de 28 a 57 anos. Com relação ao nível de escolaridade, houve predominância do ensino médio completo (5) e 4 profissionais tinham ensino superior completo. Constituíram os critérios de inclusão: atuar em serviços que executavam ações de controle da TB há mais de seis meses e estar no exercício de sua função no período de coleta de dados.

Coleta e organização dos dados

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas em local reservado, definido pelos próprios participantes, entre os meses de março a abril de 2014. Cada entrevista durou em média 10 minutos, sendo conduzida pela pesquisadora principal e registrada por meio de um gravador digital mediante autorização dos participantes via Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O roteiro semidirigido foi constituído pelas seguintes questões norteadoras: fale um pouco sobre sua prática cotidiana junto às ações relacionadas ao TDO para TB; quais ações você destaca que facilitariam a prática do TDO?; no decorrer de sua ação junto ao programa de controle da tuberculose, você vivenciou algum tipo de dificuldade relacionado à oferta do TDO?

Para a organização dos dados, utilizou-se a codificação S representando o sujeito, seguido da letra inicial da categoria profissional (E = Enfermeiros, TE = Técnicos de Enfermagem e AE = Auxiliar de Enfermagem), dispostos em sequência numérica de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Análise dos dados

Os resultados foram analisados segundo a perspectiva da AD de acordo as seguintes etapas: 1. Passagem da superfície linguística ao Objeto discursivo: é o primeiro tratamento constituindo o material empírico a ser analisado, sendo marcada pelo rigor no processo de transcrição e operacionalização da análise por meio de sucessivas leituras e releituras do

material, produzindo as formações discursivas que dominam a prática discursiva em análise⁽⁹⁾; 2. Passagem do Objeto discursivo para a Processo discursivo: constitui as formações discursivas conformando-se com a formação ideológica. Nessa etapa, ocorre a identificação dos significantes/sequências discursivas e constituição dos processos discursivos responsáveis pelos efeitos de sentido produzidos no material empírico e simbólico⁽⁹⁾; 3. Processo discursivo (formação ideológica): essa etapa é constituída pelas interpretações considerando as formações discursivas, as condições de produção, bem como a ideologia existente no sujeito⁽⁹⁾. Os fragmentos estão distribuídos em três blocos discursivos: Condições de produção das práticas de controle da tuberculose; Condições de produção que facilitam o tratamento da tuberculose; Condições de produção que dificultam o tratamento da tuberculose.

RESULTADOS

A análise dos discursos dos profissionais de saúde permitiu a emergência dos blocos discursivos abaixo, os quais, por meio de formações discursivas, revelaram as práticas das equipes de enfermagem com relação ao TDO, as dificuldades e as facilidades encontradas no decorrer de suas ações.

Condições de produção das práticas de controle da tuberculose

Os dizeres discursivos neste bloco trazem paradigmas indiciários de um contexto real e socio-histórico referente ao TDO. Assim, sinaliza-se que as posições-sujeito dos profissionais de saúde inscrevem-se em formações discursivas de cuidados de saúde e saúde comunitária, nas quais se entendem o buscar, notificar, supervisionar, procurar, orientar, conversar e explicar, como estando estritamente ligado à prática cotidiana do controle da TB. Os dizeres abaixo explicitam o envolvimento da equipe de enfermagem para atender a pessoa com TB, na tentativa de buscar o paciente por meio de conversas, orientações:

A nossa busca para com o paciente é diária, então hoje ele tomou, amanhã tô lá de volta, e amanhã tem que procurar em algum outro lugar, a gente vai procurar, [...] então já faço contato com o colega e vou supervisionando ele, até que o colega tenha disponibilidade pra tá me cobrindo lá naquele local. (SAE2)

[...] então a gente explica tudo isso, conversa, é ...orienta se ele falar, ah eu tô passando mal, tô vomitando, a gente traz ele, fala pra doutora, conversa, sabe? [...] a gente tenta fazer de tudo pra ele [...] conseguir tomar tranquilamente. (SAE3)

Os dizeres seguintes indiciam um excesso de atividades realizadas pelo profissional enfermeiro, o que provoca um afastamento deste das práticas assistenciais, intensificando as atividades burocráticas, colocando-o na posição de desempenhar as atividades da área administrativa:

Como enfermeira então eu sou notificada, pelos funcionários, [...] fazendo busca ativa, com indícios da tuberculose e a gente começa todo o processo de busca, né? Faz as

orientações, pede raio X, a busca de escarro. Aí, uma vez confirmado diagnóstico, é feita a notificação pelo médico e isso vai pra vigilância, [...]. (SE1)

Eu não fico direto no ambulatório, eu sou enfermeira do posto como um todo, eventualmente eu acompanho o ambulatório e quando tem alunos eu faço, eu saio com eles pra fazer o TDO, enquanto supervisora. (SE2)

Ainda neste bloco discursivo, os recortes seguintes enunciam a importância da visita domiciliar na execução do TDO para cuidar da saúde da pessoa com TB em sua residência, sendo este visto pelos sujeitos profissionais como um procedimento capaz de ampliar e integrar o atendimento, principalmente ao paciente em suas especificidades. Também evidencia-se a prática de acompanhamento e monitoramento da pessoa acometida por TB que se dá por meio da supervisão:

