

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO

RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS:
DISCURSOS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS

JOÃO PESSOA
2016

JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO

RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS:
DISCURSOS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: ações do enfermeiro em municípios da grande João Pessoa-PB.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lenilde Duarte de Sá

JOÃO PESSOA
2016

T828r Trigueiro, Janaína Von Söhsten.
 Retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas:
 discursos de enfermeiros assistenciais / Janaína Von Söhsten
 Trigueiro.- João Pessoa, 2016.
 145f.
 Orientadora: Lenilde Duarte de Sá
 Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
 1. Enfermagem. 2. Tuberculose. Saúde do idoso.
 3. Integralidade em serviços de saúde. 4. Serviços de saúde.
 5. Enfermeiros - assistência.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO

Retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: discursos de enfermeiros assistenciais

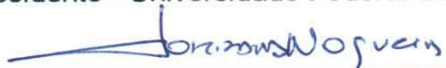
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 12 de dezembro de 2016.

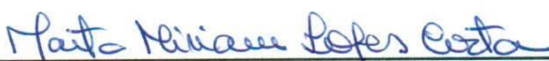
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Lenilde Duarte de Sá
Presidente - Universidade Federal da Paraíba



Prof.^a Dr.^a Jordana de Almeida Nogueira
Membro Interno - Universidade Federal da Paraíba



Prof.^a Dr.^a Marta Miriam Lopes Costa
Membro Interno - Universidade Federal da Paraíba



Prof.^o Dr.^o Sérgio Augusto Freire de Souza
Membro Externo - Universidade Federal do Amazonas

Prof.^a Dra. Isabelle Cahino Delgado
Membro Externo - Universidade Federal da Paraíba

Prof.^a Dra. Anne Jaqueline Roque Barrêto
Membro Interno – Suplente -Universidade Federal da Paraíba

Prof.^a Dra. Maria do Rosário de Menezes
Membro Externo – Suplente -Universidade Federal da Bahia

À Gabriela, minha pequenina Gabi. Representante da discursividade sobre o amor na minha vida. O amor Ágape de Deus e o amor cuidadoso de Nossa Senhora. Porque você, filhinha, é o meu milagre, o amor mais puro e sublime! Dedico.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que diante de todas as dificuldades no percurso do Doutorado, foi fonte de força e equilíbrio, mostrando-me que quando as portas se fecham, Ele sempre abrirá uma janela. A Ti, Senhor, toda honra e toda glória por esta conquista!

A **Nossa Senhora**, minha mãezinha do céu, que me acolheu em seus braços nos momentos mais difíceis, com tanto cuidado.

Aos **meus pais, Gentil e Marly**, pelo amor imensurável, incentivo e presença constante em todos os momentos da minha vida. Obrigada por tudo!

À **Gabi**, que inconscientemente, fez esse momento ser mais leve. Pelos sorrisos extraídos da alma e aprendizado constante, obrigada por me fazer mãe e um ser humano melhor.

A **Claudinho**, que além de marido, foi um amigo fiel, paciente e compreensivo.

A toda minha **família** pela torcida vibrante, amor e por compartilhar momentos de paz.

As **minhas irmãs do coração, Mônica e Jussara**, pela amizade infinita e apoio incondicional.

A **Júlia e Duda**, por sempre me proporcionarem momentos de alegria.

Aos amigos que a vida me presenteou, em especial à **Manuella, Janine, Luciana Lira, Cintia, Isis, Ana Paula, Édija e Matheus**. Obrigada por sempre estarem, de alguma forma, demonstrando que a nossa amizade é especial.

À professora **Dra. Lenilde Duarte de Sá**, querida orientadora e amiga. Grata pela oportunidade e confiança no meu potencial. És um exemplo de inteligência, força, fé e renovação.

A todos os professores que compuseram a banca examinadora, em especial à **Dra. Jordana de Almeida Nogueira**, pela amizade verdadeira e auxílio em todos os momentos; **Dr. Sérgio Augusto Freire de Souza** que, por tantas vezes, generosamente, foi luz e norte no momento da análise; **Dra. Isabelle Cahino Delgado**, pela disponibilidade e valorosas contribuições e **Dra. Marta Miriam Lopes Costa**, pelo olhar atento e colaboração.

Ao **corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)** pela valorosa contribuição para a minha formação como pesquisadora.

Aos membros e amigos do **grupo TB/PB**, em especial à **Renata Ramalho**, pela sincera amizade e parceria.

A **turma do Doutorado 2013.2**, pela convivência prazerosa e construção conjunta de conhecimentos.

A **Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)**, por conceder o meu afastamento para finalização do processo de doutoramento.

Aos professores da **Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENFE) da UFCG**, em especial à **Édija Lima, Gigliola Bernardo e Luciana Dantas**, pela disponibilidade em assumir algumas de minhas funções para que eu pudesse me afastar e a **Justino Filho**, pelo empenho em viabilizar o meu processo de afastamento.

Aos **enfermeiros assistenciais** que se disponibilizaram a contribuir, viabilizando essa pesquisa.

Aos **funcionários do PPGENF**, em especial à **Seu Ivan e Nathali**, pela convivência harmoniosa e solicitude.

Ao **CNPq** por subsidiar os recursos financeiros.

Àqueles que participaram direta ou indiretamente para a construção dessa tese deixo aqui registrado o meu eterno agradecimento.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

Fernando Teixeira

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Análise de Discurso
ANS – Agência Nacional de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde
CAISI – Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CDI – Centro de Diagnóstico por Imagem
CE – Consulta de Enfermagem
CHCF – Complexo Hospital Clementino Fraga
CNCT – Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CT – Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB – Departamento de Atenção Básica
DOT – *Directly Observed Treatment*
DOTS – *Directly Observed Treatment Short- Course*
DS – Distrito Sanitário
E-SUS AB – E-SUS Atenção Básica
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN – Laboratório Central
MDR – Multidrogarresistência
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PA – Pronto Atendimento
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PE – Processo de Enfermagem
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAISI - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Idoso

PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose

PNH – Política Nacional de Humanização

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SE – Serviço Especializado

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UR – Unidade de Referência

USF – Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VS – Vigilância em Saúde

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

TRIGUEIRO, Janaína von Söhsten. **Retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas:** discursos de enfermeiros assistenciais. 2016. 145f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: A permanência da tuberculose (TB) é contínua, sendo a detecção precoce dos casos essencial para o alcance exitoso do seu controle. Contudo, nota-se que a falta de agilidade no diagnóstico se sobressai como um dos grandes desafios da gestão bem como dos trabalhadores de saúde na redução da incidência da doença no Brasil. Dentre as demandas mais vulneráveis, é imperativo pensar nos usuários idosos, pois a diversidade de fatores que lhes são inerentes é ainda mais importante ser considerada, já que o problema do retardo ao diagnóstico se agrava quando associado aos doentes em idades mais avançadas. **Objetivo:** Analisar as causas do retardo do diagnóstico da TB em pessoas idosas a partir dos efeitos de sentidos contidos nos discursos dos enfermeiros assistenciais de João Pessoa-PB. **Método:** Estudo qualitativo que teve como aporte teórico-metodológico a Análise de Discurso de vertente francesa, debruçando-se no princípio da integralidade e no pensamento da Alteridade levinasiana. Realizado entre os meses de outubro de 2015 a fevereiro de 2016, teve como colaboradores 17 enfermeiros assistenciais atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB e no Complexo Hospitalar Clementino Fraga. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o nº de protocolo 0461/13 e CAAE nº 15845613.1.0000.5188. **Resultados:** Os efeitos de sentidos mobilizados explicitaram quanto ao cuidado integral, que o modelo biomédico predomina, porém há a tentativa de quebra da sua hegemonia, a partir de ações humanizadas. Em relação às causas do atraso do diagnóstico da TB nos idosos, os sujeitos evidenciaram uma diversidade de fatores que influenciam direta e indiretamente na morosidade diagnóstica. Dentre eles, destacaram-se as questões biológicas do idoso, o preconceito sócio-histórico da doença e as fragilidades do processo de trabalho desenvolvido nos três níveis de atenção à saúde. **Conclusão:** Baseando-se na pluralidade de sentidos que envolvem o idoso com TB bem como na sua subjetividade inesgotável, é imperativo que a RAS ofereça dispositivos estruturais e processuais a fim de atender a diversidade de necessidades que lhes são peculiares. O cuidado deve ser simultaneamente, individual e coletivo, tendo como pilar a união da integralidade e a Alteridade.

Palavras-chave: Tuberculose; Saúde do Idoso; Integralidade em Saúde; Serviços de Saúde; Enfermeiras e Enfermeiros.

ABSTRACT

TRIGUEIRO, Janaína von Söhsten. **Delay of the diagnosis of tuberculosis in the elderly:** speeches of nursing assistants. 2016. 145f. Tesis (Doctorate Degree) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: The permanence of tuberculosis (TB) is continuous, and the early detection of cases is essential for the successful reach of its control. However, it is noted that the lack of agility in the diagnosis stands out as one of the great challenges of management as well as for health workers in reducing the incidence of the disease in Brazil. Among the most vulnerable demands, it is imperative to think of elderly users, because the diversity of factors that are inherent to them is even more important to be considered, as the problem of delayed diagnosis is aggravated when associated with patients at more advanced ages. **Objective:** To analyse the causes of delayed diagnosis of TB in the elderly, based on the effects of senses contained in the speeches of nursing assistants in João Pessoa-PB. **Method:** A qualitative study that had as theoretical-methodological contribution the Discourse Analysis of French slope, focusing on the principle of integrality and the thought of the Levinasian Alterity. Held between October 2015 and February 2016, it had as collaborators 17 assisting nurses working in the Family Health Strategy of the city of João Pessoa-PB and in the Clementino Fraga Hospital Complex. The project was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Centro de Ciências da Saúde of Universidade Federal da Paraíba under protocol number 0461/13 and CAAE nº 15845613.1.0000.5188. **Results:** The effects of mobilized senses explained the integral care that the biomedical model prevails, but there is an attempt to break its hegemony, based on humanized actions. Regarding the causes of delayed diagnosis of TB in the elderly, the subjects evidenced a diversity of factors that directly and indirectly influence the diagnostic slowness. Among them, the biological issues of the elderly, the socio-historical prejudice of the disease and the frailties of the work process developed in the three levels of attention to health were highlighted. **Conclusion:** Based on the plurality of meanings that involve the elderly with TB as well as their inexhaustible subjectivity, it is imperative that RAS offers a structure that meets the diversity of needs that are peculiar to them. The care must be simultaneously individual and collective, having as pillar the union of the integrality and the Alterity.

Key words: Tuberculosis; Health of the Elderly; Integrality in Health; Health Services; Nurses.

RESUMEN

TRIGUEIRO, Janaína von Söhsten. **Retraso en el diagnóstico de la tuberculosis en personas de edad avanzada:** discursos de las enfermeras clínicas. 2016. 145f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: La persistencia de la tuberculosis (TB) es continua, y la detección precoz de los casos esenciales para la exitosa gama de su control. Sin embargo, se observa que la falta de agilidad en el diagnóstico se destaca como uno de los grandes retos de la gestión y los trabajadores de la salud en la reducción de la incidencia de la enfermedad en Brasil. Entre las demandas más vulnerables, es imperativo pensar en los usuarios de edad avanzada, debido a la diversidad de factores que son inherentes a ellos es aún más importante a considerar, ya que el retraso de diagnóstico problema se agrava cuando se asocia a los pacientes en edades más avanzadas. **Objetivo:** Analizar las causas del retraso del diagnóstico de tuberculosis en personas de edad avanzada de los efectos de significados contenidos en los discursos de las enfermeras clínicas de João Pessoa-PB. **Método:** Este estudio cualitativo tuvo como soporte teórico y metodológico de la parte francesa de Análisis del Discurso, apoyándose en el principio de la integralidad y el pensamiento de Levinas Otredad. Celebrado entre los meses de octubre 2015-febrero 2016, hemos tenido como colaboradores 17 enfermeras clínicas que trabajan en la Estrategia Salud de la Familia en la ciudad de João Pessoa-PB y Clementino Fraga Complejo Hospitalario. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Paraíba Centro de Ciencias de la Salud bajo el protocolo nº 0461/13 y CAAE Sin 15845613.1.0000.5188. **Resultados:** Los efectos de los sentidos movilizados hicieron explícito en cuanto a la atención integral, el modelo biomédico que predomina, pero no romper el intento de su hegemonía de acciones humanizadas. En cuanto a las causas del retraso en el diagnóstico de la tuberculosis en los sujetos de edad avanzada mostraron una variedad de factores que influyen directa e indirectamente en los retrasos de diagnóstico. Entre ellos se destacaban los aspectos biológicos de las personas mayores, el sesgo histórico-social de la enfermedad y las debilidades del proceso de trabajo desarrollado en tres niveles de atención de la salud. **Conclusión:** En base a la pluralidad de significados que implican pacientes de edad avanzada con la tuberculosis, así inagotable en su subjetividad, es imperativo que el RAS oferte una estructura que satisface las diversas necesidades que le son propias. La precaución debe ser a la vez individual y colectiva, y como elemento clave de la integridad y la unión Otredad.

Palabras clave: Tuberculosis; Salud del Anciano; Integralidad en Salud; Servicios de Salud; Enfermeros.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES INICIAIS	20
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	21
1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	23
1.2.1 O retardo do diagnóstico da TB em pessoas idosas e o cuidado da Enfermagem.....	23
1.3 OBJETIVOS	28
1.3.1 Objetivo Geral	28
1.3.2 Objetivos Específicos	28
CAPÍTULO 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	29
2.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	30
2.1.1 O envelhecimento e a Tuberculose: duas realidades que se cruzam ..	30
2.1.2 A Integralidade na perspectiva da Alteridade: uma “conversa” entre Starfield e Lévinas a caminho do cuidado de Enfermagem ao idoso com TB	36
2.1.3 A Enfermagem, o cuidado ao idoso com TB e as ações na APS e SE .	42
2.1.3.1 Um novo olhar para a Consulta de Enfermagem ao idoso com TB.....	47
2.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	50
2.2.1 A Análise de Discurso.....	50
CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO	57
3.1 TIPO DO ESTUDO.....	58
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	58
3.2.1 Condições de produção do discurso	60
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	62
3.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	63
3.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	64
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	66

CAPÍTULO 4: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
4.1 A FORMAÇÃO DISCURSIVA DOS ENTREVISTADOS	69
4.2 ANALISANDO OS DISCURSOS	74
4.2.1 O Cuidado Integral aos Idosos com Tuberculose	75
4.2.2 Causas do Retardo do Diagnóstico da TB em Idosos	89
 CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
 REFERÊNCIAS.....	116
 APÊNDICES	140
APÊNDICE A	141
APÊNDICE B	142
 ANEXOS	143
ANEXO A	144
ANEXO B	145

*Apresentação:
E a “velha” se faz “nova”*

Início esta breve apresentação com a certeza de que trago algo velho, mas que se renova. Ao mencionar o velho, deixo claro que não me refiro a objetos usados ou a alguma coisa que não tem validade, mas sim a algo que se faz presente há quase uma década na minha vida: estudar sobre a Tuberculose (TB).

Sendo assim, não posso deixar de evidenciar a minha participação no Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (Grupo TB-PB), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Paraíba, desde meados do ano de 2006, tendo a professora Lenilde Duarte de Sá, minha orientadora, como coordenadora. Acrescento que estar nesse Grupo me faz colher frutos, tanto na vida profissional quanto na vida pessoal, pois trabalhar em conjunto e adquirir conhecimento mutuamente proporcionam um prazer incalculável.

E por que continuo imersa nessa temática? Porque é um problema constante para a saúde pública, mesmo existindo um tratamento eficaz e gratuito. Porque suscita um novo olhar sensível às especificidades e acende uma chama que precisa ser levada adiante. Porque ainda há muito que fazer pelo serviço ofertado, pela gestão, pelos profissionais de saúde, pela sociedade e, sobretudo, para o doente de TB. E nada é mais enfático do que a pesquisa para mostrar a realidade, que ora explicita qualidade e competência ora carece de profundas transformações.

Quando digo novo, quero enfatizar a inovação em aprofundar os estudos no campo da Saúde do Idoso e trazer uma reflexão para o âmbito da Enfermagem, correlacionando a uma doença que, em pleno século XXI, ainda é permeada de estigmas e preconceitos.

Ademais, essa novidade se insere em uma área desafiadora: a da Análise de Discurso de vertente francesa. Embora seja marcada por desafios, é fascinante, já que permite a leitura das entrelinhas, o conhecer do dito e do não-dito. Procura compreender os espaços e as possibilidades do discurso. Busca ver o invisível estampado nas palavras, ouvir o silêncio que grita numa linguagem repleta de significações sociais, históricas, ideológicas etc.

E nela – digo na AD – foi dado um mergulho. Um mergulho intenso, que a princípio parecia um afogamento. Faltaram palavras, fugiram os sentidos. Socorro! Mas depois da tempestade vem o sol. Tudo clareou e começou a fazer sentido, ser sentido. Um sentido que agora faz mais sentido. Ele se repete, se refaz, se reinventa e depois já não tem mais sentido algum. Bem, na AD é assim, sempre. Ainda tenho muito que aprender e reaprender...

Convém ressaltar que outros trabalhos do Grupo TB-PB também utilizaram como dispositivo teórico analítico a AD, o que vem fortalecendo o aprofundamento nessa metodologia. Dentre eles, Teses, Dissertações e Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), já com publicações em revistas bem conceituadas.

Destacam-se as teses finalizadas nos últimos anos, são elas: Barrêto (2014), que analisou a discursividade dos sujeitos gestores relacionada à prática das ações de controle da TB na perspectiva do planejamento em saúde no município de João Pessoa-PB; Oliveira (2015), que realizou a análise dos efeitos de sentidos produzidos nos discursos dos gestores e coordenadores sobre a Transferência de Política do Tratamento Diretamente Observado (TOD) da TB; e Pinheiro (2016), que analisou a partir dos discursos de profissionais que atuam no Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), os pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua relação com as ações de controle da TB.