[...] nós fazemos visitas domiciliares, acompanhamos os pacientes que tratam na UETDI (Unidade Especial de Tratamento em Doenças Infecciosas). (SE3)

[...] *tem que ver ele tomar, tem que ver porque é um tratamento prolongado e o paciente acaba desistindo. [...] você tem que preocupar com os outros exames, não é só a visita em si e a medicação, tem a coleta do escarro [...]. Você tem que falar, pedir pra ele vir no médico.* (STE1)

Essa visita que a gente faz no domicílio é melhor, lá tem como a gente ver as condições de vida dele, tem como ver a situação que tá; às vezes tinha paciente que, tanto as condições de higiene, de alimentação dele, era muito crítica, e a gente conseguia fornecer [...] o tratamento. (STE2)

Condições de produção que facilitam o tratamento da tuberculose

As posições dos sujeitos, ao discursarem, inscrevem-se em uma formação discursiva que focaliza a cesta básica e o vale transporte como uma facilidade para adesão ao tratamento da TB, como se pode depreender nos recortes abaixo:

Tem benefício? um litro de leite; então tem paciente que, pela condição financeira, ele espera isso mesmo, né? Tem paciente que espera chegar sexta para receber um leite (risos). (SAE1)

Pro paciente deslocar até a unidade de saúde, fazer exames, tá sempre tendo necessidade nesse sentido, é oferecido o vale transporte também, né? [...]. (SAE2)

A gente tem uma arma boa, que é a cesta básica, né? Então, é... a gente meio que vincula, né? (SAE3)

A relação entre profissional e paciente, a estrutura organizacional, a disponibilização de veículos, motoristas e a medicação também são elementos percebidos pelos sujeitos profissionais como facilitadores para o tratamento da TB, tal como é enunciado nos dizeres abaixo:

[...] *O que melhor facilita a prática é a boa relação com o paciente, tá?* (SAE2)

A gente tem uma boa estrutura assim, tem motorista, só nosso, sabe? [...] Medicação não falta... sabe, assim. (SAE3)

Da gente ter a farmácia, ter essa... essa comunicação direta com o farmacêutico, que também entende essa importância, a facilidade no sentido da gente ter nesses serviços especializados, um funcionário que é escalado diariamente pra tá indo nessas visitas, né? [...] A facilidade da gente tá coletando esses exames e ter disponibilidade de tá levando à tarde através do motorista, já pro laboratório, das vezes até da gente levar o potinho e tá colhendo na casa do paciente, até pro paciente não precisar vir na unidade, tudo pra facilitar, né? (SE1)

Condições de produção que dificultam o tratamento da tuberculose

Neste bloco discursivo emergem várias formações discursivas, dentre elas: o uso de álcool e drogas, a violência e o medo engendrado pelas condições de produção em que a pessoa com TB se encontra; a vulnerabilidade e culpabilidade da pessoa com TB e a falta de profissionais nos serviços que executam as ações de controle da doença.

O etilismo, o uso de drogas e o contexto social do doente de TB são apresentados como elementos que dificultam o tratamento, como evidenciado nos recortes seguintes:

A gente tem paciente que tem problema de etilismo, drogadito, então cada um tem um sistema; então, tem essa individualidade. [...] alguns têm resistência [...] que a gente vai dar medicamento e ele às vezes não quer tomar porque ele quer beber, inclusive alguns tomam e bebem, né? (SAE1)

Às vezes a gente chegava lá, aí à hora que ele via a perua, assim, cê já via ele catando o copinho do corotinho [pinga], pondo debaixo da mesinha, cê fingia que não via, né? Porque se eu falasse pra ele, ele ia falar assim pra mim: “não; então daqui a pouco eu bebo”, aí ele não ia beber. (SAE3)

A nossa dificuldade está relacionada [...] muito alto ao uso de... de entorpecentes, de drogas entor...de drogas ilícitas. Além de ser uma área de prostituição, né? (SAE2)

Os traficantes falam: “a gente não quer que fica vindo todo dia, se vier nós [...]” vai dar tiro. A gente insiste em alguns, né? [...] Igual eu te falei, a gente já chegou em bocada, na boca de droga pra dar medicamento, isso depende de cada região, na favela da [nome da favela], por exemplo [...] A gente chega lá sempre tem os donos da área e ele mesmo geralmente vai com a gente; fala: “oh quem que vai tratar?”. (SAE1)

Percebem-se, nos recortes abaixo, dizeres que se referem à vulnerabilidade do paciente e focam no paciente a culpa das dificuldades do processo de tratamento:

Tem resistência de algumas pessoas, alguns comentários maldosos? Tem. Tanto de quem trabalha na área, ah, mas eu vou lá. [...] paciente é folgado, vou dar o remédio e às vezes ele não tá, não te espera, né? (SAE1)

Olha... dificuldade... eu acho que a maior dificuldade tá relacionada com os pacientes, né? (SE1)

Questão até de cultura, de uma classe, de uma classe social que só procura o médico quando sente alguma coisa; então, tudo o que é preventivo pra eles é irrelevante, tá? (SAE2)

[...] manter o paciente em jejum. [...] São pacientes muito vulneráveis com drogas e outras coisas tal e que vivem fugindo dessa questão então assim... É um pouco difícil, às vezes eles fogem de casa, tem que achar em outro lugar. (STE1)

A falta de profissionais nos serviços que executam as ações de controle da doença é (d)enunciada por meio do recorte abaixo que, no imaginário do sujeito profissional de saúde, para melhorar a qualidade do atendimento ao doente de TB, deveria ter mais um profissional para auxiliar no TDO daquela unidade em que trabalha:

Acho que o que mais falta é profissional [...] É... é pouco. Aqui pelo menos [...] é pouco nós dois só. Tinha que ter mais um. (SAE3)

DISCUSSÃO

No primeiro bloco discursivo “condições de produção das práticas de controle da TB”, os significantes “busca”, “é diária”, “vai procurar” e “vou supervisionando”, no contexto de produção em que foram enunciados, indiciam que os sujeitos profissionais cumprem com o prescrito nas normas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Ressalta-se que esses dizeres fazem parte do interdiscurso como o já-dito, uma vez que a OMS já traz essas recomendações para as práticas de controle da TB. Um estudo realizado no estado da Paraíba mostrou haver envolvimento dos profissionais de saúde no tratamento da TB fazendo as mesmas práticas enunciadas pelos sujeitos desta pesquisa⁽¹¹⁾.

Na sequência discursiva “amanhã tem que procurar em algum outro lugar”, por um lado, produz sentido de que o profissional de saúde *assujeita-se* às normas do Ministério da Saúde (MS), por outro lado, (d)enuncia a instabilidade de a pessoa acometida pela doença permanecer no mesmo local de acesso para realizar o TDO, não se *assujeitando* ao modo de operação da supervisão instituída pelo serviço de saúde, pois, de certa forma, a postura do doente pode ser compreendida como denúncia de uma prática autoritária.

As ações de “conversar” e “orientar” evocam uma memória discursiva de elementos essenciais que constituem um cuidado humanizado⁽¹¹⁾. Nota-se aqui um discurso contraditório, pois, apesar de apresentar rigidez às normas apresentadas pelo PNCT, o ato de conversar emerge como aspecto primordial no cuidado, seja de conteúdo técnico, seja lúdico, implicando comunicar, interagir, gesticular e cogitar. Daí a sua importância para a Enfermagem, como arte e ciência do cuidado⁽¹²⁾.

Prosseguindo-se com a análise, sinaliza-se que as sequências discursivas “a gente traz ele, fala pra doutora”, “a gente tenta fazer de tudo pra ele” instigam a pensar que existe uma relação de poder entre os sujeitos profissionais de enfermagem e o doente. Assim, o poder trata-se do relacionamento entre as pessoas e refere-se à relação cotidiana que pode implicar, embora não necessariamente, a influência de uns para com os outros⁽¹³⁾. Nesse contexto, entretanto, o ato de “fazer de tudo”, no imaginário do

profissional, sugere a sua sensibilidade para atender às necessidades do sujeito acometido pela doença, ao mesmo tempo que limita a autonomia do doente em tomar decisões.

Nos recortes SE1 e SE2, as sequências discursivas “sou notificada”, “a gente começa todo o processo”, “faz as orientações”, “pede raio X”, “a busca de escarro”, “é feita a notificação pelo médico” e “isso vai pra vigilância” sugerem que o profissional enfermeiro tem se ocupado mais na área administrativa e gerencial do que no próprio cuidado, provocando um afastamento desse profissional da parte assistencial. Essa situação leva a cogitar que, de certa forma, sobrecarrega o profissional enfermeiro e influencia para a não adesão do doente de TB ao tratamento. O aspecto da subjetividade da pessoa adoecida é algo a ser considerado durante a realização do TDO de modo a não valorizar apenas os aspectos técnicos e normativos, pois a interação e a comunicação de boa qualidade são identificadas como relevantes para adesão da pessoa com TB ao regime terapêutico^(5,14).

É notório que, nas condições de produção a que um enfermeiro está submetido, emerge o sentido naturalizado do enfermeiro gestor, como é reforçado pelas sequências discursivas que seguem: “eu não fico direto no ambulatório”, “eventualmente eu acompanho”. Os significantes “não fico direto” (d)enunciam a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, por meio das inúmeras atividades realizadas no cotidiano de sua prática profissional, o que de certa forma o impede de se envolver diretamente no TDO, o que parece ser confirmado pelo significante “eventualmente”. Porém, é importante sinalizar que a figura do enfermeiro como profissional habilitado em atenção assistencial e gerencial é indispensável na efetivação das ações de controle da TB⁽¹¹⁾.

Os dizeres dos profissionais de saúde (SE3, STE1, STE2) fazem parte do mesmo campo discursivo das práticas. Na AD, entende-se como campo discursivo o confronto de diversos posicionamentos inscritos em determinadas formações discursivas, mas que de certa forma se relacionam entre si⁽¹⁵⁾. Nesse contexto, observa-se que esse campo desdobra-se em duas formações discursivas, uma enfatizando a prática das visitas domiciliares e a outra, o monitoramento e acompanhamento dos doentes de TB.