A partir da minha atuação no Grupo, me vinculei ao projeto Universal aprovado pelo CNPq denominado “Retardo do Diagnóstico da Tuberculose em Pessoas Idosas: ações do enfermeiro em municípios da região da grande João Pessoa-PB”, do qual nasceu a idealização da proposta dessa tese.

No Capítulo 1 há a contextualização da problemática da TB em âmbito global e local. A delimitação do objeto de estudo se dá a partir do retardo do diagnóstico da TB nos idosos como desafio contemporâneo dos profissionais da saúde, sobretudo da assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) bem como no Serviço Especializado (SE). Sob essa premissa, são apresentados ainda a justificativa e os objetivos do estudo.

A apresentação da fundamentação teórico-metodológica é realizada no Capítulo 2. Os fundamentos teóricos congregam concepções à luz da literatura pertinente acerca dos seguintes temas: envelhecimento, tuberculose, integralidade, alteridade e cuidados de enfermagem. Além disso, o estudo está ancorado no dispositivo teórico-metodológico da AD de linha francesa.

O percurso metodológico está contemplado no Capítulo 3. Nele consta o tipo do estudo, o cenário onde foi realizado, com a caracterização das condições de produção e, ainda, a descrição dos sujeitos participantes da pesquisa, do instrumento e procedimentos utilizados para coletar os dados e para analisar o

material empírico bem como os aspectos éticos respeitados durante a realização da tese.

O Capítulo 4 expõe os resultados e a discussão. Nele há destaque para o delineamento do caminho percorrido pelo analista de discurso até encontrar as formações discursivas (FDs) dos entrevistados e circunscrever os dois conceitos-análise *a posteriori*: O cuidado integral aos idosos com TB e As causas do retardo do diagnóstico da TB em idosos. O primeiro conceito-análise possui como FDs As faces do cuidado integral e O cuidado integral em ação. Já o segundo tem as seguintes FDs: As máscaras da TB nos idosos, A realidade social da TB nos idosos e A caixa de Pandora.

As considerações finais foram trazidas no Capítulo 5. Nesse momento foi realizada uma síntese dos principais resultados, correlacionando-os com os sentidos mobilizados na AD. Há ênfase para os desafios dos enfermeiros assistenciais frente à realidade da TB nos idosos, porém são levantadas propostas para sensibilizá-los, conscientizá-los e capacitá-los. Ademais, são apontadas sugestões para potencializar a operacionalização dos serviços ofertados na Rede de Atenção Saúde (RAS) com base na polissemia que envolve o idoso com TB.

Capítulo 1: Considerações Iniciais

1.1 Contextualização e justificativa

A partir da realização de um estudo de revisão, Trigueiro *et al.* (2016) afirmam que pesquisas acerca da tuberculose (TB) em idosos são bastante escassas na literatura nacional e internacional. Assim, o objeto de estudo desta tese traz inovações quando explicita o discurso do profissional enfermeiro assistencial a respeito da sua atuação direcionada ao cuidado do idoso acometido por TB bem como sobre os impasses que retardam o diagnóstico da doença nesse público.

No que concerne à TB, é oportuno mencionar que o Brasil está entre os 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que concentram 80% da carga mundial da doença. O número absoluto de casos continua aumentando ano após ano, ocupando hoje o 16º lugar (WHO, 2015). Quanto a essa informação, o Ministério da Saúde (MS) reafirma a gravidade da situação ao exibir dados epidemiológicos do ano de 2014 referentes à doença no país, quando foram diagnosticados 67.966 casos novos, apresentando uma taxa de incidência de 33,5 casos/100 mil habitantes, tendo registros de 4.577 óbitos (BRASIL, 2015).

Embora haja tratamento gratuito para a TB, tornando-a curável desde o século passado, essa ainda se apresenta como um desafio global para a saúde pública, sobretudo nos países com baixos indicadores socioeconômicos. É visto que atinge todas as faixas etárias, possuindo uma relação direta entre as condições sociais, econômicas e o contato com o bacilo causador, sendo considerada uma das principais causas de óbitos por doenças infecciosas (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

Convém ressaltar que a doença que normalmente acometia adultos jovens passou também a ser comum em idosos (BIERRENBACH *et al.*, 2007; TAVARES *et al.*, 2010). Sob esse prisma, Mendes (2010) diz que uma população em que o envelhecimento é um processo acelerado, como no caso do Brasil, concorre significativamente para o crescimento de condições crônicas, sendo fator preponderante para evidenciar a questão da vulnerabilidade ao adoecimento por TB, já que suas consequências certamente são mais severas nas pessoas de idades mais avançadas (FERNANDES; SILVA, 2010).

O cenário da região metropolitana de João Pessoa, especificamente, se assemelha ao brasileiro, tanto no que diz respeito ao aumento da transição demográfica quanto no expressivo número de casos novos de TB em idosos. De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde (SES), entre os anos de 2009 e

2014, foram registrados 968 casos das duas formas de apresentação da TB, pulmonar e extrapulmonar (PARAÍBA, 2015).

Assim, é imprescindível reconhecer que a população brasileira está envelhecendo e que a idade e mortalidade por TB estão intimamente ligadas, em virtude da predisposição ao adoecer, por queda da imunidade inerente a esta faixa etária (PINHEIRO *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2013;. VERAS, 2014). Logo, as necessidades peculiares deste público demandam celeridade nas ações da Rede de Atenção à Saúde (RAS), suscitando um novo fazer frente à fragmentação do cuidado (SÁ *et al.*, 2015), sendo primordial exaltar a importância do diagnóstico precoce.

Para tanto, Barrêto (2010) alega que conseguir realizar precocemente a detecção dos casos e efetivar o seu tratamento é algo primordial para controlar a TB. Todavia, inúmeros empecilhos se fazem presentes para que isso não ocorra, a exemplo do abandono do tratamento medicamentoso e do retardo no diagnóstico. Esse último é apontado por Sá *et al.* (2015) como o grande nó dos serviços de saúde, uma vez que não consegue ser desatado nem pelos gestores municipais e estaduais tampouco pelos trabalhadores da saúde. Por ser um fator que acentua sua constância e gravidade, afirmar a existência do retardo ao diagnóstico da TB é o mesmo que revelar a morosidade dos serviços prestados.

Analisando as ações direcionadas para o diagnóstico da TB, Paiva *et al.* (2014) inferem que apesar dos serviços da APS serem preferencialmente acessados pelos usuários, existem inúmeras fragilidades, tanto no que concerne à suspeição de casos quanto na conclusão do diagnóstico da doença, evidenciando a baixa resolutividade do sistema de porta de entrada. Afirmam ainda que o Serviço Especializado (SE) é o principal responsável, na prática, pelas ações que deveriam ser realizadas em tal âmbito.

Quanto à ausência de celeridade diagnóstica da TB, especialmente na população idosa, aspectos sociais como as condições de moradia e baixa escolaridade bem como os sinais clínicos atípicos da doença e o fato de comumente não ser elencada como hipótese diagnóstica pelos profissionais de saúde dificultam o estabelecimento do diagnóstico diferencial e precoce (SILVA *et al.*, 2010a).

É mister conhecer as singularidades que apresentam as pessoas idosas com TB, de modo que se possa responder as suas necessidades. Importante se torna, portanto, impedir o atraso no diagnóstico para que ações sejam voltadas à qualidade

de vida do idoso e que seja reduzido o tempo de sofrimento. Para o alcance desta meta, é imperativo observar os determinantes do processo de envelhecimento da população, considerando a realidade epidemiológica que se desenha com base neste fenômeno, o que necessita de maior atenção por parte dos profissionais envolvidos (MENDES, 2010).

Existem limitações nos serviços ofertados bem como há dificuldades de acesso do doente idoso ao diagnóstico e tratamento da TB, acredita-se que os enfermeiros assistenciais da APS e do SE, possam, em seus discursos, dizer algo que explique a busca pelo serviço de referência ao invés da porta de entrada, fornecendo subsídios para que haja uma urgente transformação no cuidado à TB.

Ressalta-se que o dispositivo analítico utilizado foi o da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa. Mediante o respaldo teórico que esse método proporciona ao analista, por tentar compreender o sujeito inserido no seu contexto sócio histórico e imbuído por sua ideologia (ORLANDI, 1986), é preciso lembrar que os enfermeiros assistenciais podem ser interpelados pelas condições do processo de trabalho, pela realidade do idoso doente e também pelas suas mais íntimas experiências, o que pode trazer à tona sentimentos, como por exemplo, de preconceito diante de uma doença ainda tão estigmatizada.

1.2 Delimitação do Objeto de Estudo

1.2.1 O retardo do diagnóstico da TB em pessoas idosas e o cuidado da Enfermagem

Como já dito anteriormente por Caliari e Figueiredo (2012), a TB é uma doença antiga, transmissível e de tratamento gratuito, sendo enfatizada como uma séria preocupação nas discussões acerca da saúde pública ao longo dos últimos anos. Frente a essa realidade, é visto que o panorama mundial da TB tem apresentado mudanças positivas, considerando que no período de 2000 a 2014, o diagnóstico e o tratamento eficazes salvaram no mundo 43 milhões de vidas (WHO, 2015).

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2015, nos últimos três anos houve redução no coeficiente de mortalidade por TB, possibilitando o alcance da meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de reduzir este indicador pela metade (BRASIL, 2015).

Não obstante a esse dado positivo, a permanência da TB é contínua no Brasil e a detecção precoce dos casos e um tratamento eficaz são essenciais para o alcance exitoso do seu controle. Contudo, nota-se que além do abandono da terapia medicamentosa, a falta de agilidade no diagnóstico se sobressai como um dos grandes desafios da gestão bem como dos trabalhadores de saúde na redução da incidência da doença no Brasil (BARRÊTO, 2010).

Em relação ao tempo de diagnóstico, pesquisas revelam que não há um consenso para definir o que se caracteriza em atraso. Somente são apontados números que variam entre 30 a 162 dias e, quanto ao sistema de saúde, entre 02 a 18 dias (MIFNANGA *et al.*, 2008; WANDEWALO; MORKVE, 2000; BASNET *et al.*, 2009), ficando claro que o tempo encontrado se mostra como uma fragilidade do serviço ofertado, sobretudo quando se trata de uma doença de fácil e rápida transmissão como a TB.

Legitimando os resultados de tais pesquisas, Paiva *et al.* (2014) referem que não há um tempo ideal para que o diagnóstico da TB seja constituído. Logo, não existe um parâmetro que caracterize o atraso do diagnóstico. Na verdade é preciso considerar a diversidade de fatores envolvidos para tal conformação, a exemplo das condições de acessibilidade aos serviços, da operacionalização dos recursos, da qualidade das ações que são ofertadas e, principalmente, das peculiaridades dos usuários.

O problema é conseguir pôr em prática as estratégias que são sugeridas por estudiosos em suas pesquisas, que são recomendadas pelas políticas públicas. Essas se deparam com um sistema imerso numa bola de neve de obstáculos que congelam as ações. Dentre eles, merecem destaque três tipos de demora: a primeira se relaciona com a demora do usuário suspeito em procurar o serviço, definida pelo tempo a partir do aparecimento dos primeiros sintomas da TB até a primeira visita formal a qualquer estabelecimento de saúde; a segunda diz respeito à demora do sistema de saúde, entendida como o intervalo de tempo entre a primeira consulta em qualquer unidade de saúde até a data do diagnóstico; e ainda existe a demora total, resultante do atraso na procura pelo doente aliado ao atraso no diagnóstico oriundo do sistema de saúde (MIFNANGA *et al.*, 2008; BASNET *et al.*, 2009).

A demora em diagnosticar a doença e, por conseguinte, tratá-la, é decorrente das inúmeras limitações existentes no sistema de saúde. Por essa razão, é

relevante que as práticas sejam repensadas e intervenções urgentes sejam tomadas, no sentido de tornar o diagnóstico mais rápido. Para tanto, medidas simples podem ser realizadas, tais como a sensibilização da comunidade em relação ao autocuidado da saúde, reconhecimento dos sintomas e modo de transmissão da TB. Já nos serviços de saúde, as formas de busca do sintomático respiratório (SR) podem ser aprimoradas e agilizadas, na intenção de minimizar a quantidade de usuários que estão fadados a sequer realizar os exames necessários para que a doença seja diagnosticada (MIFNANGA *et al.*, 2008).

Todavia, para que essas medidas sejam concretizadas, é primordial atentar para os entraves que determinam o atraso do diagnóstico da TB, tais como as particularidades do usuário suspeito – podendo estar relacionadas às condições individuais e sociais – e a situação precária do sistema de saúde atual (BASNET *et al.*, 2009; VILLA *et al.*, 2009; MIFNANGA *et al.*, 2008). A partir desse reconhecimento, estratégias de cunho intersetorial devem ser constituídas, a fim de que a vulnerabilidade ao adoecimento seja reduzida, suscitando no controle da doença (COSTA *et al.*, 2012).

Salienta-se no estudo de Costa *et al.* (2012), realizado em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, que a demora do paciente em buscar o serviço influenciou expressivamente no tempo para o diagnóstico da TB. As autoras comprovaram por meio da associação estatística que a escolaridade possui associação com a procura tardia do serviço de saúde. Acrescem-se as informações da revisão realizada por Storla, Yimer e Bjune (2008), a qual explicitou estudos que correlacionaram a baixa escolaridade e a falta de conhecimento sobre a TB como pontos determinantes para a demora na busca pelo atendimento no serviço de saúde, o que chama atenção para importância de um projeto governamental mais contundente em relação à educação da população.

Maior *et al.* (2012) corroboram os achados supracitados e afirmam que o principal motivo para o retardo no diagnóstico da TB é, indubitavelmente, a apresentação tardia do usuário ao serviço. Ressaltam que a dificuldade em reconhecer os sintomas da doença é a razão que justifica essa demora, sendo crucial a elaboração e implementação de estratégias que visem a celeridade diagnóstica, sugerindo investimentos tanto na estrutura quanto na informatização do sistema de saúde.

A carência de profissionais capacitados para identificar o SR é outro aspecto que influencia diretamente no atraso do diagnóstico da TB, como revela o estudo de Barreto *et al.* (2012). Nessa ótica, urge a necessidade de qualificar as equipes de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença bem como a melhoria na busca ativa dos casos suspeitos. Ainda, é indispensável realizar atividades de educação em saúde nos diferentes espaços sociais, no sentido de desmistificar a enfermidade por meio de informações coerentes, na tentativa de fazer com que a comunidade a reconheça como tratável e curável, minimizando, desse modo, as barreiras de acesso aos serviços de saúde (BERALDO *et al.*, 2012).

Quanto às barreiras de acesso mencionadas anteriormente, uma investigação realizada na Paraíba constatou que embora seja fácil conseguir uma consulta médica, o diagnóstico da TB pode estar sendo atrasado em virtude das dificuldades de acesso ao exame, demonstrando que a coleta de escarro ofertada pelas equipes de saúde da família (SF) é falha, o que indica lacunas na organização do serviço que se manifestam na baixa resolutividade das equipes frente, sobretudo, às demandas mais urgentes (MARCOLINO *et al.*, 2009).

Ao frisar as demandas mais vulneráveis, é imperativo pensar nos usuários idosos, pois a diversidade de fatores que lhes são inerentes é ainda mais importante ser considerada, já que o problema do retardo ao diagnóstico se agrava quando associado aos doentes em idades mais avançadas (SÁ *et al.*, 2015). Igualmente, outros autores asseguram que o atraso do diagnóstico é expressivo em pessoas idosas, uma vez que suas particularidades fisiológicas dificultam a definição do diagnóstico, contribuindo para a demora em iniciar o tratamento e aumentando o tempo de transmissão da doença (WARD; SISKIND; KONSTANTINOS, 2001).

Nos idosos o diagnóstico é mais complicado em virtude das comorbidades associadas a essa faixa etária, o que determinam maior suscetibilidade ao adoecimento e probabilidade de morte, como aludem Oliveira *et al.* (2013). Nessa perspectiva, o recrudescimento do envelhecimento populacional tem causado preocupações para os profissionais de saúde em geral mas, em especial, aos enfermeiros, os quais lidam diretamente no cuidado aos idosos com TB (LISBOA; CHIANCA, 2012; SÁ *et al.*, 2015).

Sendo assim, a associação entre os cuidados de saúde e o envelhecimento remete à obrigatoriedade da existência de uma equipe competente para lidar com os empecilhos que se fazem presentes nos serviços e para colocar em prática o que

recomenda as políticas públicas. Ademais, os profissionais de saúde precisam ser capazes de prestar assistência dentro dos parâmetros de atenção à saúde das pessoas idosas preconizados pelo MS (LIMA *et al.*, 2015), os quais são norteados pela integralidade, universalidade e equidade.

Nesse contexto, uma pesquisa elaborada por Gomes e Sá (2009) ratifica que o enfermeiro é um dos componentes da equipe de SF mais envolvido com as ações de controle da TB, dentre elas a busca ativa de SR. O protagonismo da Enfermagem se destaca no desenrolar das ações voltadas para a TB (BRASIL, 2011; SÁ *et al.*, 2015), assim, espera-se a sensibilização dos profissionais no que diz respeito ao cuidado integral ao doente na APS (BARRÊTO *et al.*, 2012) e também no Serviço Especializado (SE). Esse último abarca consultórios particulares, hospitais e ambulatórios de especialidades ou de referência, PCT e SAE, presença de média e alta densidade tecnológica, equipes especializadas e apoio diagnóstico (PONCE *et al.*, 2013).