As sequências linguístico-discursivas, “fazemos visitas domiciliares” e “acompanhamos os pacientes”, mobilizam um paradigma indiciário ao cumprimento das normas propostas pela OMS relacionadas ao tratamento da TB. Nesse sentido, nota-se que a posição sujeito profissional de saúde inscreve-se em um campo ideológico da normatividade do PNCT, com caráter de imposição, ao enunciar os seguintes significantes: “ver ele tomar”, “preocupar com os outros exames”, “tem a coleta do escarro” e “pedir pra ele vir no médico”. Nessas condições de produção, esses significantes sugerem a presentificação de um poder institucional a que o profissional é investido. Importante salientar que o arquivo histórico institucional da normatividade desempenha um papel importante no poder do sujeito profissional de saúde.

As ações de visitar o doente de TB no domicílio, inteirar-se das condições em que ele vive e fornecer o tratamento, no imaginário do sujeito profissional de saúde, constituem as melhores formas para o controle da TB. Sublinha-se que as ações presentes no discurso dos sujeitos profissionais de

enfermagem já foram identificadas e amplamente discutidas pela literatura que versa sobre o TDO como modalidade de tratamento da TB, a qual pouco tem demonstrado a ampliação do olhar para a realização de ajustes ou outras formas de oferta do tratamento, revelando assim a cristalização dessas ações no imaginário e na ação cotidiana dos que as realizam⁽¹⁶⁾.

Referente ao bloco “condições de produção que facilitam o tratamento da TB”, observa-se, no primeiro período da primeira sequência discursiva deste bloco, o ponto de interrogação “Tem benefício?”. Nessas condições de produção, essa marca linguística (?) não só sugere a pergunta, mas também o irrisório benefício que é ofertado a esses indivíduos, como a cesta básica. O numérico quantitativo “um litro de leite” parece confirmar essa insignificância do benefício, observada pelo sujeito profissional de saúde. É importante ressaltar que o benefício desempenha um papel de contrapartida do serviço de saúde para a adesão ao tratamento e isso pode estar relacionado à forma com que esse serviço tem tentado ajudar o doente de TB nas suas condições financeiras desfavoráveis, com o intuito de que acesse o serviço de saúde e conclua o tratamento prescrito. Nesse contexto, a ação de esperar “isso mesmo” produz sentido de que o sujeito acometido pela doença não tem outra possibilidade a não ser esperar por aquilo que é oferecido de praxe. Por outro lado, a adoção de incentivos de caráter social, como o fornecimento de vale-transporte e cesta básica, é capaz de elevar as taxas de adesão ao tratamento, o que é percebido por muitos autores como potencializadora no processo de tratamento⁽¹⁷⁾.

Prosseguindo com o gesto de interpretação, destaca-se que emerge como outro aspecto importante, inerente às potencialidades, o vale-transporte: “é oferecido o vale-transporte também, né?”. O significante “também” instiga a pensar um acréscimo do benefício para além da cesta básica; nesse caso, produz sentido de que as pessoas acometidas pela doença que se beneficiam do vale-transporte e da cesta básica encontram-se em condições mínimas de sobrevivência, sugerindo que o processo de adoecimento por TB em populações/sujeitos impele a necessidade de melhor articulação entre distintos setores da sociedade, dada a insuficiência das condições mínimas de vida que poderiam levar o sujeito por si só a tomar decisões sobre a sua vida; essa insuficiência ou carência material determina um *status quo* desses doentes^(11,18).

A posição do sujeito enunciando sobre a cesta básica apresenta uma metáfora, entendida na AD como o fenômeno semântico produzido por uma substituição contextual⁽⁹⁾ que é presentificada pelos significantes “uma arma boa”. Nesse contexto, a arma, cuja função é ameaçar, sugere uma ação coercitiva desempenhada pelo profissional de enfermagem, ao propor a cesta básica como forma de manter o doente de TB no tratamento, retirando desse indivíduo sua condição autônoma, colocando-o como sujeito passivo de cuidados⁽¹⁹⁾. É importante salientar que, na impossibilidade de o doente ter outras fontes de recursos, por estar à margem do processo produtivo econômico da sociedade, se sente *assujeitado* às condições que lhe são ofertadas⁽¹⁸⁾.

As relações humanas entendidas como um conjunto de ações e atitudes desenvolvidas pelos contatos entre pessoas e grupos⁽²⁰⁾ têm sido registradas como aspecto importante no que se relaciona às potencialidades para a adesão ao

tratamento. Os significantes “a boa relação com o paciente” produzem sentido de que o relacionamento satisfatório e de reconhecimento mútuo entre o paciente e o profissional de saúde tem ajudado no processo de tratamento. Nesse contexto, o vínculo entre profissional de saúde e usuário do serviço de saúde promove a adesão ao tratamento, uma vez que resulta de atitudes positivas entre ambas as partes⁽¹¹⁾.

As sequências discursivas “boa estrutura”, “tem motoristas”, “ter a farmácia”, “comunicação direta com o farmacêutico”, “coletar os exames” sugerem que a instituição de saúde organiza-se de forma a atender às necessidades da pessoa com TB, mas, por outro lado, produz o sentido de que a instituição esteja apenas cumprindo com o preceituado sobre o TDO, reforçando-o como uma prática já enraizada no cotidiano e pouco passível de ajustes ou modificações. No entanto, apesar de ressaltado na visão do profissional que o serviço dispõe dessa estruturação, sugere que a garantia de adesão ao tratamento transcende a questão da estrutura dos serviços.

No que tange ao bloco discursivo “condições de produção que dificultam o tratamento da TB”, os significantes “etilismo” e “drogadito” sugerem que aqueles em tratamento também estão envolvidos no uso do álcool e drogas, o que pode resultar em uma fragilidade no processo de compreensão acerca da importância do tratamento, dificultando as ações dos profissionais de saúde. Outrossim, os mesmos significantes indiciam que a subjetividade do acometido pela doença encontra-se invadida pelas circunstâncias existentes: marginalização social e econômica. Nesse contexto, as atitudes e as tomadas de decisões encontram-se *assujeitadas* pelas condições de produção determinando não só o que pode ser dito, mas também o que rege os comportamentos.

O uso de álcool e drogas tem interferido no tratamento do paciente e nas atividades dos serviços de saúde, assim como tem gerado atraso na busca, diagnóstico e demora no início do tratamento, levando a uma necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde sobre essas questões, por meio da proposição e realização de estratégias motivadoras, com a finalidade de facilitar a adesão ao tratamento da TB⁽²¹⁾.

Nos dizeres dos sujeitos profissionais de saúde, observa-se que o tema sobre o uso de álcool e drogas está inserido no cotidiano das equipes de saúde, pois é um problema que tem recebido ênfase, devido aos agravantes que acarretam ao doente de TB⁽²²⁾ e, conseqüentemente, ao tratamento.

As sequências discursivas “não quer tomar porque ele quer beber”, “alguns tomam e bebem” produzem sentidos de que há dificuldade de esse grupo aderir ao tratamento, o que requer a mobilização de ações e planos estratégicos que incluam educação e aconselhamento focalizado a esse grupo. Além disso, a situação impele a pensar na necessidade de um atendimento integral, com a presença de uma equipe multidisciplinar. Na perspectiva de adensar a análise, destacam-se os significantes “tomam” e “bebem”, que presentificam um antagonismo cognitivo de tomar a medicação que implica no reconhecimento de estar doente, e de beber o álcool, o que significa a continuidade da prática cotidiana dele, o que não só causa o estranhamento ao profissional de saúde, mas também cria a antítese no próprio paciente, ou seja, este se identifica com o tratamento e, ao

mesmo tempo, se contraindica. Nessas condições, como tem sido descrito no texto, observa-se a falta de conhecimento por parte das pessoas acometidas pela TB das reais consequências de manter o consumo do álcool e o tratamento de forma concomitante, além da inexistência de ações que deveriam ser realizadas por profissionais da equipe de enfermagem, que estão diretamente ligadas ao controle da TB, incluindo orientações quanto à exposição dos fatores de risco que influenciam no tratamento, como o álcool⁽²³⁾.

Nas sequências discursivas, “via ele catando o copinho do corotinho [pinga], pondo debaixo da mesinha”, “cê fingia que não via”, observa-se a ação de cumplicidade entre o sujeito doente de TB e o profissional de saúde, que é demonstrada pelo fingimento de não ver a prática de esconder o copo debaixo da mesa e pela atitude de esconder. Nesse contexto, no imaginário do sujeito com TB, ele não está sendo observado. A ação de vê-lo esconder o copo e fingir que não viu sugere a preocupação do profissional em querer ver o adoecido por TB tomar a medicação, o que reflete o medo do desenvolvimento da TB-MDR e, também, do abandono do tratamento, caso não o faça. São notórias nos significantes “fingia que não via” a fuga da normatividade proposta pelo PNCT e autonomia a que o sujeito profissional de saúde imagina ter para tomar uma decisão, sem consultar a equipe de saúde. Nota-se também que existe um reconhecimento por parte do profissional de que o sujeito acometido pela TB é um alcoólatra necessitando ainda do tratamento da moléstia que o acomete, nesse caso, a TB. Essa situação revela a necessidade de refletir acerca de uma assistência multiprofissional, voltada aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, superando o “cegamento” do profissional de saúde que ministra a medicação, mesmo sabendo dessa condição (etilismo) e da pouca reflexão acerca das consequências dessa prática para o tratamento e para a vida de quem está recebendo o cuidado⁽²¹⁾.

A questão do uso das drogas constitui uma dificuldade para o tratamento da TB; nessas condições de produção, é agravada pela prostituição. Na fala do depoente, existe uma marca linguística “além” que sugere um adicional nesse contexto, algo que se agrega com um componente que tende a piorar a situação do doente, como se pode observar pela sequência discursiva “área de prostituição”, revelando tratar-se de um ambiente onde a circulação de drogas parece facilitada.

Tendo em vista a vulnerabilidade apresentada por esses doentes, a intervenção deve ser breve e apresentada por meio de técnicas de aconselhamento, em todos os serviços de TB, desde o diagnóstico até a gestão do tratamento e acompanhamento dos doentes, no intuito de reduzir possíveis danos acarretados pelo uso de álcool, principalmente durante o tratamento, ou seja, de forma articulada às práticas terapêuticas, preventivas e educativas^(21,23).