Frente a tais informações, o incremento no número de idosos no Brasil aliado ao impacto da TB nessa população em especial, impõe maior preocupação aos estudiosos e às autoridades sanitárias, fato que justifica a realização de estudos específicos e de ações mais incisivas (TAVARES *et al.*, 2010).

Haja vista a necessidade de produzir conhecimentos teóricos e operacionais acerca das dificuldades encontradas na APS e no SE, a partir dos discursos dos enfermeiros assistenciais sobre o retardo do diagnóstico da TB em idosos, o presente estudo justifica-se pela possibilidade de ampliar as ações voltadas para o controle da doença e contribuir para a efetivação do cuidado de enfermagem ao idoso.

Mediante o dispositivo teórico-analítico da AD de matriz francesa, é dada a seguinte questão norteadora: quais efeitos de sentidos são produzidos nos discursos dos enfermeiros assistenciais relacionados às causas de retardo do diagnóstico da TB em pessoas idosas em João Pessoa-PB?

A fim de responder a questão supracitada, devem-se considerar os atributos da APS como fundamento para análise do desenvolvimento das ações dos enfermeiros assistenciais com idosos, em uma perspectiva que transponha o que é feito para uma leitura de como se constitui o fazer. Portanto, espera-se que, ao compreender o desenrolar das ações de enfermagem, especialmente durante a coleta de dados da consulta, seja possível recriar o olhar para o idoso com TB, na

tentativa de reinventar esse momento a partir da concepção de Levinas, que enfatiza justamente que, na oportunidade do encontro entre o eu – no caso aqui, o enfermeiro¹ – com o outro – o paciente, o ser cuidado – é exigido o reconhecimento da alteridade e possíveis fragilidades e a responsabilização do eu pelo outro (ALMEIDA, 2010; COELHO *et al.*, 2015).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral:

Analisar as causas do retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas a partir dos efeitos de sentidos contidos nos discursos dos enfermeiros assistenciais de João Pessoa-PB.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Explicitar os discursos dos enfermeiros assistenciais da Atenção Primária à Saúde em relação ao cuidado integral ao idoso com tuberculose e aos aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da doença;
- Explicitar os discursos dos enfermeiros assistenciais do Serviço Especializado em relação ao cuidado integral ao idoso com tuberculose e aos aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da doença;
- Evidenciar os sentidos mobilizados pelos discursos dos enfermeiros assistenciais da APS e do SE.

¹ Com base no estudo de Almeida (2010), utiliza-se o termo “eu-enfermeiro” para exaltar a concretude e a singularidade de um profissional que se vê diante de outro ser que necessita de cuidado, e não do enfermeiro enquanto um conceito e nem tampouco como um sujeito social genérico.

Capítulo 2: Fundamentação Teórico-Metodológica

2.1 Fundamentação Teórica

2.1.1 O envelhecimento e a Tuberculose: duas realidades que se cruzam

O alcance da longevidade é, indubitavelmente, a representação concreta de avanços da sociedade contemporânea, em especial para estudiosos da área da saúde e afins. Porém, essa traz à tona uma discussão que coloca em pauta o processo de envelhecer, na maioria das vezes, não como algo fisiológico do ser humano, mas como um marco estereotipado e ultrapassado, isto é, como sinônimo de doença, finitude e exclusão social.

A realidade do envelhecer ocorre em diversos países, sendo reflexo das transições demográfica e epidemiológica, as quais perpassam por aspectos sociais, econômicos bem como pelos processos de urbanização e industrialização. Decorre dos avanços científico-tecnológicos, o que favoreceram, concretamente, as melhorias nas condições de vida (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Sob este prisma, é primordial compreender o envelhecimento em seu mais amplo sentido, uma vez que se trata de um fato inerente a todos os seres vivos e que começa desde o nascimento até a morte do indivíduo – sob o ponto de vista biológico – o qual não limita tal processo (PAPALÉO NETTO, 2011), pois também abarca alterações psíquicas e sociais.

Não sendo mais avaliado como um fenômeno, mas sim como um fato mundial, o envelhecimento da população resulta de transformações em uma série de indicadores de saúde. Nomeadamente a diminuição da fecundidade bem como da mortalidade e a ampliação da expectativa de vida. Ademais, é um processo distinto para todos os seres humanos, influenciado pelo gênero, etnia, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem etc. (BRASIL, 2006).

Sobre essa diferença Fechine e Trompieri (2012, p. 107) declaram que:

O ser humano como um todo sempre se preocupou com o envelhecimento, encarando-o de formas diferentes. Assumindo assim, uma dimensão heterogênea. Alguns o caracterizaram como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, outros o consideram como um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência no seio familiar. Outros, ainda, veneram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Cada uma destas atitudes corresponde a uma verdade parcial, mas nenhuma representa a verdade total.

Assim, cabe destacar que, ao perceber a complexidade do processo de envelhecimento, uma vez que é vivenciado de modo singular por cada indivíduo, é preciso considerar a diversidade de aspectos que o constrói, no intuito de que seja garantida uma assistência contínua, de qualidade e universal, respeitando o que preconiza o Estatuto do Idoso no Brasil (BRASIL, 2004).

A primeira menção oficial em relação aos idosos no Brasil foi expressa na Constituição Federal (CF) de 1988, no artigo 230. Esse estabelece o dever da família, da sociedade e do Estado em amparar os idosos, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988). Desde então, discutir sobre os direitos da pessoa idosa nos espaços individual e coletivo é uma realidade que repercute diretamente nas ações oriundas das Políticas Públicas de Atenção e reflete no reconhecimento do idoso como um indivíduo ativo e protagonista no palco da vida (MEIRA *et al.*, 2014).

No entanto, passados quase trinta anos da promulgação da CF e da inserção de um olhar direcionado ao idoso, percebe-se que há muito que fazer por esse público. Em meio às novas políticas, em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, conforme a Lei nº 10741 que prevê as prioridades às normas de proteção aos direitos do idoso, que vão desde o atendimento à saúde sob qualquer circunstância, a melhoria de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral (BRASIL, 2004).

Para Marin e Panes (2015), o Estatuto, mesmo sendo relevante na intenção de mudar as práticas de saúde, não originou progressos expressivos no que diz respeito à saúde do idoso. É imperativo atentar para as necessidades específicas de tal grupo populacional, o qual requer um olhar ampliado e interdisciplinar que prime por ações baseadas na promoção da saúde.

Ainda no que tange ao direcionamento político brasileiro em relação ao idoso, no ano de 2005, com a definição da Agenda de Compromisso pela Saúde pelo MS, foi elaborado o Pacto em Defesa da Vida, merecendo ênfase por agregar prioridades e responsabilidades das três esferas de governo voltadas ao planejamento de saúde para a pessoa idosa, evidenciando a Atenção Básica em Saúde (ABS) como a entrada principal para o serviço público de saúde (BRASIL, 2006a).

Em seguida foi aprovada a Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI). Consonante

com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) abrange a atenção adequada e digna para os idosos, com fins de recuperar, manter e promover a autonomia e independência desses indivíduos, por meio de medidas coletivas e de saúde (BRASIL, 2006b).

Não obstante aos progressos da legislação brasileira concernente aos cuidados à pessoa idosa, a prática ainda é incipiente. As políticas direcionadas ao público idoso possuem um gerenciamento ineficaz, demonstrando sérias limitações no exercício das atribuições que lhes são inerentes, evidenciando um SUS sem resolutividade. E assim, determina a transferência do papel da seguridade social para as famílias, o que contribui para a re-privatização da velhice (SANTOS; SILVA, 2013).

Salienta-se que, para a OMS, são consideradas idosas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos, e igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Essa diferença de parâmetro advém da não associação de melhores condições de vida ao envelhecimento e a celeridade desse processo nos países em desenvolvimento, não comportando planejamento ou reorganização por parte da sociedade e, em especial, da área da saúde, a fim de que as novas demandas sejam atendidas (BRASIL, 2006c; FERNANDES; SILVA, 2010).

Atualmente, grande parte da população brasileira se enquadra numa faixa etária acima dos 60 anos, estando a Paraíba em 3º lugar no número de idosos no país. A população com 60 anos ou mais aumentou 16,2% em dois anos (entre 2009 e 2011), passando de 432 mil (11,4% do total de paraibanos) para 502 mil (13,1%), segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad 2011), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015), a intensidade com que as pessoas viverão por mais tempo está sujeita a um fator primordial: a saúde. Se a longevidade estiver associada à saúde, a capacidade do indivíduo em permanecer ativo é ampliada e repercute em toda sociedade. Em contrapartida, se o “viver mais” estiver atrelado à doença, não no sentido restrito de ausência de saúde, mas abarcando tudo aquilo que impede o bom funcionamento das capacidades física, mental e social, simbolizará um retrocesso absoluto.

Nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorre paralelo às boas condições gerais de vida oriundas da estrutura social que atende esta demanda de

forma adequada e eficaz (NASRI, 2008). Segundo Marin e Panes (2015), a progressão no número de idosos em um país em desenvolvimento como o Brasil, que por muitos anos possuiu uma população predominantemente jovem, ocasiona novas necessidades, principalmente quanto à assistência à saúde. Destarte, cabe às políticas públicas e à sociedade em geral possibilitar que mais pessoas cheguem a idades avançadas com saúde e qualidade de vida. Almeja-se tornar o idoso ativo e saudável em todos os âmbitos, sendo essencial que a atual conjuntura permita a construção de um ambiente sociocultural favorável para que isso ocorra (BRASIL, 2006c).

A rapidez com que o Brasil vem envelhecendo se une com a ausência de estrutura organizacional do país, gerando grandes problemas. Daí a necessidade de uma série de profundas alterações sociais, configurando-se como um desafio governamental. Tudo muda, o setor econômico, o mercado de trabalho, os sistemas e serviços de saúde e as relações familiares (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Frente ao exposto, o MS ressalva que alguns erros devem ser evitados, tais como: considerar que as alterações que sucedem com o idoso provenham do envelhecimento natural, sendo um fator impeditivo para a detecção precoce e o tratamento de certas doenças; tratar o processo normal de envelhecer como doença, considerando como inaceitáveis os sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência e, assim, realizar exames e terapêuticas dispensáveis (BRASIL, 2006c).

Remetendo às prioridades indicadas pelo Pacto em Defesa da Vida, se sobressai a capacidade de responder às demandas de doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, TB, malária e influenza. Além disso, promover saúde e fortalecer a ABS, envolvendo, de forma indireta, a atenção à saúde do idoso (TELLES, 2006). Em contraponto, Silva *et al.* (2014) relatam que o envelhecimento se apresenta com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, deixando o indivíduo idoso mais vulnerável aos processos patológicos, sobretudo àqueles que são facilmente transmitidos, a exemplo da TB.

É justamente nesse momento que há o encontro da vulnerabilidade de uma população que envelhece com uma doença que se mantém viva há tantos anos. Seria uma ironia do destino? Falar da longevidade do indivíduo como um ganho inestimável e, ao mesmo tempo, direcioná-la a uma doença que permanece ativa,

protagonizando uma longa história de lutas constantes e perdas reais para uma sociedade que ainda a vê com preconceito e sinônimo de morte? Um contrassenso? Pode até ser, mas a partir dessas inquietações é que surgem respostas. Esse é o ponto de partida, é o nascer de oportunidades para, mais uma vez, pensar em algo que possa mudar o rumo dessa situação. A intenção não é colocar um ponto final, mas acrescentar vírgulas positivas no caminho do envelhecimento.

Desse modo, é importante mostrar a realidade para, assim, refletir sobre o que fazer por ela. Convém destacar que o aumento da população idosa no Brasil incide em associação ao deslocamento da incidência da TB para as faixas etárias mais avançadas (BERALDO *et al.*, 2012; PIAZOLLA *et al.*, 2014; SIMÕES, 2002; CANTALICE FILHO; BOIA; SANT'ANNA, 2007; PONCE *et al.*, 2013). Pesquisas revelam que, embora o número de casos da doença tenha diminuído, a ocorrência em idosos cresceu em relação à população jovem (CAVALCANTI *et al.*, 2006; VENDRAMINI *et al.*, 2003; SCHAAF; COLLINS; DAVIES, 2010; TAVARES *et al.*, 2010; LOPEZ *et al.*, 2004).

No tocante à infecção por TB nos idosos, alguns estudos asseguram que essa pode ser proveniente da reativação da primeira exposição que estava latente, isto é, quando esse grupo populacional teve contato com o bacilo durante a época em que a doença era extremamente prevalente e ainda não existia tratamento eficaz (CAILLEAUX-CEZAR, 2012). Ademais, deve-se considerar a frequência de exposição às condições que comprometem o sistema imunológico do indivíduo em idade mais avançada, como por exemplo, terapias medicamentosas prolongadas, casos de diabetes, de problemas renais e hepáticos, etc., o que contribuem inevitavelmente para o desenvolvimento de doenças oportunistas como a TB (BERALDO *et al.*, 2012).

O recrudescimento da doença nessa população específica resulta na elevação dos índices da taxa de mortalidade por TB no Brasil, conforme estudos realizados acerca da temática (CHAIMOWICZ, 2001; MOTA; VIEIRA DA SILVA; MOREIRA, 2008; LOURENÇO; LOPES, 2006). É visto também que recidivas são expressivas em idosos, sendo mais comum em indivíduos do sexo masculino (OLIVEIRA *et al.*, 2005; ABREU, 2015).

Sendo assim, Caliari e Figueiredo (2012) complementam referindo que a TB, na atual conjuntura histórica e social da saúde brasileira, encontra-se imbricada em meio às transições epidemiológica e demográfica que originam o envelhecimento

populacional. Ainda, Pinheiro *et al.* (2013) dizem que o crescimento da população idosa no Brasil e a predisposição em contrair doenças em virtude da imunossupressão própria da idade avançada e/ou de outras condições, podem ser os responsáveis pelo acréscimo dos casos de TB nessa faixa etária.

Na Paraíba, no período compreendido entre 2009 a 2014, notificaram-se 968 casos novos em idosos por todas as formas de TB, sendo que destes, 472 foram classificados como casos novos com baciloscopia positiva. No que concerne ao número de óbitos por TB foram registrados 106 casos, distribuídos na Mesorregião da Mata Paraibana (59 casos) e Mesorregiões do Agreste, Borborema e Sertão Paraibano (47 casos) (PARAÍBA, 2015).

Um estudo realizado em João Pessoa-PB, que avaliou o perfil de 169 idosos diagnosticados com TB pulmonar identificou que a maioria da amostra era composta por homens casados, com baixa escolaridade e não institucionalizados. Foi possível verificar que os mesmos acessaram o serviço de referência por intermédio do encaminhamento de outra unidade de saúde, tendo a tosse como principal sintoma, tanto nos homens quanto nas mulheres; no que diz respeito aos agravos associados, o alcoolismo e o tabagismo se sobressaíram no sexo masculino; todos os idosos trataram a TB com o esquema básico preconizado pelo MS, com poucas reações adversas registradas (ARAÚJO, 2015).

A baixa escolaridade, dado apresentando no estudo supracitado, é algo que preocupa muitos estudiosos. Sobre essa problemática, Torres *et al.* (2013) a colocam como sendo uma característica comum entre os idosos brasileiros, determinando, muitas vezes, uma série de limitações no que se refere à leitura, escrita bem como à compreensão de informações necessárias ao seu dia a dia, fornecidas, sobretudo, pelos profissionais de saúde.

O fato de compreender as informações é muito mais complexo do que se imagina e vai muito mais além do que se vê. Meira *et al.* (2014) em sua pesquisa mostram que a relação constituída entre o profissional e o usuário idoso é um item essencial para o momento do atendimento, influenciando absolutamente no seu modo de agir e pensar, no qual permeiam espaços dialógicos de co-responsabilização, acolhimento e criação de um vínculo que, uma vez estabelecido de maneira positiva, não será facilmente rompido. Além disso, a partir daí cria-se um dispositivo de incentivo para buscar ou não o atendimento de saúde.

Deseja-se que os profissionais de saúde atentem para as manifestações clínicas que podem ser subvalorizadas ou as queixas comuns a outras morbidades na velhice, tais como o emagrecimento e a anorexia, e ainda para a implementação de programas preventivos mais efetivos para essa população (FREITAS; PY; NERI, 2002).

Contudo, a discussão sobre o cuidado ao idoso com TB perpassa por uma gama de fatores complexos. Portanto, os profissionais de saúde – aqui, em especial, exaltar-se-á o eu-enfermeiro – devem considerar a individualidade e a coletividade que envolve o usuário. Devem atentar para o quão é difícil envelhecer numa sociedade repleta de iniquidades, além de ter o diagnóstico de uma doença arraigada de preconceitos.

Por conseguinte, Barrêto (2010) comenta que reconhecer a TB como uma doença aliada a fortes questões sociais e estigmas, é fundamental. Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para pôr em prática um cuidado direcionado não somente ao usuário, mas à família e à comunidade, no intuito de incitar a incorporação da corresponsabilidade do cuidado/autocuidado, principalmente naqueles que se deparam com o diagnóstico positivo.

É nesse cenário que a integralidade na perspectiva da Alteridade se insere, simbolizando a esperança de um fazer diferente para o Outro, em fazer melhor pelo Outro. No palco que mostra o trabalho vivo, o profissional – o eu-enfermeiro – passa de protagonista para coadjuvante, dando lugar ao ser cuidado, que se torna o cerne da sua atuação.

2.1.2 A Integralidade na perspectiva da Alteridade: uma “conversa” entre Starfield e Lévinas a caminho do cuidado de Enfermagem ao idoso com TB

Esse estudo ancora-se no eixo teórico da Integralidade na perspectiva da Alteridade. Reportando à nomeação do tópico, a intenção é enfatizar a aproximação existente entre os dois conceitos e o cuidado.