No processo de tratamento como uma relação entre a pessoa acometida pela TB e o profissional de saúde, registra-se a reação do sujeito com TB que pode causar receio no profissional e o reconhecimento da presença de responsáveis nas zonas de tráfico de drogas, com os quais se deve dialogar para facilitar o acesso e a realização do tratamento. As sequências linguísticas discursivas “a gente não quer que fica vindo todo

dia, se vier nós vai dar tiro” sugerem uma ameaça ao profissional de saúde, significando uma tentativa de rejeição ao poder do serviço que oferta o tratamento. No entanto, o controle sobre o espaço territorial, em suma, o controle sobre o tecido social que vive nesses locais faz com que os serviços de saúde se ocupem do controle individual do doente e os traficantes sobre o controle do espaço territorial. Sendo assim, nessas condições de produção, a vigilância e o controle na zona de tráfico produzem efeitos de sentido relacionado à repressão e à disciplina sobre o corpo da pessoa acometida pela TB⁽²⁴⁾.

Nesse contexto, o sujeito pertencente ao grupo de traficantes imagina-se perigoso ao nível social e capaz de impor os seus desejos. A ameaça feita por ele é uma forma de imposição para não ser obrigado a aderir ao tratamento; assim, “dar tiro” inibiria a mobilização do profissional de saúde para atender às necessidades do sujeito que precisa receber o tratamento.

Na sequência discursiva “a gente já chegou em bocada, na boca de droga pra dar medicamento”, sinaliza-se que os sujeitos profissionais de saúde, dentro de suas atividades, entram em situações de risco, o que pode constituir uma dificuldade para a efetivação das ações realizadas pela equipe do PCT, visto que normalmente as regras internas da “bocada” não são concebidas socialmente e, por isso, acabam por barrar a implantação e execução adequada das ações de controle da TB, nesse caso, em especial, o tratamento. Como vemos na sequência discursiva “tem donos”, há responsáveis pelo local que devem ser contatados para adentrá-lo. Toda essa situação resulta em dificuldades retratadas no fato de constituírem locais de difícil acesso, nos quais as pessoas que estão em tratamento correm maior risco de abandoná-lo, dada a intensa situação de violência social que gera a vulnerabilidade.

Ainda tendo como foco as dificuldades relacionadas à realização do TDO, observa-se que os sujeitos profissionais imaginam o doente de TB como sendo o responsável pela baixa adesão ao tratamento. As sequências discursivas “o paciente é folgado” e “a maior dificuldade tá relacionada com os pacientes”, por um lado, sugerem um juízo de valor por parte do profissional, como se a não adesão ao tratamento fosse apenas uma prerrogativa individual e não determinada pelas condições mais amplas que envolvem as condições de vida desses doentes, por outro lado, sugerem que a pessoa com TB não acata as normas apresentadas pelo serviço de saúde, como a espera pelo profissional que leva o medicamento, instigando a pensar que a pessoa não dá prioridade ao tratamento. Assim, a falta de priorização denota falta de conhecimento da doença, a dificuldade que a pessoa com TB tem em relação aos cumprimentos das normas e as circunstâncias socio-históricas que a envolvem. Ressalta-se que o mesmo significante (“paciente é folgado”) sugere a incapacidade do sistema de saúde em compreender a especificidade de cada sujeito e responder de forma adequada às suas demandas e necessidades. A falta de inclusão do serviço de saúde aos usuários em sua diversidade pode causar um afastamento deles ao serviço⁽²⁵⁾. É necessário que os profissionais de saúde sejam sensíveis e incorporem em sua prática as especificidades que caracterizam os grupos populacionais, relacionando as condições de vida com a possibilidade de adoecimento e/

ou agravamento de algumas doenças, bem como buscar formas de compreender e viver o adoecimento por determinadas populações de pessoas vulneráveis.

A cultura como um conjunto de valores, crenças e atitudes⁽²⁶⁾ é compreendida pelos profissionais de saúde como algo que influencia o comportamento das pessoas com TB, como é presentificado pelas sequências discursivas “questão até de cultura”, “uma classe social que se identifica no modelo biomédico e só procura o serviço de saúde quando sente alguma coisa”. Nesse contexto, os significantes “cultura”, “classe social”, “que só procura o médico” produzem sentidos de que a classe social citada pelo sujeito profissional de saúde possui baixo nível educacional e dificuldade de entender os problemas relacionados à saúde, só tendo consciência da necessidade de visitar o médico após a instalação e o agravamento de algum problema de saúde, instigando a pensar que esse grupo, quando não mais apresentar sintomas, entenderá o fim do tratamento, o que indica uma dificuldade em prosseguir com o TDO⁽²⁷⁾.

A ação de manter a pessoa acometida pela TB em tratamento implica em modificar comportamentos, sendo essa a ação mais complexa que permeia a atuação dos profissionais de saúde, visto que o comportamento não é influenciado única e exclusivamente pela doença atual, no caso, a TB, mas sim por um conjunto de crenças, valores e atitudes. Entende-se aqui que a adesão e a continuidade do tratamento, para uns, requer também uma mudança comportamental, o que pode ser extremamente difícil quando não se associa o tratamento ao diagnóstico da doença, ou aos sinais e sintomas corporais antes associados à doença⁽²⁸⁾.

Outro sentido produzido pelo significante (“paciente é folgado”) tem relação com o antagonismo da relação paciente-profissional, visto que o significante “folgado”, enunciado pelo profissional, (d)enuncia uma culpabilidade que o profissional atribui ao paciente, demonstrando a falta de vínculo por parte deste com o doente de TB, trazendo assim um afrouxamento nessa relação e maior possibilidade de não adesão e, por conseguinte, de abandono do tratamento. Estudo realizado no município de Campo Grande (PB) destacou o desempenho satisfatório quanto à efetividade do tratamento a partir do vínculo entre profissional e doente em serviços que desenvolvem ações de controle da TB⁽²⁹⁾, revelando-se como elemento imprescindível no controle da doença.

As dificuldades de “manter o paciente em jejum” e as situações de vulnerabilidade e fuga deste têm constituído um entrave tanto para o tratamento efetivo como para a organização e gestão dos serviços de saúde, como é bem demonstrado pelas sequências discursivas “eles fogem” e “achar em outro lugar”. Essas sequências sugerem a falta de consciência por parte da pessoa acometida pela TB sobre a necessidade em aderir ao tratamento. Ao contrário, o “achar em outro lugar” sugere um esforço por parte do profissional em procurar aquele que está em tratamento, ofertar e supervisionar a ingesta medicamentosa, mas também revela o controle excessivo dos serviços de saúde para com o doente de TB; nesse sentido, a fuga em si pode ser compreendida pela falta de vínculo que se estabelece com o doente. Essas situações díspares acabam por trazer a necessidade de realização de mais atividades educativas para o grupo das pessoas em tratamento, além de

atividades de educação permanente para os profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

A falta de profissionais foi ressaltada como outra dificuldade no processo de tratamento da doença, como é presentificado pelas sequências: “Acho que o que mais falta é profissional [...] É... é pouco. Aqui pelo menos [...] é pouco nós dois só. Tinha que ter mais um”. Nas sequências discursivas em alusão, observa-se que o sujeito entrevistado inscreve-se numa formação discursiva que entende a escassez dos profissionais direcionados para o tratamento da TB como uma dificuldade na operacionalização e gestão do tratamento. O numérico “dois” e o advérbio de quantidade “pouco” sugerem não só a escassez dos profissionais, mas também um discurso lamuriOSO baseado na experiência diária vivida por esses “dois” profissionais. Nesse contexto, no imaginário do sujeito, o acréscimo de outro profissional resultaria na melhoria da atenção à TB, como é enunciado na sequência discursiva: “Tinha que ter mais um”. A falta dos profissionais de saúde tem sido descrita pela OMS como um grande desafio para o tratamento da TB em países de alta carga de doenças⁽³⁰⁾.

Uma possível limitação deste estudo seria a realização das entrevistas com profissionais da equipe de enfermagem de apenas um município, o qual possui contexto e características específicas. Todavia, não se pretende neste estudo a generalização de resultados, mas a compreensão do trabalho cotidiano de profissionais de enfermagem junto ao TDO, o que pode auxiliar no entendimento dessas ações em diferentes contextos. Assim, por meio da análise dos sentidos produzidos pelos discursos dos profissionais de enfermagem sobre o TDO, foi possível identificar medidas para o aprimoramento das atividades realizadas a fim de garantir uma assistência eficaz e de qualidade à pessoa adoecida pela TB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dizeres desses profissionais produzem diversos sentidos que sugerem que as práticas dos profissionais de Enfermagem possibilitam ao doente a busca pela cura, reforçada por incentivos de caráter social, não obstante, permeadas por vicissitudes circunscritas nas condições de produção do cotidiano da pessoa adoecida.

Portanto, emerge a necessidade de se criarem programas voltados para esses usuários, com um desenho envolvente e inclusivo, a fim de proporcionar a integração entre a equipe multiprofissional e aqueles, de modo a atender a essas especificidades, permitindo assim que as propostas assistenciais façam sentido àquela pessoa adoecida, deixando de ser vista meramente como objeto de intervenção terapêutica, mas considerar a pessoa em tratamento como um sujeito portador de opinião e apto a realizar uma negociação, levando em conta que as condições de produção interferem fortemente na adesão ao tratamento e no consequente resultado desse processo terapêutico.