Numa primeira abordagem, pode-se dizer que o termo Integralidade é multifacetado, mas converge para um fim: o cuidado integral. Segundo Mattos (2006) essa expressão é polissêmica, abarcando diversos sentidos que se contrapõem ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos. A figura de

um profissional que tenta ver o que está além da queixa do usuário, que procura perceber a subjetividade daquele ser cuidado, ilustra um dos seus diversos sentidos.

No contexto histórico, um momento importante para a discussão acerca da Integralidade no Brasil foi a década de 1970, precisamente quando brotavam as ações do Movimento Sanitário, dando origem ao pensar coletivo da saúde atrelada às questões sociais. Ganha sustentáculos após a Reforma Sanitária, em 1986, quando surgem os novos conceitos de saúde, que culminaram para a reorientação dos modelos de atenção e, assim, o desenvolvimento da APS (SOUSA, 2004; MENDES, 2002). Desde então vem sendo discutida nas políticas governamentais como algo almejado pelo SUS, mas que comumente não é uma realização concreta, em virtude das sérias fragilidades dos serviços ofertados.

A Integralidade na prática não é tarefa fácil, pois exige que os serviços atendam as necessidades de saúde da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002). Para tanto, as equipes de saúde devem reconhecê-las, considerando os aspectos orgânico, psíquico e social, percebendo os limites de sua atuação para daí buscar resolver as situações que surgem no dia a dia. Por sua vez, é primordial que haja o funcionamento de uma rede de atenção integrada, que ofereça serviços necessários para a demanda, garantindo a resolutividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Para Mattos (2004), a Integralidade é construída na prática do conjunto dos profissionais dos serviços de saúde e nas diferentes formas de encontro desses profissionais com e no serviço. É também consoante com o que está descrito na Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90), como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, no cotidiano do processo de trabalho em saúde.

Nessa ótica, Mendes (2002) diz ser relevante destacar que a qualidade da APS deve seguir, em sua totalidade, seis princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. Desse modo, Starfield (2002, p.62-63) coloca a Integralidade como sendo parte constitutiva para a estruturação dos serviços:

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para

serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.

Além disso, Starfield (2006) propõe que o nível de cuidados primários em saúde seja visto como um filtro, que seleciona, por características, aqueles que devem obter os benefícios da passagem. Desse modo, a APS, como ponto de primeiro contato com o indivíduo, identifica as reais necessidades de cuidado apresentadas pelo usuário, no intuito de ampliar a eficácia dos cuidados primários e serviços especializados, minimizando o surgimento de ações desnecessárias e excessivas, que geram altos custos para o sistema de saúde.

Investigações realizadas, respectivamente na Paraíba e em São Paulo, ao relacionar a Integralidade e o controle da TB, constataram que na rotina dos serviços de saúde existe uma lacuna no entendimento do conceito de Integralidade, sobretudo quanto ao acompanhamento e tratamento do usuário portador de TB no SUS. Foi demonstrado que há desorganização estrutural que fragiliza o desenrolar das ações; bastante burocracia e informações insuficientes; descontinuidade da assistência na APS, mostrando a deficiência nos mecanismos de referência e contra referência, e ainda uma assistência centrada no aspecto biológico e no modelo curativo, que não atende as necessidades individuais do doente (ALVES *et al.*, 2012; BALLESTERO *et al.*, 2014).

A fim de destacar a Integralidade como aporte teórico dessa discussão e, ainda, como baluarte do cuidado integral ao idoso com TB, é preciso entendê-la como a garantia da prestação de serviços que devem atender às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação. Ademais, abrange a responsabilidade pela oferta de serviços em diferentes níveis de atenção à saúde como componente integrador dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, coordenados pela APS (STARFIELD, 2002).

Todavia, restringir o termo Integralidade a competências e tarefas técnicas é descartar a sua importante dimensão no que diz respeito ao cuidado, uma vez que vai além, no sentido que inclui a decisão de acolher, escutar o indivíduo e construir vínculos de intersubjetividade (AYRES, 2004).

Dessa forma, salienta-se a necessidade de constituição de relações de vínculo entre os sujeitos com TB e os profissionais de saúde, sustentada por uma abordagem dialógica que permita conhecer as pluralidades e os sentimentos que

determinam o enfrentamento da doença e, por conseguinte, garantam a integralidade da atenção e a adesão à terapêutica (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Partindo desse pressuposto, espera-se que o usuário seja identificado, sobretudo quando é idoso, como sujeito inserido em um determinado núcleo familiar e contexto sociocultural específico, é fundamental para a implementação de cuidados integrais em saúde, uma vez que a integralidade do cuidado harmoniza-se com o conceito ampliado de saúde, isto é, a saúde é considerada um retrato dos modos de vida dos indivíduos (MENDES, 2002). É nesse contexto plural que essa pesquisa se move.

O termo retrato utilizado acima serve de pontapé inicial para levantar as concepções de Alteridade de Lévinas nessa tese, na tentativa de pensá-las no contexto do cuidar em saúde. Assim, quando se pensa na imagem de uma fotografia, idealiza-se ver pessoas e, ao vê-las, geralmente, em primeiro lugar, olhamos para seus rostos. É exatamente por meio desse Rosto², o qual faz parte de um todo – o corpo – que suscitará o primeiro contato.

O filósofo direciona o olhar para indivíduos de carne e osso, enfatizados por ele como o eu e o outrem que vivem a experiência do encontro movida pela sensibilidade (LÉVINAS, 1997). Cabe aqui ressaltar a distinção, de certa forma antônima, dada por Lévinas acerca do olhar e do rosto. O rosto é externo, se abre, é compreensivo, apresentado como transcendente. Já o olhar domina, engloba, é tido como apreensivo (LÉVINAS, 2008; LÉVINAS, 2009).

Baseando-se na filosofia da Alteridade levinasiana, é preciso valorizar a Sensibilidade para repensar as relações entre o cuidador e o ser cuidado. É durante o encontro face a face que se inauguram os novos modos de agir, em função da necessidade do outro. Volta-se “o olhar para a proximidade que há entre ambos, não para tentar compreender quem é aquele outro que faz face ao sujeito, mas para enfatizar como emerge do seio mesmo desse encontro o sentido da ética” (ALMEIDA; RIBEIRO JUNIOR, 2012, p. 408).

Deve-se então, como já dito anteriormente por Ayres (2004), estabelecer vínculos, os quais são favorecidos, segundo Síveres e Melo (2012, p. 35), “quando se autoriza a entrada do outro no espaço próprio sem reservas ou desconfianças,

²“Manifestar-se como rosto é impor-se para além da forma puramente fenomenal, é apresentar-se de uma maneira irreduzível à representação, sem mediação de nenhuma imagem na sua nudez” (PIMENTA, 2010, p. 72).

ajudando-o a se sentir seguro, algo que somente ocorre quando se sente acolhido na casa, na vida e na história”.

Mas o que seria Alteridade? A finalidade aqui é tentar responder e ao mesmo tempo entender essa questão. O termo deriva da palavra latina *alteritas* – outro. Para a ontologia inclui a condição de um ser diferente do outro na sua maneira de ser específico ou no seu fato de ser numérico, isto é, na sua essência ou na sua existência: contrapõe-se a identidade de um ser consigo mesmo (BOUDON; BOURRICAUD, 1993; ABBAGNANO, 2007).

Diversos autores tentam reproduzir o conceito de Alteridade dado por Lévinas e, embora haja diferenças na forma de defini-la, todos exaltam o Outro. Costa e Caetano (2014) referem que Alteridade é a constituição para o Outro³, através do seu Rosto, onde a partir daí deve ser estabelecida a Sensibilidade da Responsabilidade com o Outro. Já Hames *et al.* (2008) dizem que, por meio dela, é possível resgatar a sensibilidade para o Acolhimento do outro. Uma Responsabilidade infinita que se determina a partir do encontro dos sujeitos no face a face. Para Haddock-Lobo (2006), não é somente uma característica do Outro, é sua realidade, a verdade do seu ser. É difícil e igualmente sublime conviver com a diferença, é viver o eu-tu profundamente.

A filosofia de Lévinas é intrigante. O desafio que ele coloca é justamente conhecer o desconhecido do Outro. É notória sua preocupação com a relação do encontro pautada na Ética, “pois ao olhar a outra pessoa deve-se guardar uma distância, não uma distância de temor, frieza ou de medo, mas uma distância de respeito pelo que a pessoa é e representa” (COSTA; CAETANO, 2014, p. 199).

A fim de inserir o eu e o Outro num contexto social, Lévinas criou também a figura do Terceiro. Para ele, a Alteridade manifestada de forma solitária e assimétrica, tem no Terceiro o referencial que se abre numa dimensão hiperbólica e ilimitada. O Terceiro é o Outro do Outro, na perspectiva social, que rompe a igualdade e linearidade da relação eu-tu. Uma relação dual se transforma em uma tríade interconexa repleta de fissuras que desestabilizam, que provocam um exame de consciência e indica que somos todos responsáveis pelo Outro (MELO, 2003).

³Assim como no artigo de Costa e Caetano (2014) nessa tese, foram utilizados os termos Outro, Rosto, Terceiro, Sensibilidade, Responsabilidade, Acolhimento, Proximidade, Ética, Hospitalidade e Humanização respeitando o uso original, com a primeira letra maiúscula, a fim de diferenciá-los do uso comum. E ainda pelo fato de serem substantivos que se tornam próprios ao cuidado.

Em meio a tantos termos e definições, Síveres e Melo (2012, p. 37) acrescentam a concepção de Hospitalidade, enfatizando que:

É preciso aproximar-se do *Outro* gratuitamente, sem nada esperar, sentir-se hospedado por ele, ou seja, pensar a relação como acontecimento ético e libertador de sujeitos. Não há outra forma de se pensar a hospitalidade sem partir do *Outro*. Isso implica fazer da experiência da vida um lugar de construção de uma atitude de abertura, de acolhimento e de escuta sensível da palavra que vem do *Outro*, superando o lugar de exposição, de desprendimento e de conversão da visão objetivadora.

Assim, ao pensar no cuidado na perspectiva da Alteridade, é imperativo considerar, alguns dos termos aqui mencionados: o Outro, o Rosto, o Terceiro, a Sensibilidade, a Responsabilidade, o Acolhimento, a Proximidade, a Ética e a Hospitalidade. Além disso, acresce-se, para enfim inserir o cuidado ofertado pelo eu-enfermeiro, a Humanização. Esta, fundamentada pela filosofia levinasiana, abraça a dimensão humana que é indissociável ao cuidado de Enfermagem, já que faz a articulação entre o universal e o singular, sendo que o primeiro se origina como uma demanda proveniente da Alteridade (ALMEIDA, 2013).

O cuidado como elemento integrante da humanização funciona a partir da assimetria da relação com o outro (ALMEIDA; RIBEIRO JÚNIOR, 2010). Com base nos princípios de Lévinas, as relações humanas na Alteridade auxiliam na qualificação de qualquer trabalhador da saúde para desenvolver o Acolhimento, sem detrimento da sua própria Humanização (SCHOLZE; DUARTE JR; SILVA, 2009).

No caso da profissão de Enfermagem, considerada a arte e ciência do cuidar, lida com diferentes dimensões na sua prática cotidiana: a primeira é a Ontologia, tida como a que conhece e toma posse do outro; a segunda é a Alteridade, que nem o mais pretensioso ser conseguirá compreendê-la em sua absoluta essência, pois ela perpassa pelas diferentes interpretações, ficando aquém dos limites compreendidos por um eu-enfermeiro (ALMEIDA, 2012a).

Porém, num momento ousado de reflexão, emerge a seguinte definição: o cuidado é um movimento de abertura do eu para o Outro, um encontro do eu com o Outro, num tempo que é experiencial, procurando a Proximidade tanto a partir da linguagem que transcende as palavras quanto da Sensibilidade, não interpretando o Outro, mas sim respeitando a sua subjetividade.

Na Alteridade, para compreender o Outro é preciso esvaziar-se de si, se doar. Nessa doação, que se manifesta durante o ato de cuidar, há um desarranjo do eu para o Outro. E quando esse Outro é um idoso com TB, é mais importante ainda lembrar a existência do Terceiro, o qual constitui a dimensão social, significando a relação do eu-enfermeiro com o ser cuidado e com tudo o que está por trás dele, enxergando-o como parte de um todo. Reporta-se, assim, a um dos sentidos da Integralidade, isto é, ver o Outro em sua totalidade, que segundo Lévinas, é incompreensível (LÉVINAS, 2008). Para tanto, compreender significará retornar. O retorno é uma experiência gratificante, é o tempo experiencial visto novamente de outra forma, pois precisa constantemente ser abastecido pelo encontro.

Infere-se que, no cuidado doado pelo eu-enfermeiro para o idoso com TB há uma transcendência que excede a Responsabilidade para com o Outro. É no vínculo construído, no encontro face a face, que os Rostos se desnudam com a troca de olhares, para que cada um se veja no outro. E assim se faz a Alteridade na perspectiva da Integralidade ou vice-versa, num caminho de conhecimento inacabado, resultante de um aprender curioso, que não cessa. Fica aqui o desafio.

2.1.3 A Enfermagem, o cuidado ao idoso com TB e as ações na APS e SE

Para discorrer sobre a Enfermagem é preciso entender, uma vez que envolve arte e ciência, sua especificidade que é o cuidado do ser humano. Esse cuidado, nessa tese, tem seus pilares embasados pelos princípios da Integralidade e da Alteridade, já descritos no tópico anterior.

Sob esse prisma, Silva, Almeida e Costa (2012) ressaltam que o constructo do conhecimento que fundamenta o cuidado do enfermeiro deve ser pautado na Filosofia, já que esta reflete as questões existenciais do homem, da ciência, da tecnologia e da ética, abordando a epistemologia comprometida com a evolução social do homem.

É indispensável reconhecer o cuidado como uma ação que envolve a interação entre duas ou mais pessoas, sendo mutável e dependente do contexto em que ocorre. Dizer que este ato não é engessado e tampouco linear, mas sim algo que demanda habilidades, sensibilidade e conhecimento específicos para ser desempenhado (WALDOW, 2004).

Ao situar os cuidados de Enfermagem deve-se, em princípio, estar consciente frente às influências culturais que os condicionam. Analisar o que está enraizado na origem da prática do enfermeiro bem como o que surgiu na encruzilhada de acontecimentos sociais que implicaram mudanças no desenrolar das ações nas instituições de saúde. Desse modo, partem da necessidade de construir um futuro promissor para essa profissão duas condições fundamentais: uma é considerar a realidade versátil do enfermeiro contemporâneo e a outra é conciliar as contribuições insubstituíveis dos saberes empíricos, esclarecendo-as cientificamente (COLLIÈRE, 2003).

Quanto a essa versatilidade do enfermeiro atual, sabe-se que este atua em diversas áreas, seja no âmbito hospitalar, exercendo funções curativas e de reabilitação; seja como gestor, docente e na pesquisa. Exaltando as ações assistenciais, Barbosa *et al.* (2005) certificam que esse profissional está em todas as unidades de internação, ambulatorios e postos de saúde, se fazendo presente praticamente em todos os momentos de contato entre a população e o serviço.

Dentre as especialidades que a Enfermagem abrangeu ao longo dos últimos anos está a Gerontologia. Essa tem sua relevância atual mediante o perfil da sociedade que se modificou com o aumento da expectativa de vida. Logo, carece de profissionais qualificados para ofertar o cuidado integral. Sobre esse aspecto Silva, Almeida e Costa (2012, p. 229-230) aconselham que:

Para trabalhar de forma construtiva com a pessoa idosa, o enfermeiro necessita tomar consciência de seus próprios conceitos e preconceitos em relação ao processo de envelhecimento, às doenças crônicas e às incapacidades. Preconceitos velados ou declarados e tendências autoritárias também devem ser trabalhados, pois comprometem a qualidade do cuidado prestado. Embora hoje, a gerontologia seja cada vez mais de domínio público, ainda enfrentamos limitações que já deveriam ter sido superadas há muito. Por exemplo, profissionais de saúde que percebem o envelhecimento e a senilidade como sinônimos e assumem que pessoas idosas não têm (ou não deveriam ter) vida sexual ativa; acham que clientes idosos não podem cuidar de si próprios, ou que eles e seus familiares têm de seguir todas as recomendações e prescrições recebidas, sem questioná-las. [...]

Cuidar do idoso requer aptidões específicas da Enfermagem, associadas à compreensão das particularidades do processo de envelhecimento. Solicita que se considere o idoso não um ser velho com dificuldades, mas alguém que viveu experiências e que certamente possui contribuições essenciais para o

desenvolvimento da sociedade. Convida o profissional à por em prática o respeito, a valorização do ser humano e a compreensão do processo de vida para o cuidado, e não meramente olhar para a doença ou para o corpo envelhecido (RODRIGUES, 2014).

A autora supracitada ainda relata que avaliar as condições de saúde do idoso é algo complexo, porque além dos aspectos dos processos de senescência e senilidade, é diretamente influenciado pela estrutura da família e pela rede de suporte de cuidado, como os serviços de saúde disponíveis, a renda familiar e do próprio idoso, as crenças, os valores etc.

É preciso reconhecer que o envelhecimento populacional pode gerar o aumento substancial do consumo dos serviços de saúde pelos idosos, uma vez que, mesmo não estando intimamente condicionado à doença, apresentam maior vulnerabilidade e predisposição aos problemas de saúde relacionados às condições de adoecimento crônico, perdas sociais, afetivas e financeiras (PAIVA *et al.*, 2011).

Tocante às doenças mais prevalentes nos idosos, estão em evidência as crônico-degenerativas, como por exemplo, a hipertensão, o diabetes e a artrite/artrose (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011), porém, “apresentam uma série de outros problemas de saúde que, associados às condições socioeconômicas desfavoráveis, podem comprometer sua autonomia e independência” (CLARES *et al.*, 2011, p. 92).

A realidade socioeconômica dos idosos brasileiros, isto é, a maioria viver em condições precárias de moradia e possuir baixa escolaridade, sobretudo aqueles residentes no Nordeste, como demonstrado no estudo de Neri *et al.* (2013), se torna uma oportunidade para o aumento de doenças que se fazem presentes exatamente em meio às iniquidades sociais, como o caso da TB (YAMAMURA, 2014).

Frente a tal conjuntura, o cuidado abarcando a dimensão social, em especial no que diz respeito ao idoso com TB, carece de uma organização urgente. Contudo, reconhecendo os problemas organizacionais do SUS no Brasil, este pode não corresponder ao que concretamente os idosos necessitam, haja vista a desagregação entre as necessidades de saúde e as práticas de cuidado. Na intenção de viabilizá-las, é imperativo apreender e avaliar as suas características e, nomeadamente, os seus resultados (CIOSAK *et al.*, 2011).

Assim, diante dos entraves encontrados na oferta dos serviços de saúde da rede pública bem como da realidade dos idosos com TB, e ainda a partir das

inquietações levantadas por Rodrigues (2014), surgem os seguintes questionamentos: os serviços ofertados conseguem atender, adequadamente, às necessidades de saúde dos idosos com TB? Como a Enfermagem se insere e se organiza para cuidar desses usuários em meio a um serviço de saúde que não cumpre seus preceitos? Dar uma resposta para ambas às questões é uma tarefa delicada, embora sejam notórias as fragilidades existentes. Por essa razão, elucidar o desenrolar das ações de Enfermagem em relação ao controle da TB em pessoas idosas se faz mister.

O processo de trabalho do enfermeiro no campo do SUS é assinalado pela realização de ações que apresentam maior proximidade com os usuários. Ao representar o maior quantitativo de profissionais dentro de instituições de saúde, sua inserção na atenção pública à saúde gera grande importância social e política (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2007). No entanto, em se tratando da desenvoltura da Enfermagem na atenção à TB em pessoas idosas, nessa tese serão destacadas as ações efetivadas na APS e no SE.

Convém salientar que no primeiro nível de atenção, estão inseridas as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e Unidades de Saúde da Família (USF), onde existem profissionais generalistas e recursos de baixa densidade tecnológica. Já o SE se caracteriza pelo atendimento em consultórios e no âmbito hospitalar, porém o foco deste estudo enfatiza o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro neste último, o qual abrange equipe profissional especializada e uma rede de recursos de média e alta complexidade tecnológica, além do apoio dos dispositivos de diagnóstico (VILLA *et al.*, 2013).

Inicialmente, é importante frisar o que foi dito por Sá *et al.* (2011). Os autores lembram que, no Brasil, tanto a Saúde do Idoso quanto a TB são consideradas áreas estratégicas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2007) e as ações de controle dessa doença são realizadas pelas equipes de SF que dividem a corresponsabilidade pelo cuidado ao doente e sua família.

Na tentativa de compreender como deve ser a atuação do enfermeiro no âmbito da ABS, é importante, em primeiro lugar, ter como base as premissas da APS, uma vez que são elas que orientam todas as ações desenvolvidas pelos profissionais inseridos no cenário da ESF. O serviço deve ser a porta de entrada, isto é, o primeiro contato do usuário com a rede de atenção à saúde; deve ser

resolutivo frente aos problemas encontrados e deve primar pela integralidade do cuidado, longitudinalidade e coordenação das ações (KAWATA *et al.*, 2011).

Para tanto, é ainda relevante que o processo de trabalho do enfermeiro seja devidamente reconhecido, para que não haja incertezas quanto ao desempenho de suas funções. Neste campo, suas atribuições, no que diz respeito à atenção integral à pessoa idosa, em especial com TB, podem ser resumidas em: assistência domiciliar; consulta de enfermagem (CE); supervisão e coordenação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da equipe de enfermagem, principalmente na busca e identificação dos SR bem como dos comunicantes; realização de atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais; garantia do diagnóstico preciso e tratamento; orientação ao idoso, aos familiares e/ou cuidador das peculiaridades concernentes à terapêutica medicamentosa (BRASIL, 2006c).

Ademais, cabe exaltar o lugar de destaque que a Enfermagem possui na história das lutas direcionadas a fim de amenizar a permanência da doença na sociedade, de acordo com o Plano Regional de Tuberculose 2006-2015 (OPAS, 2006). Sendo assim, apesar do cuidado ao doente idoso com TB ficar a cargo dos componentes que integram a equipe multiprofissional (SÁ *et al.*, 2012), o enfermeiro é apontado como protagonista nas diferentes ações (OBLITAS *et al.*, 2010), sobretudo na promoção de estratégias de adesão e supervisão da terapia medicamentosa (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

Conforme o MS, o tratamento – TDO – deve ser operacionalizado na APS, sendo recomendado o encaminhamento para o SE com fins de hospitalização, somente em casos especiais, tais como usuários que apresentem estado geral que não permita tratamento domiciliar ou ambulatorial e intolerância aos medicamentos; situações de vulnerabilidade social, a exemplo dos moradores de rua ou grupos mais suscetíveis ao abandono do tratamento, principalmente nos casos de retratamento, multirresistência, falência etc. Salienta-se que o tempo de internação deve ser limitado ao que seja satisfatório para o atendimento das necessidades naquele momento (BRASIL, 2011).

Nesse âmbito, o papel do enfermeiro, além de acompanhar o tratamento do paciente idoso com TB, se estende aos cuidados gerais, os quais devem ser implementados de forma sistematizada e individualizada a partir das necessidades

levantadas por meio da CE, concretizando o Processo de Enfermagem (PE) (BARROS; LOPES, 2010).

Em contraponto, a atuação do enfermeiro no SE se depara com duas situações importantes: uma é a evidência de baixa resolutividade nas ações da APS e, conseqüentemente, a outra é a internação evitável por TB. Ambas são evidenciadas por diversos estudos, os quais pontuam o atraso do diagnóstico da doença e falhas nos sistemas de informação como possíveis causas das hospitalizações que poderiam ser evitadas (ARCÊNCIO; OLIVEIRA; VILLA, 2007; CECÍLIO *et al.*, 2013; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2013).

Indubitavelmente, tais situações assinaladas carecem de uma gestão do cuidado eficaz, fundamental para a melhoria na articulação entre os serviços da APS e SE, cuja finalidade está justamente na regulação de fluxos de atendimento em suas três dimensões: profissional, organizacional e sistêmica (CECÍLIO, 2009). Entretanto, a realidade de um município da região metropolitana de João Pessoa-PB mostra que essa gestão direcionada à TB ainda é um desejo não efetivado, pois há entraves que surgem desde a compreensão dos aspectos conceituais das políticas regionais até a própria estrutura organizacional dos serviços ofertados (BARRÊTO *et al.*, 2012).

2.1.3.1 Um novo olhar para a Consulta de Enfermagem ao idoso com TB

Inicialmente, é preciso parar e refletir diante de uma dura realidade: ser idoso no Brasil é vivenciar uma cultura de preconceito e desvalorização de sua identidade, o que repercute em negligência de suas reais necessidades de saúde, sobretudo quando este, ainda se depara com o diagnóstico de uma doença estigmatizada como a TB. É partindo dessa afirmativa que os cuidados de Enfermagem devem ser pautados, tendo a Integralidade e a Alteridade como essenciais no abraço desta causa.

Desse modo, na intenção de conhecer as necessidades do idoso com TB, o enfermeiro possui uma poderosa ferramenta: a CE. Esta, tanto na APS quanto no SE, se configura como um momento que propicia o conhecimento do que será necessário considerar durante os cuidados prestados. Assim, independente do local que seja realizada, dará a oportunidade ao enfermeiro de sistematizar o seu atendimento.

Ao sistematizá-la, passa a ser um dispositivo que possibilita que o enfermeiro verifique os dados individuais e familiares do paciente, com enfoque nos fatores socioculturais; oriente a respeito do tratamento e avalie o plano de cuidados, o que facilita a continuidade do cuidado (STENNER; COURTENAY; CAREY, 2011).

Todavia, alguns pontos relevantes devem ser esclarecidos. Para tal fim, reporta-se a regulamentação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em nível nacional, pela Lei do exercício profissional 7.498/86 e pelas Resoluções de números 159/1993 e 358/2009, que legitimam a CE como atividade privativa do enfermeiro, sendo obrigatória no desenvolvimento da assistência de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde, seja em instituição pública ou privada (COFEN, 1986; COFEN, 1993; COFEN, 2009).

É de suma importância, uma vez que nesta tese serão abordados os serviços de enfermagem em ambientes distintos, isto é, na APS e no SE, explicitar o que está dito no artigo 1º da Resolução 358/2009, no § 2º (COFEN, 2009), para que não haja equívocos quanto ao uso de determinadas terminologias:

[...] quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

Nesse contexto, na tentativa de melhorar a fundamentação desta discussão, ao ler as resoluções concernentes à CE, constatou-se que as de números 159/1993 e 272/2002 foram revogadas pela 358/2009, tornando-se obsoletas. Destarte, primando por um trabalho coerente e atualizado, daqui por diante será considerado o que esta propõe. Sendo assim, de acordo com seu artigo 2º, o PE compreende cinco passos que se inter-relacionam, são interdependentes e recorrentes: inicia-se procurando conhecer o histórico pessoal e familiar do indivíduo, é precisamente a entrevista e/ou coleta de dados; em seguida realiza-se o exame físico, o qual pode ser geral e específico; partindo dos dados obtidos, formam-se os diagnósticos de enfermagem (DE); com base no DE, elabora-se a prescrição e, por fim, faz-se o registro da evolução. Direcionando-o para o idoso com TB, é primordial atentar para o momento do exame físico, já que este permite que o enfermeiro constata algumas evidências que levem a suspeição da doença (COFEN, 2009).

É imperativo lembrar que a CE baseia-se nos princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde, devendo ser efetivada com o desígnio de, mediante os problemas identificados, promover ações de cuidados direto e indireto, orientações condizentes e encaminhamentos, se necessário. Pode-se dizer que é o produto da somatória do conhecimento, aptidão e atitude, atributos decisivos para o cuidado desenvolvido pelo enfermeiro (FORNAZIER; SIQUEIRA, 2006).

O enfermeiro para conseguir pôr em prática essa soma, precisa utilizar dos cinco sentidos corporais, isto é, da fala, audição, visão, do tato e olfato, já que a percepção da linguagem verbal e não verbal é essencial para a efetivação do cuidado. Segundo Saes e Araújo (2004) o profissional deve perceber o dito, mas, principalmente, o não-dito por meio das expressões corporais. Para isso, exige-se troca, toque, envolvimento do olhar no cuidar, ver além, estimulando a subjetividade peculiar do Outro, no caso aqui, o idoso com TB.

Um dos sentidos, a visão, é o pilar estrutural que permite vislumbrar o caminho do cuidado no primeiro contato, durante a CE. É por meio dele que ocorre o olhar para o Outro. E olhar para o corpo que envelhece, perceber suas particularidades é uma função complexa, solicitando conhecimentos que extrapolam as questões biológicas, que abrangem as distintas inserções do ser humano que se desnuda. Nesse momento, a Alteridade de Lévinas deve ser lembrada no sentido de respeitar o Outro tal qual ele se apresenta, considerando o Terceiro, no caso o contexto coletivo que torna as possibilidades do encontro ilimitadas.

Os outros sentidos se coadunam para a concretude do cuidado, sendo primordiais para o exame físico. É compulsório para o enfermeiro considerar que:

O corpo humano, inserido em uma malha social, está sujeito a um controle que se processa em um contexto político, econômico e cultural, sendo que suas formas se sofisticam e variam ao longo do tempo. Tal processo não ocorre apenas por meio da repressão sobre os impulsos naturais, mas por construções de práticas e representações que se difundem no imaginário por sofisticadas e sutis estratégias, criando noções sobre o corpo, a pessoa e a natureza. Neste contexto, as práticas de saúde são instrumentos do processo e precisam ser percebidas pelo enfermeiro no cuidado com o corpo (SILVA; SABÓIA; TEIXEIRA, 2009, p. 459).

Os mesmos autores referem que o real exercício da arte no cuidado está exatamente na sensibilidade do eu-enfermeiro em perceber, no sentido levinasiano,

o Rosto do Outro, recoberto por sua subjetividade estética, sem perder as noções do Terceiro, da Ética e da Humanização bem como aliá-los aos conhecimentos científicos condizentes a prática do exame físico. Partindo dessa premissa, ao pensar no idoso acometido por TB, é preciso atentar para alguns sinais e sintomas clássicos da doença, a exemplo da tosse, emagrecimento e febre vespertina, sobrepondo sua suspeição e não negligenciá-la perante outras enfermidades.

Na literatura, alguns estudos recentes abordaram a temática da CE direcionada para a TB, no entanto com enfoque nos DE's e nas possibilidades de intervenções (ROSSONI *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Nada foi encontrado colocando o idoso como centro da atenção.

Logo, uma das sugestões inovadoras dessa tese tem seu cerne na sensibilização dos profissionais enfermeiros atuantes na APS e no SE, para que, no cotidiano das práticas assistenciais, em especial durante a realização da CE em idosos, possam considerar a TB como uma das prioridades para diagnóstico, a fim de agilizar a sua detecção precoce. Esse ato pode ser guiado pelo o que sugere a Alteridade, isto é, o distanciar-se da realidade dos serviços de saúde, estranhando-a de modo a disseminar transformações (SHOLZE; DUARTE JÚNIOR; SILVA, 2009).

2.2 Fundamentação Teórico-Metodológica

2.2.1 A Análise de Discurso

Apresenta-se como alicerce metodológico a Análise de Discurso (AD), de linha francesa. A escolha dessa teoria de leitura e de seu dispositivo teórico-metodológico se deu pela possibilidade de identificar a posição discursiva que o sujeito ocupa e como essa se encontra fundamentada pela interseção da língua com a história, e da psicologia com a ideologia, de modo a produzir efeitos de significação para o sujeito. Importante salientar que o sentido não existe em si, porém é determinado pelas posições ideológicas postas em jogo no processo social e histórico em que as palavras são produzidas (ORLANDI, 2012a).

O discurso é algo que vai além do conceito tradicional da comunicação, já que não se trata apenas de transmissão e recepção de informações, pois não há a separação entre emissor e receptor, mas sim a união de visões de mundo. O

discurso é o efeito de sentidos entre locutores (ORLANDI, 2012a) que se (re) produz legitimando a realidade do sujeito (SOUZA *et al.*, 2012).

Assim, ao mergulhar no mar do discurso, é preciso perceber sua estadia numa correnteza de signos sociais, ora límpida ora turva. Durante o mergulho, para conhecer as águas dessa tese, se torna relevante explorar o dito e o não dito do eu-enfermeiro, já que esse é um profissional que se depara com a necessidade do idoso acometido pela TB de ser cuidado e ainda com a gama de limitações impostas para que o cuidado seja efetivado. Não lhe resta outra coisa senão desejar, ou seja, idealizar o modo de cuidar.

[...] os discursos que ‘se dizem’ no correr dos dias e das trocas e que passa como o ato mesmo que os pronunciou; e os discursos que estão na origem de certo número de atos novos de fala que retomam, ou transformam ou falam deles, ou seja, os discursos que, indefinidamente, para além da sua formulação, *são ditos*, permanecem ditos e estão ainda por dizer (FOUCAULT, 2010, p. 23).

Trabalhar com tal análise permite a evidência das significações que se consolidam de forma complexa por não estarem explicitamente no discurso, mas sim nas entrelinhas. Ao compreendê-las, em paralelo, acredita-se haver o entendimento das práticas do eu-enfermeiro, pois oportuniza a identificação do lugar que fala esse profissional e quais componentes estão envolvidos nos processos do cuidado ao idoso com TB, a fim de reinventar o momento do cuidado (COELHO *et al.*, 2015).

Na intenção de conhecer os sentidos do dito e do não-dito, reconhecendo-os como inesgotáveis (MITANO, 2016), faz-se necessária a apropriação da estrutura teórica da AD bem como dos seus aspectos conceituais, para então facilitar a compreensão do seu cerne, o que seguramente fortalecerá os pilares do presente trabalho.

Desde a sua criação na década de 1960, na França, Michel Pêcheux, o então fundador, declara que a AD se relaciona com três domínios disciplinares: a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise. A Linguística tem como objeto a língua e desta partiu a noção de fala para discurso; o Materialismo histórico de Marx pressupõe a existência de um real da história, produzida pelo homem, e que não lhe é transparente. Surge aí a ideologia. Já na Psicanálise é incorporada a noção de sujeito e de inconsciente. Esse, por sua vez, se constitui na relação com o simbólico,

na história. Na AD, procura-se compreender a língua não só como uma estrutura, mas, sobretudo, como acontecimento (ORLANDI, 2012a).

Reunindo tais saberes, a AD interroga a linguística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo histórico perguntando pelo simbólico e se demarca da psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele (ORLANDI, 2012a).

Sob esse prisma, entende-se que a AD trabalha com as incoerências de outras disciplinas. Abrange a exterioridade que a linguística exclui e, ao mesmo tempo, inclui a linguagem que as ciências sociais renunciam em função do exterior. Desse modo, tem seu foco nos sujeitos e nas situações experimentadas. O social constitui a língua, cujas composições discursivas se relacionam com a subjetividade que compõe cada ser (ORLANDI, 2007a).

Eleger o discurso como alvo de estudo e não a língua. Esse foi o diferencial da AD proposta por Pêcheux, transformando o sujeito em componente constitutivo da linguagem (ORLANDI, 1994; GRIGOLETTO, 2005). Em conformidade, no Brasil, na década de 1970 surgem as reflexões de uma estudiosa linguista, Eni Orlandi, quando a mesma afirma: a língua não é fechada, ela possui autonomia. A forma de praticá-la produz sentidos, sendo estes intrinsecamente ligados à história e ao social (ORLANDI, 2012b). Ela é um efeito simbólico, tanto constitutivo do homem quanto da sua história (ORLANDI, 2012a).