FOMENTO

Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Chaudhry LA, Al-Tawfiq J, Ba-Essa E, Robert AA. Low rate of non-compliance to anti tuberculosis therapy under the banner of directly observed treatment short course (DOTS) strategy and well organized retrieval system: a call for implementation of this strategy at all DOTS centers in Saudi Arabia. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2015[cited 2016 May 05];22(1):267-71 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633834/pdf/PAMJ-21-267.pdf>
2. Yin J, Yuan J, Hu Y, Wei X. Association between Directly Observed Therapy and Treatment Outcomes in Multidrug-Resistant Tuberculosis: a systematic review and metaanalysis. *PLoS One* [Internet]. 2016[cited 2016 May 05];11(3):[14 pgs]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4773051/pdf/pone.0150511>
3. Chuck C, Robinson E, Macaraig M, Alexander M, Burzynski J. Enhancing management of tuberculosis treatment with video directly observed therapy in New York City. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2016[cited 2016 May 05];20(5):588-93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27084810>
4. Bhavnani D, Lancki N, Winter I, Macaraig M. Treatment outcomes of patients with tuberculosis in New York City. *J Public Health Manag Pract* [Internet]. 2015[cited 2016 May 05];21(6):11-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25551205>
5. Sousa KMJ, Sá LD, Silva LMC, Palha PF. Nursing performance in the policy transfer of directly observed treatment of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014[cited 2016 May 20];48(5):874-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-874.pdf
6. Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Professional Practice of the Family Health Strategy in Tuberculosis Control. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012[cited 2016 May 20];25(6):954-61. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/en_v25n6a20.pdf
7. Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Performance evaluation of primary care services for the treatment of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014[cited 2016 May 20];48(6):1041-50. Available from: www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1044.pdf
8. Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JA, Motta MCS. Supervised treatment in tuberculosis control: potentialities and fragilities in the nurse's perception. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2007[cited 2016 May 20];9(2):402-16. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/pdf/v9n2a09.pdf
9. Orlandi EP. A Análise: dispositivos e procedimentos. In: *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 12. ed. São Paulo: Pontes; 2015. p.7-98.
10. Pêcheux M. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: UNICAMP, 2009.
11. Oliveira RCC, Sa LD, Dias DCB, Pinheiro PGOD, Palha PF, Nogueira JA. Speeches of managers about the policy of the directly observed treatment for tuberculosis. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015[cited 2016 May 05];68(6):761-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1069.pdf
12. Ferreira MA. Communication in care: a fundamental task in nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006[cited 2016 May 20];59(3):327-30 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a14v59n3.pdf>
13. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro. Paz e Terra; 2014.
14. Garcia MCC, Cirino ID, Elias TMN, Lira ALBC, Enders BC. Nurse-patient interaction in adherence to tuberculosis treatment: reflection in the light of imogene king. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2014[cited 2016 May 13];8(supl.1):2513-21. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6514/pdf_5757
15. Maingueneau D. *Discurso e Análise do discurso*. São Paulo: Parábola Editorial; 2015.
16. Yamamura M, Martinez TR, Popolin MP, Rodrigues LBB, Freitas IM, Arcênio RA. The families and directly observed treatment of tuberculosis: senses and prospects to the production of care. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 May 05];35(2):60-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/1983-1447-rgenf-35-02-00060.pdf>
17. Chirinos NEC, Meireles BHS. Factors related to abandoning tuberculosis treatment: an integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011[cited 2016 May 05];20(3):599-606. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/23>
18. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012[cited 2016 May 20];20(2):[08 pgs]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_21.pdf
19. Gaudezini P, Ortega F. The status of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michael Foucault as conceptual tools for studying de medicalization. *Interface* [Internet]. 2012[cited 2016 May 21];16(40):21-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>
20. Bertero CO. Algumas observações sobre a obra de G. Elton Mayo. *Rev Adm Empres* [Internet]. 1968[cited 2016 May 21];8(27):73-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v8n27/v8n27a03.pdf>
21. Thomas B, Suhadev M, Mani J, Ganapathy BG, Armugam A, Faizunnisha F, et al. Feasibility of an Alcohol Intervention Programme for TB patients with Alcohol use Disorder (AUD): a qualitative study from Chennai, South India. *PLoS One* [Internet]. 2011[cited 2016 May 20];6(11):[09 pgs]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221662/pdf/pone.0027752.pdf>
22. Souza LM, Pinto MG. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2012[cited 2016 May 12];14(2):374-83. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a18.htm

23. Silva CB, Lafaiete RS, Donato M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. *Rev Eletrôn Saúde Mental Alcool Drog* [Internet]. 2011[cited 2016 May 16];7(1):10-7. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38734/41589>
24. Souza KMJ, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, Palha PF. Delay in the diagnosis of tuberculosis in prisons: the experience of incarcerated patients. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012[cited 2016 May 16];21(1):17-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a02v21n1.pdf>
25. Cerqueira MB, Pupo LR. Conditions and mode of living in two shantytowns at the Santos lowland and their interfaces with the access to health services. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2009[cited 2016 May 16];33(2):68-84. Available from: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/207/pdf_22
26. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010[cited 2016 May 16];18(3):183-181. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4176/5170>
27. Borges SAC, Porto PN. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde Deb* [Internet]. 2014[cited 2016 May 13];38(101):338-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0338.pdf>
28. Ferreira J, Engstron E, Alves CL. Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda moradora de Mangueiros, Rio de Janeiro: as razões do (im)provável. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2012[cited 2016 May 12];20(2):211-6. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_211-216.pdf
29. Figueiredo TMRM, Pinto ML, Cardoso, MAA, Silva VA. Performance in the establishment of a bond in the services of attention to tuberculosis. *Rev Rene* [Internet]. 2011[cited 2016 May 12];12(n.esp):1028-35. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a19v12esp_n4.pdf
30. Garcia-basteiro AL, López-Varela E, Manhiça EM, Alonso PL. Mozambique faces Challenges in the fight against tuberculosis. *Lancet* [Internet]. 2014[cited 2016 May 12];283:2015-16. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60069-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60069-6.pdf)