Partindo desse pressuposto, o analista de discurso tem a incumbência de evidenciar os significados produzidos por um texto e apreender como este produz sentidos, explicitando o funcionamento do discurso tal qual ele se apresenta. O caminho tomado pelo discurso não deve jamais ser julgado, já que seu direcionamento será sempre dependente do contexto ou condições de produção no qual foi proferido, da posição do sujeito que falou bem como da relação de poder e/ou hierarquia que constitui a sua subjetividade (PINHEIRO, 2016).

Acredita-se ser essencial na AD pontuar dois conceitos que se unem quando o sujeito fala: o de discurso e o de ideologia (SILVA, 2005). Considerado como a palavra em movimento, o discurso se torna algo que se relaciona intimamente com a língua – seu espaço para infinitas possibilidades – pois as sistematicidades linguísticas são as condições materiais de base sobre as quais se desenvolvem os processos discursivos. Ademais, é o lugar que permite a observação da relação

entre a língua e a ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por e para os sujeitos, sem a liberdade de fazê-lo sozinho, mas na obrigatoriedade de envolver seus condicionantes linguísticos e suas determinações históricas (ORLANDI, 2012a).

Por conseguinte, a mesma autora refere que a presença da ideologia certifica que não há sentido sem interpretação. E é justamente ela que impele o homem – aqui visto como sujeito – a vincular a imaginação ao material concreto de sua existência, produzindo evidências reais. A ideologia cria condições para que haja a constituição do sujeito e dos sentidos e, a partir da interpelação ideológica dos indivíduos em sujeitos, se estabelece a discursividade.

Inúmeras são as concepções que versam sobre a ideologia na literatura. Merecem destaque a de Michael Lowy, que faz a sua ligação com o organismo vivo e a natureza (LOWY, 2010) e a de Karl Marx, que traz a ideia da ilusão, da falsa consciência, da realidade invertida e, posteriormente, agrega conhecimentos da política, filosofia, do direito etc. (MARX; ENGELS, 1980).

Sendo basal para a AD, é mister enfatizar o entendimento de Louis Althusser, o qual formulou três hipóteses para esclarecer a sua obra “Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado”. A primeira diz que a simbolização supõe um distanciamento do real, podendo desconstruir o imaginário da realidade e ser um disparo para a alienação humana; a segunda aponta que a ideologia se materializa nos atos concretos, moldando as ações na prática e, por fim, relata que a ideologia interpela indivíduos como sujeitos (SILVA, 2005).

Ao fazer uma associação entre a ideologia e o discurso, Silva (2005, p.23) é categórica em sua afirmação:

[...] todos os discursos são ideológicos. Porém, não no sentido de “falsa consciência”, dissimulação ou mascaramento, mas no sentido de que a ideologia é/está inerente ao signo, que por ter um caráter arbitrário, permite que a linguagem ora leve à criação, à produtividade de sentido, ora leve à manipulação da construção da referência. Esses dois lados da ideologia, ao invés de se excluírem, se coadunam, pois, enquanto concepção de mundo, a ideologia apresenta-se como uma forma verdadeira de pensar o mundo. Isso não quer dizer que ela seja compatível com a realidade, dado seu caráter imaginário e inconsciente, mas que, por outro lado, ela (ideologia) pode ser produzida intencionalmente, conscientemente, como por exemplo, nos discursos institucionalizados. Nesse ponto, as duas concepções de ideologia se convergem, porque mesmo um discurso que faça um recorte da realidade e, assim, omita ou falseie

alguns dados da realidade, nem por isso deixará de ser uma visão de mundo.

Destarte, constata-se que Pêcheux se baseia em Althusser para pensar na ideologia e sua relação com a linguagem, assegurando que não há sujeito sem linguagem e nem há linguagem sem ideologia (SOUZA, 2014). Logo, não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia. De forma contraditória, esse sujeito é livre e submisso, simultaneamente. É capaz de dizer tudo, contanto que se submeta à língua para sabê-la. Essa é a base do “assujeitamento”, que se faz de modo que o discurso seja a ferramenta (límpida) do pensamento e um reflexo (justo) da realidade. “A linguagem não é transparente, os sentidos não são conteúdos. É no corpo a corpo com a linguagem que o sujeito (se) diz” (ORLANDI, 2012, p. 53-54).

Legitimando o exposto, é declarado que o discurso não vive sozinho, ele mantém uma relação mútua com outros discursos. Durante essa relação de “vai e vem”, lutam entre si para descartar as contradições, porém não há um vencedor. Eles – os discursos – continuam se revelando incessantemente nas práticas sociais. “A realização da ideologia na língua, sua luta pelo poder, é o discurso” (SOUZA, 2014, p. 9).

Para o autor supracitado, é nesse embate contínuo que vêm à tona questões como a posição do sujeito e sua determinação histórica. A história constitui o sujeito e cria condições de enunciações específicas, porém existe a deriva na AD, que faz o sujeito deslocar sentidos pré-estabelecidos, não sendo condenado a reproduzir os discursos. Contudo, ele chama a atenção para um sujeito psicanalítico, que resiste aos imprevistos e dá espaço ao inconsciente.

Cabe evidenciar que a dimensão social é essencial à constituição do sujeito do inconsciente (ELIA, 2004). O inconsciente dá lugar à deriva, pois é onde mora o sujeito do desejo, que por um momento não aceita a submissão aos discursos que lhes são oferecidos. É no inconsciente e, por meio dele, que se abre um leque de novos sentidos, pois há sempre uma nova possibilidade de sentido na discursividade. Neste ínterim, Tfouni e Laureano (2005), fundamentando-se nos princípios de Lacan, aludem que a psicanálise sempre foi apontada de maneira sutil por Pêcheux, no entanto, sua presença foi incisiva para o conceito de interpretação dentro da AD.

O referencial psicanalítico, sem dúvidas, fornece subsídios para desvendar o desejo do sujeito a partir dos deslizos contidos na materialidade linguística e também a mostrar o trabalho do inconsciente sobre este mesmo sujeito. Na psicanálise, a interpretação se opõe ao sintoma e ao desejo do sujeito, surgidos a partir dos sinais do inconsciente, o que aparece no discurso sob a forma de falhas, lapsos, repetições e esquecimentos, por exemplo. Para pô-la em prática, dois conceitos são cogentes: o de efeito metafórico, o qual atesta o deslize e a possibilidade de múltiplos sentidos e o de ideologia, cuja função é naturalizar o sentido para o sujeito durante a enunciação, devendo o analista acatar tanto o equívoco quanto a opacidade da língua (TFOUNI; LAUREANO, 2005).

O efeito metafórico permite que um sentido tenha vários sentidos. Como resultante há o efeito de sentidos. Este consiste na compreensão de que o sentido não está destinado a alguém e/ou a algum lugar, mas se produz nas inter-relações, sendo permitido porque há uma constituição mútua do sujeito e do sentido, em virtude de estarem imbuídos no movimento de pluralidade das formações discursivas. Infere-se que uma mesma “coisa” pode apresentar sentidos distintos para os sujeitos, ocorrendo assim uma relação contraditória entre a materialidade da língua e da história, gerando a presença do equivoco, do sem-sentido, do sentido outro (ORLANDI, 2007b).

Esse sentido outro retoma a Alteridade de Levinas, uma vez que ele não nega a importância do diálogo na relação com o Outro. Contudo, relata que antes da linguagem ser diálogo, ela é expressão do Rosto, para ele o rosto fala, a linguagem explicita o significado ético do Rosto. Em outras palavras, antes da pergunta, a linguagem expressa uma resposta à interpelação Ética do Rosto (LEVINAS, 1980). A forma como o discurso acontece pode apontar caminhos, ao extrapolar os sentidos, para melhorar qualitativamente a vida do Outro. É a ênfase no outro e seu papel na constitutividade do um, do ser (SOUZA, 2006).

Ressalta-se a existência de outros conhecimentos indispensáveis para a apropriação da AD, não obstante, estão apresentados no decorrer dos próximos capítulos. Assim, conclui-se esse capítulo refletindo que para entrar no reino das palavras – aqui se lê discurso – é preciso ter a chave que dá acesso ao esconderijo das múltiplas faces de cada uma (ANDRADE, 2001), seja ela dita ou não-dita. É preciso entrar e observar atentamente os significantes e as possibilidades dos sentidos, que podem estar claros como dias ensolarados ou

escuros como uma noite de lua minguante. Ao pensar na constituição do sujeito, acredita-se que a chave dessa porta foi entregue pelas mãos da AD. Que seja a primeira de muitas portas a se abrir.

Sob essa premissa, é certo de que o próximo capítulo facilitará a abertura dessa porta, uma vez que trata do percurso metodológico realizado pelo analista de discurso.

3 Percurso Metodológico

3.1 Tipo do Estudo

Estudo de abordagem qualitativa, com o aporte teórico-metodológico da AD de vertente francesa, debruçando-se no princípio da integralidade e no pensamento da Alteridade levinasiana. O mesmo vincula-se ao projeto “Retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: ações do enfermeiro em municípios da grande João Pessoa-PB”, aprovado pelo CNPq (ANEXO A), tendo como proposta central analisar a discursividade sobre as causas do retardo do diagnóstico da TB em indivíduos idosos.

No que concerne à abordagem qualitativa, essa é um método aplicado ao estudo da história, das relações, das percepções, dos produtos das interpretações que os homens têm a respeito da maneira que vive, de como constroem seus artifícios e a si mesmos. Nesse tipo de investigação há uma menor preocupação quanto à generalização e maior comprometimento com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (MINAYO, 2010).

A mesma autora relata que a especificidade do método qualitativo é exatamente congregar as questões do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas, sendo ideal quando se trabalha com a AD.

Destaca-se que pesquisar a temática da TB, sobretudo quando incide em pessoas idosas, requer a apresentação de questões do tipo “por quê?” e “como?”, elementos da metodologia qualitativa, que propõem buscar a profundidade, o holismo e a interdisciplinaridade, dos significados e sentidos (RUFFINO-NETTO, 2004).

3.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, considerada pelo MS um município prioritário para o controle da TB. Atualmente conta com 791.438 habitantes (IBGE, 2015), possui uma área geográfica de 211,475 km², clima quente e úmido e altitude de 37-74m acima do nível do mar.

A cobertura dos casos de TB em João Pessoa está sob a responsabilidade da Diretoria de Atenção à Saúde e Vigilância à Saúde (VS), que tem como escopo desenvolver ações a fim de reduzir os índices de morbimortalidade da doença na cidade. Em relação às atividades indicadas pelo PCT para o controle da TB, foram pactuadas metas na intenção de elevar as taxas de cura e minimizar problemas, como o abandono da terapia medicamentosa. Dentre elas, merecem ênfase a criação de um protocolo de referência e contrarreferência em âmbito intra e intermunicipal; a qualificação dos profissionais que integram as equipes do SF, sobretudo para a realização do TDO; promoção de ações de educação em saúde para a população nos territórios das unidades da Estratégia Saúde da Família, no intuito de garantir o acesso ao tratamento de 100% dos casos diagnosticados (SECRETARIA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, 2006).

Ainda, a atenção à TB está contemplada no Módulo Operacional do Plano Municipal de Saúde como uma das metas a serem cumpridas pela VS, no período de 2014 a 2017. Foi recomendado que houvesse o fortalecimento das ações de vigilância e controle da doença na rede municipal de saúde, a fim de garantir um atendimento integral e qualificado para diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação dos indivíduos com confirmação diagnóstica e, com isso, aumentar a busca ativa de SR, exame dos contatos, cura e reduzir o abandono do tratamento (SECRETARIA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, 2014).

Convém salientar que os serviços de APS em João Pessoa são estruturados em cinco Distritos Sanitários (DS), contando 192 equipes distribuídas em 110 USF's. Ademais, outros serviços envolvidos no controle da TB integram a rede de atenção especializada: os Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), localizados nos bairros Mangabeira, Cristo e Jaguaribe; a Unidade Básica de Saúde das Praias; os Centros de Saúde de Mandacaru; o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Laboratório Central (LACEN). Sendo de interesse especial para esta tese, por atender o público alvo, compõe ainda a rede especializada o Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (CAISI).

É de suma importância destacar que grande parte dos residentes de João Pessoa são diagnosticados pelo ambulatório de pneumologia do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), Unidade de Referência (UR) estadual para diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis, considerado ainda o principal lugar de atendimento para os casos de TB na Paraíba.

3.2.1 Condições de produção do discurso

Sabidamente, discurso é o efeito de sentidos entre locutores e, para interpretá-lo, o analista necessita compreender as condições de produção nas quais este se inscreve, uma vez que é nelas em que o sujeito, a partir do assujeitamento por determinada ideologia, toma determinadas posições. Desse modo, explicitar-se-ão as condições de produção, isto é, os sujeitos e a sua situação (ORLANDI, 2013).

Nessa tese, duas realidades distintas se entrelaçam. Uma é a situação do enfermeiro atuante na APS, em USF's. A outra é a do enfermeiro que atua em âmbito hospitalar, na UR estadual de atendimento às doenças infectocontagiosas, o CHCF. Assim, é indispensável descrever o cenário atual no qual estes profissionais estão inseridos.

As Unidades de Saúde da Família

Essas Unidades são compostas por uma equipe multiprofissional, formada basicamente por 01 enfermeiro, 01 médico, 01 técnico de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal, de 6 a 10 ACS (dependendo da quantidade de famílias cadastradas na área adscrita), 01 agente de defesa ambiental e 01 apoiador matricial, no caso das USF's integradas. Porém, comumente não há a prática da interdisciplinaridade esperada, configurando-se num trabalho fragmentado, onde cada um atua de forma isolada dentro da sua competência técnica, mas que centraliza as ações no enfermeiro.

Em relação ao acompanhamento dos casos de TB, as responsabilidades do enfermeiro são: a identificação do SR, a solicitação de baciloscopia, o registro do acompanhamento dos casos (no livro verde), a orientação dos doentes e comunicantes, a supervisão medicamentosa e a articulação com outros serviços. No que concerne ao processo assistencial, salienta-se que geralmente não existe uma rotina sistematizada para o atendimento dos idosos doentes de TB, ocorrendo por demanda espontânea.

Os usuários que obtiverem resultado positivo de baciloscopia são prontamente encaminhados para a consulta com o médico e/ou enfermeiro, na intenção de decidir a modalidade terapêutica e de iniciá-la o mais rápido possível. Nos casos de TDO acompanhados pela USF, o mesmo pode ser realizado em

domicílio, supervisionado pelo ACS, uma vez por semana. Em casos de resistência para a adesão ao tratamento, o enfermeiro realiza a visita domiciliar três vezes por semana.

Uma das preocupações dos profissionais das USF's, sobretudo dos enfermeiros e médicos, é a carência de contrarreferência dos casos encaminhados para os outros serviços. O ambulatório de referência do CHCF faz quando o enfermeiro da USF entra em contato direto com o hospital para solicitar informações. Os casos acompanhados por hospitais particulares ou Policlínicas são “desconhecidos” pela USF, sabendo-se apenas do diagnóstico, que também não foi realizado pela APS, muitas vezes informado por algum vizinho e confirmado pelo ACS na visita domiciliar.

Percebe-se que o enfermeiro é sobrecarregado em virtude da centralização da maioria das atividades. Vai desde a falta de trabalho integrado, isto é, interdisciplinar, até os registros e encaminhamentos bem como a reinserção do indivíduo idoso saudável à sociedade. É visto que há um trabalho limitado e desarticulado com a rede de serviços disponível, principalmente no sistema de referência e contrarreferência.

O Complexo Hospitalar Clementino Fraga

O CHCF integra a rede hospitalar do estado da Paraíba como UR para o diagnóstico e tratamento de pacientes com TB e outras doenças infectocontagiosas. Possui uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas entre outros. Quanto à sua estrutura física, dispõe de 158 leitos, distribuídos entre as alas de pneumologia masculina e feminina, onde há a internação dos casos de TB, hanseníase e AIDS, além da ala de doença infectocontagiosa, que acomoda pacientes com as demais enfermidades. Ademais, conta com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o Pronto Atendimento (PA), sendo este a porta de entrada do hospital após a realização da triagem na recepção.

A entrada do paciente com suspeita de TB no CHCF se dá por meio de encaminhamentos dos serviços da APS ou de forma espontânea. Mediante a confirmação diagnóstica, através da baciloscopia de escarro e raio-x de tórax, ambos realizados no laboratório e no Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) do

hospital, o paciente é conduzido ao consultório do pneumologista, que fecha o diagnóstico e informa o início do tratamento, realizando a prescrição da terapia anti-TB e solicitando exames complementares.

Por conseguinte, é realizada a consulta de enfermagem. Os enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes com TB realizam na primeira consulta um acolhimento no qual orientam sobre as especificidades da doença, a importância em realizar o tratamento corretamente, o comparecimento às consultas de retorno e os cuidados com a alimentação. Realizam a abertura do prontuário, preenchem a ficha-controle e registram o caso no “livro verde” do MS, juntamente com o preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informação de Notificação e Agravos (SINAN). A entrega da medicação e orientação sobre o tratamento também é de responsabilidade do enfermeiro bem como a solicitação de exames de rotina e de acompanhamento, tais como baciloscopia de controle e oferta da testagem para HIV.

Observa-se que, assim como na ESF, o enfermeiro do CHCF também possui sobrecarga no trabalho, entretanto, a estrutura oferecida pela UR é diferenciada e bastante superior, uma vez que dispõe tanto de uma grande equipe de profissionais especializados quanto de uma oferta imediata de métodos de diagnose.

3.3 Sujeitos do estudo

Colaboraram com o estudo 17 enfermeiros assistenciais, 07 deles atuantes na ESF do município de João Pessoa e 10 funcionários da UR estadual, o CHCF. Como critérios de inclusão, foram inseridos os profissionais que atenderam ou estavam em acompanhamento de idosos com o diagnóstico de TB pulmonar (em tratamento para a doença ou que tivesse sido concluído nos últimos 06 meses, tendo como referência a data de início das entrevistas) e que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, assinando o Termo de Livre Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), exposto no APÊNDICE A, conforme é preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

O termo que afirma a aquiescência de cada sujeito para gravar o áudio da entrevista além de assinado, está datado. Uma cópia do TCLE foi entregue ao entrevistado e a outra está de posse do entrevistador. Não houve quaisquer tipos de riscos em participar da pesquisa, a exemplo de constrangimento ou julgamento e,

ainda, nenhum tipo de benefício foi oferecido aos participantes, somente a garantia da liberdade de participar ou não da mesma e de desistir a qualquer momento. Ressalta-se que as entrevistas tiveram uma duração média de 32 minutos, foram transcritas e arquivadas em lugar seguro e confidencial, de acesso somente dos pesquisadores, em consonância com os princípios da ética em pesquisa que envolve seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Ainda em respeito à Resolução supracitada, no intuito de evitar a quebra de sigilo das informações e assegurar o anonimato, os participantes foram caracterizados, nesta etapa da pesquisa, por siglas que indicaram o local de atuação e a ordem de suas entrevistas, respectivamente: E-ESF 1; E-ESF 2; E-ESF 3; E-ESF 4; E-ESF 5; E-ESF 6; E-ESF 7; E-UR 1; E-UR 2; E-UR 3; E-UR 4; E-UR 5; E-UR 6; E-UR 7; E-UR 8; E-UR 9; E-UR 10.

3.4 Instrumento e procedimentos para coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados elegeu-se o roteiro de entrevista. Essa opção parte do pressuposto que esta pode fornecer informações mais profundas acerca da realidade, demonstrando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema (TRIGUEIRO, 2009).

A técnica empregada para obter as informações foi a entrevista semi-estruturada. Esta é uma ferramenta importante, pois ocasiona o estabelecimento de uma estreita relação entre as pessoas (RICHARDSON, 2009). Ademais, por meio da fala, transfere possibilidades de revelações de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, possuindo o poder de transmitir – sendo assim um porta-voz – as representações de um grupo determinado em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2010).

O roteiro de entrevista centrou-se em questões direcionadas aos dois âmbitos de atuação do enfermeiro: a ESF e a UR (APÊNDICE B). Abrangeu perguntas relacionadas ao cuidado integral ao idoso com TB (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação), à consulta de enfermagem, à busca de SR e especificamente ao atraso do diagnóstico.

É importante ressaltar que a coleta ocorreu entre os meses de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. Ao início de cada entrevista foi explicitado o objetivo da pesquisa, com a finalidade de obter maior aproximação entre entrevistador-informante e também um maior esclarecimento sobre o que seria realizado.

Após as devidas explicações, todo entrevistado recebeu informações sobre o destino dos dados colhidos, que estabelece a garantia do sigilo na sua utilização. A partir da concordância na colaboração da pesquisa, foi solicitado o preenchimento do TCLE, firmando-se consentimento, por escrito. As entrevistas foram gravadas após aquiescência dos entrevistados e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora.

3.5 Análise do material empírico

A análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento a partir de opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (MINAYO, 2012).

Para analisar o material empírico utilizaram-se os fundamentos da AD de matriz francesa, por serem recomendados para pesquisas de abordagens qualitativas, uma vez que permite a relação dos materiais que abarcam valores, juízos necessários e preferíveis como argumentos, ou como elementos capazes de expor a visão de mundo e, conseqüentemente, a posição ideológica do sujeito discursivo (ORLANDI, 2012a).

Cabe aqui elucidar que a AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que ao invés de ser traduz, se produz. Além disso, nota-se que a linguagem ultrapassa o texto, buscando sentidos pré-construídos, considerados os ecos da memória do dizer (COREGNATO; MUTTI, 2006).

Na AD, o analista deve elaborar uma questão que sirva de norte para o processo de análise, mobilizando conceitos e sentidos (ORLANDI, 2012a). Assim, a preparação do material textual deste estudo partiu da seguinte pergunta: quais efeitos de sentidos são produzidos nos discursos dos enfermeiros assistenciais relacionados às causas de retardo do diagnóstico da TB em pessoas idosas?

Todo o processo de análise abarca a opção, a interpretação e a análise do *corpus* discursivo propriamente dito, por meio de perguntas heurísticas. O conceito-

análise é a primeira resposta para tais perguntas. Sendo o objeto da análise, pode surgir como conceito-análise a priori, ou seja, diante da questão posta pelo analista para sua investigação ou a posteriori com o seu surgimento durante a análise (SOUZA, 2014).

O emprego da AD permite a identificação da posição discursiva – legitimada socialmente pela união da história, do social e da ideologia – que os sujeitos se filiam e produzem sentidos. Para tanto, deve-se lembrar de que há a passagem do material empírico, que aqui se define como as entrevistas transcritas, para o objeto discursivo, mediante as seguintes etapas: a primeira sai da superfície linguística para o texto (discurso); em seguida do objeto discursivo para a formação discursiva e, a última, do processo discursivo para a formação ideológica (ORLANDI, 2012a).

No primeiro passo, após as transcrições das entrevistas gravadas, foram feitas várias leituras, quando se identificaram as ideias que fazem parte de recortes para unidades discursivas. É justamente o levantamento das condições de produção, isto é, observar os aspectos históricos, sociais e ideológicos que envolvem o discurso ou que possibilitaram a produção do discurso (FERNANDES, 2007). Estas compreendem, basicamente, os sujeitos e as circunstâncias da enunciação ao contexto sócio-histórico e ideológico mais amplo. Nesse momento da análise, é indispensável “jogar” com as paráfrases, sinonímia, polissemia, metáfora e as circunstâncias do dizer e não dizer (ORLANDI, 2012a; PÊCHEUX, 1988).

É a partir da superfície linguística que se consegue identificar a discursividade, estabelecendo assim um objeto discursivo. Deste modo, é possível conhecer a relação do que foi dito com o que não foi dito e com o que poderia ser dito. Essa etapa é fundamental, porque oferece uma visão geral sobre a tendência do discurso e a esfera ideológica existente nos sentidos (MITANO, 2016), relacionando-se com a segunda pergunta heurística, que busca, especificamente, responder como o texto constrói o sentido do conceito-análise via textualização e suas marcas textuais (SOUZA, 2014).

Após o delineamento das marcas textuais e a construção do objeto discursivo o analista passa-se então para a segunda etapa, quando irá localizar o sentido construído pelo texto dentro de algum discurso, ou seja, fará uma correlação desse sentido com a formação discursiva (FD). É por meio dela que se pretende compreender, no funcionamento discursivo, a distinção dos sentidos existentes (FLORÊNCIO *et al.*, 2009; SOUZA, 2014).

Na terceira e última fase, é feita a terceira pergunta heurística: a qual discurso pertence o conceito-análise construído? Para respondê-la, é imperativo retornar às sequências que compõem o objeto de análise, relacionando-as com a teoria existente acerca da temática pesquisada, a fim de melhor interpretá-las (ORLANDI, 2012a). A fim de aprimorar a análise, o retorno ao referencial teórico-metodológico da AD deve ser constante. Acredita-se que assim, poderão ser engendradas as difíceis relações entre o discurso, a língua, o sujeito, os sentidos articulados à ideologia e ao inconsciente, assegurando o confronto dos diferentes eu-enfermeiros por ideias centrais envolvendo os sentidos produzidos (MITANO, 2016).

Para Peruhype *et al.* (2014) uma proposta de análise da contradição, da ruptura, da derivação dos sentidos no discurso, torna-se, antes de tudo, uma proposta de análise do sujeito, do equívoco, do incômodo, do desconforto. Remete-se, aqui, ao sujeito do qual fala Pêcheux, que traz consigo a necessidade de dominar o saber discursivo, de resistir, de (re)significar-se, de fazer-se compreendido. Um sujeito significado pela memória (refere-se aqui à memória social e não à cognitiva), afetado pela ideologia, pela história e seus fatos que reclamam sentidos, pelos processos e condições de produção da linguagem bem como pela língua, apreendida não como um sistema abstrato, mas como modos de significar e produzir sentidos pelos homens no mundo (ORLANDI, 2012a).

É relevante esclarecer que a AD não esgota a interpretação dos acontecimentos, ela está sempre aberta para novas possibilidades de interpretações. Na AD nada se limita, nada é definitivo, absoluto. Há sempre a primeira de muitas aproximações que consentem o aparecimento de relações entre sujeitos e sentidos. E outras surgirão, pois ela é infinita (FOUCAULT, 2008).

3.6 Aspectos Éticos e Legais

O projeto de pesquisa no qual o estudo em tela se vincula foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (CEP/HULW/CCS/UFPB), atendendo à Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012a), sendo aprovado no dia 22 de outubro de 2013, sob o número de protocolo 0461 e CCAE nº 15845613.1.00000.5188 (ANEXO A).

Ademais, foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos de número 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).

4 Apresentação e Discussão dos Resultados

Na intenção de aprimorar a compreensão da análise, acredita-se ser pertinente indicar o caminho que foi percorrido, segundo o que orienta Souza (2014).

Inicialmente, após a leitura flutuante do material empírico, aqui denominado *corpus*, foram identificados os grupos semânticos. Esses podem ser descritos como a divisão das palavras que se sobressaem, repetem e se relacionam entre si. É nesse momento que é feita a primeira pergunta heurística: Qual é o conceito análise do texto? Sua resposta, por estar previamente explícita no objeto de estudo, traz o conceito-análise definido *a priori*: Retardo do diagnóstico da TB em idosos.

Em seguida foi feita a segmentação textual, demarcada pelos indícios textuais contidos no discurso. Aqui as frases que se destacaram foram elencadas, sinalizando a importância da segunda pergunta heurística: Como o texto constrói o conceito-análise? Responder a essa questão talvez seja o equivalente a desatar os nós existentes nos discursos, já que os sentidos vão e vêm a cada nova leitura. Eles dão voltas inusitadas, por essa razão se diz que a análise é espiralada (SOUZA, 2014). Portanto, a resposta surgiu concomitante às descobertas dos sentidos dos discursos analisados.

O terceiro passo dado foi eleger a paráfrase de recorte. Esse é um movimento de análise que tem o intuito de reduzir em um tópico as frases assinaladas. Logo, surge a necessidade de fazer a terceira e última pergunta heurística: A que discurso pertence o conceito construído? Vale ressaltar que tal resposta está especificada no final dessa análise.

Além de conhecer o caminho trilhado, é importante também explicitar a formação discursiva (FD) dos participantes do estudo: os enfermeiros assistenciais envolvidos no processo de cuidado aos idosos com TB, tanto da APS quanto do SE, como pode ser constatado a seguir.

4.1 A formação discursiva dos entrevistados

A necessidade de evidenciar a FD é justificada pelo fato de que os sujeitos adotam posições distintas quando falam. Os discursos, por sua vez, se inscrevem em determinadas FDs e, conseqüentemente, em uma formação ideológica (FI) inserida na discursividade apresentada. Em suma, “as FDs são manifestações das FIs no discurso em uma situação de enunciação específica” (SOUZA, 2014, p. 12).

Nessa ótica, as posições assumidas pelos sujeitos entrevistados enquanto enfermeiros assistenciais subscrevem-se numa FD que abrange as práticas de cuidado relacionadas à TB em idosos, tudo isso debaixo de uma sombra que ainda distorce a imagem do cuidado integral e acaba fortalecendo os obstáculos que impedem o diagnóstico precoce da doença.

Partindo desse pressuposto, surgem dois conceitos-análise definidos *a posteriori*, sinalizando o desdobramento do conceito *a priori*: O cuidado integral aos idosos com TB e As causas do retardo do diagnóstico da TB em idosos, ambos analisados minuciosamente no próximo tópico.

Ao circunscrever esses conceitos, é imperativo notar a polissemia presente na constituição da língua, por meio da identificação das marcas linguísticas. É preciso perceber que o posicionamento do sujeito mediante determinada profissão, no caso a Enfermagem, mobiliza tais marcas. Agrupadas ou sozinhas, quando associadas às condições de produção e referenciadas ao interdiscurso, podem identificar as pistas dos sentidos (MITANO, 2016). E é a partir delas que o analista, como um investigador atento às relações discursivas, vai tentar solucionar o caso, isto é, achar os sentidos do discurso.

Sobre o interdiscurso Orlandi (2012a) elucida que é o mesmo que memória discursiva, porém uma memória afetada pelo esquecimento durante o momento da fala. É quando o saber discursivo possibilita todo dizer e retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível. Oferece dizeres que influenciam a significação do sujeito em determinada situação discursiva. “Todo dizer, na realidade, se encontra na confluência de dois eixos: o da memória (constituição) e o da atualidade (formulação). E é desse jogo que tiram seus sentidos” (ORLANDI, 2012a, p. 33).

Assim, compreende-se que a FD é caracterizada por um conjunto de indícios textuais, também denominados marcas linguísticas (Quadro 1 e 2), sendo indissociável às condições de produção e à memória discursiva (MITANO, 2016).

CONCEITO-ANÁLISE: O CUIDADO INTEGRAL AOS IDOSOS COM TB		
FORMAÇÕES DISCURSIVAS	MARCAS LINGUÍSTICAS	
	Palavras e expressões	Verbos

As faces do cuidado integral	Totalidade Cuidado especializado Cuidado sem prioridade	Cuidar
O cuidado integral em ação	Educação em Saúde Orientação Prevenção Busca Ativa Tratamento Controle Cura Enfermagem	Promover Educar Orientar Prevenir Buscar Tratar Controlar Curar

Quadro 1: Marcas linguísticas e FDs do conceito-análise “O cuidado integral aos idosos com TB”.

Um olhar atento à constituição dessas marcas leva a crer que as FDs dos sujeitos baseiam-se nos aspectos que circundam a realidade do processo de cuidar, com ênfase para o cuidado de enfermagem, perpassando desde a prevenção até a cura da doença.

Colocando-as em relação parafrástica, evidenciam inicialmente o movimento da construção do conceito de cuidado integral feito pelos enfermeiros assistenciais. Assinalam as diversas faces que esse termo possui, trazendo à tona questões como o holismo, a presença da subespecialização na área da saúde e a falta de prioridade em relação ao idoso.

Já as marcas da segunda FD são alusivas à prática do cuidado propriamente dita, demonstrando algumas das principais ações do enfermeiro voltadas para o idoso com TB. Dentre elas, destacam-se a promoção da saúde, por meio das atividades educativas; a prevenção da doença; a busca ativa de SR; a terapêutica medicamentosa e as ações de controle, que abarcam desde a procura do usuário pelo serviço até o desfecho do tratamento, que seria a cura.

Convém lembrar que as marcas não são/estão fechadas e nem tampouco alheias da situação histórica, social e econômica que se inserem nas condições de produção. Logo, se configuram como um túnel revelador da existência de uma esfera “magnética” de marcas linguísticas (MITANO, 2016).

No Quadro 2 estão exibidas as FDs e as marcas linguísticas do segundo conceito-análise definido *a posteriori*, as quais levantam a problemática central da tese: o retardo do diagnóstico da TB em idosos.

CONCEITO-ANÁLISE: AS CAUSAS DO RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TB EM IDOSOS		
FORMAÇÕES DISCURSIVAS	MARCAS LINGUÍSTICAS	
	Palavras e expressões	Verbos
As máscaras da TB nos idosos	Doenças da Idade Baixa Imunidade Comorbidades Tosse Vulnerabilidade Risco de Adoecimento Falta de Atenção	Adoecer Tossir
A realidade social da TB nos idosos	História Memórias Entristecimento Estigma Medo do diagnóstico Rejeição Negação Discriminação Preconceito Exclusão Tabus Vergonha	Entristecer Estigmatizar Rejeitar Negar Discriminar Excluir Envergonhar
A Caixa de Pandora	Falhas no PSF Falhas dos profissionais Demora no atendimento Demora do laboratório Falhas no fluxo de atendimento Falhas na referência e contra-referência	Falhar Faltar Demorar

Quadro 2: Marcas linguísticas e FDs do conceito-análise “As causas do retardo do diagnóstico da TB em idosos”.

Por meio do exercício parafrástico faz-se a pergunta: o que causa o retardo do diagnóstico da TB em idosos? As marcas da primeira FD do quadro acima conduzem ao pensamento de que o diagnóstico é mascarado, e assim ocorre o

atraso, pelas doenças comuns da idade em virtude da redução da imunidade; por considerar que a tosse é algo normal da velhice. A isso, agrega-se a falta de atenção aos sintomas evidentes e a crença de que o idoso é um ser vulnerável às diversas doenças, negligenciando a possibilidade do diagnóstico específico para a TB.

Ainda utilizando o mecanismo parafrástico, a FD seguinte indica, por meio das suas marcas linguísticas, algo historicamente arraigado na sociedade quando se trata da TB: a estigmatização, tanto por parte dos idosos quanto dos enfermeiros. Frente a essa realidade, em relação aos idosos, os profissionais citam a presença de um entristecimento nostálgico oriundo das histórias da adolescência acerca da doença, havendo um resgate de situações negativas marcadas pela exclusão e discriminação. Ainda é referido que há medo, rejeição e negação do diagnóstico bem como vergonha e recusa em fazer exames, a exemplo da baciloscopia.

No que concerne ao estigma dos enfermeiros, fica claro que a TB é permeada por tabus. Além da formação acadêmica atual na área da saúde ainda não preparar o profissional para deparar-se com doenças infecciosas, nesse caso a memória discursiva é muito forte quando se trata desse tipo de enfermidade, pairando sentimentos de medo do contágio e até de culpa por não estar preparado para o atendimento.

Na última FD utilizou-se de uma metáfora baseada no mito da Caixa de Pandora. Aqui a percepção dos males que a caixa possui torna-se sinônimo das marcas linguísticas que mostram as dificuldades, limitações, fragilidades e falhas encontradas no serviço e na atuação dos profissionais envolvidos no processo do cuidado integral à saúde. Porém, assim como na mitologia grega, resta ainda no fundo da caixa a esperança de medidas aplicáveis à prática em todos os setores e níveis de atenção à saúde.

Justifica-se a aplicabilidade de metáforas no momento analítico embasando-se pela psicanálise Freudiana (REVISTA LÍNGUA, 2009, p.10):

Essa dimensão artística da experiência analítica se mostra na linguagem metafórica, poética a qual nos temos de recorrer muitas vezes, não para enfeitar um texto, mas porque ela é a Única que encontramos para falar e descrever fenômenos dessa nova realidade descoberta por Freud, a realidade psíquica inconsciente.

Essencialmente, pode-se dizer que as FDs apresentadas em ambos os quadros nascem dos conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica, da atuação enquanto profissional em determinados âmbitos laborais, da diversidade de práticas relacionadas ao cuidado da TB em idosos bem como da historicidade e crenças culturais existentes sobre a doença e também acerca do idoso no Brasil. Isso abre um espaço para que, cada participante, ao assumir o seu papel de sujeito, seja interpelado pelas condições de produção e também pela sua memória discursiva.

4.2 Analisando os discursos

A escrita da análise é relevante, pois demonstra, em seu cerne, os gestos interpretativos do autor diante da discursividade emergida dos sentidos dos discursos (SOUZA, 2014).

Para tal, é indispensável retomar a questão norteadora desse estudo: quais efeitos de sentidos são produzidos nos discursos dos enfermeiros assistenciais relacionados às causas de retardo do diagnóstico da TB em pessoas idosas em João Pessoa-PB? Fazendo uma analogia, esse questionamento se torna o mastro no qual se sustenta a vela do barco que navega nas águas dessa tese. O capitão representa o analista e as águas denotam os sentidos produzidos durante a condução da embarcação.

Como referido anteriormente, dois conceitos-análise foram definidos *a posteriori*: O cuidado integral aos idosos com TB e As causas do retardo do diagnóstico da TB em idosos. Esses serviram de combustível que libera a partida para a análise da relação entre os sentidos encontrados nas FDs. Entretanto, embora esteja dividido em dois momentos, para melhor entendimento, enfatiza-se que os sentidos migram de um para o outro e vice-versa. Por essa razão, é primordial reconhecer que o funcionamento desse momento não é linear, pois “ele circula entre descrição-interpretação-ampliação do *corpus*, o que Pêcheux chamou de batimento” (SOUZA, 2014, p. 40).

4.2.1 O Cuidado Integral aos Idosos com Tuberculose

Mediante as evidências verificadas nas marcas da FD As faces do cuidado integral, o conceito inicial de cuidado integral resgata uma definição de Ferreira (1989). O autor revela que o termo integral significa total, inteiro e global. Assim, supõe-se que o cuidado integral acontece quando há a capacidade de expandir a visão sobre a parte, na busca de associar outras partes afins e direcioná-las ao todo.

Essa visão corrobora o que preconiza a humanização da assistência, preocupada em oferecer um cuidado integral ao cliente, analisando-o em sua totalidade, dentro do contexto no qual ele estiver inserido. O cuidar conquista uma dimensão que vai além das necessidades biológicas, valorizando também as emocionais, psicológicas, sociais e espirituais, aliando a concepção de cuidado ao paradigma do holismo. Esse, por sua vez, tem o escopo de transformar o olhar para o processo saúde-doença, incitando que a saúde seja algo mutável constantemente frente aos desafios que vão de encontro ao equilíbrio do organismo (AYRES, 2005; RIOS, 2009; LOPES NETO; PAGLIUCA, 2002).

O estudo de Lima *et al.* (2012), realizado em Minas Gerais, mostrou que enfermeiros atuantes no âmbito hospitalar compreendem que a integralidade posta em prática necessita de posições acolhedoras e respeitosas durante o ato de cuidar. Explanou também que se deve olhar o ser em sua totalidade, captar as necessidades trazidas, nem sempre expressas como doença ou alteração biológica e estabelecer uma relação dialógica entre o trabalhador e o usuário.

Buscando conhecer as concepções do termo integralidade, a pesquisa de Pinho, Siqueira e Pinho (2006) identificou que para os enfermeiros das UBS o significado também se relacionava com o todo, o global, o holístico. Sua relação direta com a humanização da assistência influencia na visão do indivíduo em sua totalidade.

Os discursos dos enfermeiros entrevistados explicitam justamente essa questão de totalidade do corpo, da importância de perceber o idoso não só pelo que está sendo relatado ou visto no momento da consulta, do cuidado. É ter um olhar curioso, cuidadoso, atento àquela pessoa e às particularidades do seu contexto sociocultural. É considerar o Outro e o Terceiro, colocando em prática o cuidado integral aliado à Alteridade levinasiana.

[...] a gente não pode ver ele só com aquele problema de saúde que a gente foi buscar naquele momento, mas entender essa consciência de que ele é um corpo que tem possibilidade de outros adoecimentos também. Que tem que cuidar da saúde de forma geral na realidade, na sua totalidade. Promover saúde em outros sentidos também, de garantir mais qualidade de vida para ele, o idoso, e aí sim entender que ele pode ser também acometido por tuberculose (E-ESF 2).

[...] então eu tô ali visitando um idoso diabético, eu vou fazer a glicemia capilar e ele tá tossindo em cima de mim, tá tossindo e eu tô vendo só a glicemia capilar? Eu saio só com a aquela informação e não procuro saber a quanto tempo aquele idoso tá tossindo, se já teve caso de tuberculose na família e outros questionamentos que você acaba descobrindo só numa fala? De jeito nenhum! O cuidado integral é muito mais do que isso, eu vou ver a diabetes e também a pessoa que está ali, o seu contexto, o seu todo, sabe? Tem muita coisa por trás e eu preciso saber, investigar tudo (E-UR 2).

Reconhecer a importância da Alteridade na prática da enfermagem é lembrar que essa profissão tem o seu principal foco no Outro. É no encontro com o Outro que se faz a verdadeira ação de cuidado integral. É se perder no Outro para se achar no eu-enfermeiro. É valorizar as singularidades do Outro, independente da idade ou da enfermidade.

Nos discursos supracitados, verifica-se a mobilização da memória discursiva, que resgata os sentidos implícitos sobre o que deve e o que não deve ser realizado no momento do cuidado. É como se eles – os enfermeiros – retomassem algo que era feito no passado, a exemplo de cuidar somente da doença, exaltando o novo e atual modo de cuidar do usuário, isto é, ter o olhar para o doente, o qual se baseia nos princípios do SUS, sobretudo a integralidade.

Na perspectiva da AD essa compreensão seria o marco da discursividade sobre a integralidade como pilar do cuidado integral ao idoso. Como resultado de uma história de debates ocorridos nas escolas de medicina da década de 1970, contrapondo-se ao modelo voltado para o aspecto biológico e abordagem curativa, levanta a bandeira de luta em favor de uma abordagem multidimensional da saúde do ser humano (SILVA; CIAMPONE, 2003).

O aumento da longevidade sugere mudanças no modelo clínico-assistencial e na formação profissional atual. Para isso, Motta e Aguiar (2007) referem que os princípios da integralidade e da equidade necessitam ser considerados para tal operacionalização. Indicam ainda que haja a produção, a divulgação e a utilização

de indicadores de saúde apropriados para abarcar os idosos e aprimorar a formulação das políticas públicas.

A respeito da Integralidade, entende-se que sua prática se constitui de várias maneiras, permeando o cuidado integral. Segundo Freitas (2011) essa, ao representar a concretização da saúde como direito de cidadania, é uma das diretrizes que colabora diretamente com a reforma do sistema de saúde vigente no país. A implementação desse princípio torna-se sinônimo de garantia da atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade, aliando atenção curativa e preventiva na busca de compreender a totalidade dos indivíduos e coletividades mediante as suas singularidades.

A Integralidade é o próprio caminho que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. Busca uma assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo e não aceita a redução do mesmo nem à doença nem ao aspecto biológico. Além do atendimento integral, envolve a valorização do cuidado e o acolhimento (FREITAS, 2011, p. 48).

No intuito de realizar uma aliança entre a integralidade e a promoção da saúde ao idoso é preciso investir na formação do vínculo entre os profissionais e o usuário idoso, por meio do acolhimento; garantir a acessibilidade dos idosos aos serviços de saúde; ofertar alternativas tecnológicas para o enfrentamento dos problemas de saúde; atender as prioridades de saúde de forma ampliada; compreender as necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento (COSTA; FRACOLLI, 2007).

O trabalhador da saúde que valoriza a integralidade na sua atuação direcionada ao público idoso tem a probabilidade de vivenciar múltiplas experiências. Pode deparar-se tanto com situações positivas quanto negativas, estando essas condicionadas às facilidades ou dificuldades encontradas no cotidiano do serviço. Presume-se que o profissional que não observa esse princípio possa trazer prejuízos para o cuidado integral, comprometendo os processos de integração multiprofissional e/ou de articulação com outros serviços (LIMA *et al.*, 2012).

As marcas da FD As faces do cuidado integral ainda cogitam um ponto corriqueiro nos serviços de saúde: a obrigação da existência de várias especializações para implementar o cuidado específico ao idoso. Esse, por estar presente no imaginário das pessoas como alguém frágil e debilitado – na AD

entendida como memória discursiva – apresenta uma necessidade maior do que outras faixas etárias. Esse fato surge na segmentação textual subsequente:

[...] eu acho que o idoso precisa de um cuidado que envolvesse mais especialistas, um olhar mais voltado a um cuidado bem peculiar. Porque assim, o idoso ele vai ter outras coisas que vão agregar à doença e também outras necessidades. Então ele precisa de outras assistências, além da de enfermagem (E-UR 7).

Sabe-se que além do enfermeiro outros profissionais da saúde e áreas afins podem propiciar um cuidado integral ao idoso. No caso de um idoso acometido pela TB, há destaque para os médicos especialistas em pneumologia e infectologia; o nutricionista, para tratar dos aspectos nutricionais e o assistente social, que muitas vezes cuida do elo com a família para auxiliar no tratamento.

Essa conexão entre as diversas áreas para alcançar a efetividade do cuidado ao idoso requer mudanças individuais, institucionais e ações intersetoriais. Além disso, recomenda-se que a atenção não seja fragmentada, mas sim contínua. Contudo, é visto que a interdisciplinaridade se implementa com restrições, incidindo em meio a relações que devem reunir princípios do trabalho em equipe, promoção, prevenção, reabilitação, inclusão da família, etc. (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Uma pesquisa realizada por Brito *et al.* (2015) refletiu sobre os aspectos teóricos do SUS, da RAS e da integralidade. Nela foi identificado um excesso de limitações do Sistema, apontando que o mesmo não consegue acompanhar a velocidade com que o processo de envelhecimento vem ocorrendo no Brasil. Existe o reconhecimento das fragilidades na atenção à saúde do idoso, especificamente, por parte dos profissionais, porém esta se conforma de maneira diluída em ações programáticas do MS e ainda há falhas que transcorrem por toda rede assistencial.

Considerando o exposto, em alguns discursos dos sujeitos participantes do estudo a não priorização do idoso no serviço de saúde aparece, tanto na ESF quanto no CHCF. Dizer que o cuidado é o mesmo para todos é opor-se aos princípios do SUS, substancialmente à equidade, já que essa se traduz em cuidar das diferentes pessoas de maneira distinta, com base nas reais necessidades de cada uma. Na AD esse seria o surgimento do não-dito, o que não está claro nos discursos mas está subentendido.

Cuidado integral? É...a gente faz o cuidado do idoso como faz o cuidado de qualquer outro doente com TB (E-ESF 3).

[...] é um cuidado, eu não vejo assim tão diferenciado dos demais né? Pelo fato de ser idoso é que a gente, às vezes, fica mais de olho (E-UR 5).

Individualizar o cuidado talvez seja um dos principais desafios para o cotidiano dos serviços de saúde. A demanda que se apresenta nas USF's e no hospital é coletiva, isto é, possui pessoas de diferentes idades, níveis de escolaridade, condições sociais etc. Devido a essa realidade, é visto que cada vez mais os profissionais se deparam com a dificuldade de lidar com a diversidade. Como cuidar de um indivíduo que é único, mas que vive em coletividade e apresenta várias dimensões? Promover saúde para o indivíduo em sua pluralidade, sem dúvida, é elemento obrigatório para viabilizar o cuidado integral. Assim, o cuidado integral ao idoso só será exequível quando o trabalho se articular entre os saberes – científico e popular, pois o senso comum jamais deve ser desconsiderado – e as práticas.

É com base nessa articulação que as marcas textuais da segunda FD O cuidado integral em ação geram reflexões que perpassam pelas atividades simbólicas desse cuidado na prática. Uma delas seria a promoção da saúde por meio da educação em saúde, muito comum na atuação dos enfermeiros da ESF, mas que encontra inúmeros percalços para sua efetivação.

[...] a gente tem uma demanda muito grande aqui na unidade, tanto eu quanto o médico. Nós temos muitos atendimentos, temos as visitas domiciliares para fazer, temos muitas coisas da parte burocrática. Eu, particularmente, gosto muito de realizar ações educativas e tal, faz parte do cuidado né? Mas, infelizmente, a nossa demanda não permite que a gente faça isso. Sendo assim, a gente conta muito com as orientações que damos nas visitas e nas consultas que são realizadas (E- ESF 1).

[...] o cuidado integral pode estar presente também quando a gente vai explicar, em primeiro lugar, desmistificar a questão da tuberculose, porque tuberculose é uma doença que tem cura, não é? Mesmo pro idoso, é uma doença que tem cura, só que a gente tem que investigar o mais rápido possível. O problema é que fica muito difícil fazer educação em saúde, por conta do tempo. É muita coisa pra fazer aqui no PSF (E- ESF 6).

É notório que, apesar de reconhecerem a sua relevância, a dificuldade em realizar as ações de educação em saúde se relaciona com a sobrecarga de trabalho

do enfermeiro em virtude da grande demanda existente na ESF. Os discursos evidenciam o entendimento de que a atividade educativa faz parte do cuidado integral, uma vez que trabalha a promoção da saúde, a conscientização acerca da doença.

Esse fato se assemelha ao estudo de Trigueiro *et al.* (2009), no qual constatou-se que as ações educativas voltadas à responsabilização nas USF's se limitam às consultas e às visitas domiciliares. Em outras palavras, não há um trabalho coletivo, que envolva a população e, principalmente, a família, fragilizando essa prática tão importante.

Ao analisar discursivamente os fragmentos textuais, verifica-se a presença do não-dito alegando a ausência do trabalho em equipe. Se há integração entre os profissionais provavelmente haverá uma melhor divisão das atribuições dos que ali atuam. Sobre esse aspecto, Sá *et al.* (2013) relatam que uma séria fragilidade do trabalho desenvolvido pela equipe da SF está na cristalização dos processos de trabalho. Os momentos educativos são desvalorizados em função da prática clínico-assistencial, mostrando-se, geralmente, reducionistas e com pouca capacidade de incluir a comunidade como membro ativo nas ações, ficando aquém do cuidado integral que se espera dos profissionais da saúde.

Uma doença como a TB quando acomete uma pessoa idosa ergue uma forte questão que pode servir de norte para as atividades educativas: o cunho social e as iniquidades que se apresentam. Esse é premente para que o desempenho das equipes seja baseado no empoderamento dos doentes, ocasionando a conscientização dos direitos de cidadania que lhes pertencem (SÁ *et al.*, 2013).

Partindo dessa premissa, observou-se que um dos enfermeiros atuantes no CHCF evoca algo que foge à realidade verificada na ESF. Ele demonstra um enfoque diferente, que considera a sensibilização da população no momento educativo, acendendo o não-dito de forma a conduzi-lo para o pensamento da Alteridade.

[...] Não precisa estender palavras bonitas não, mas palavras simples, que o idoso entenda. Vinte minutos, meia horinha é o suficiente pra você dar uma orientação. Se não existir essa conscientização do próprio profissional, não tem como fazer que eles sejam, como é que se diz? Ah! Multiplicadores. Que eles multipliquem o que aprendem, sabe? Pra família ou até mesmo pra outros idosos amigos. Isso também é cuidado (E-UR 3).

Enxergar a Alteridade como um critério ético e aplicá-lo ao cotidiano do serviço implica considerar as exigências atuais de conferir aos indivíduos idosos cuidados a competência moral e seu posicionamento como sujeitos ativos desse cuidado. É empoderá-los, conscientes do autocuidado, da prevenção das doenças e da operacionalização do sistema de saúde vigente.

Em contrapartida, os eu-enfermeiros também serão convocados a essa ação (HAMES *et al.*, 2008), concordando com o que diz Sadala (1999, p. 356): “a inclusão da alteridade como critério ético confirma os valores humanos como referência para os comportamentos profissionais”.

Comumente os profissionais não possuem o perfil de facilitador dos momentos educativos nem tampouco têm sido capazes de promover ações que gerem a autonomia dos idosos, sobretudo daqueles que estão adoecidos. Há, nas entrelinhas das práticas, a constância da supremacia do modelo biomédico (SÁ *et al.*, 2013) – para a AD o interdiscurso – solicitando a obrigação de trabalhar numa perspectiva dialógica, a fim de direcionar as ações para as reais necessidades da população (TRIGUEIRO *et al.*, 2009).

Face aos indícios textuais que se inscrevem na FD O cuidado integral em ação, surge a menção de outro aspecto que corresponde à prática do cuidado: a busca ativa do SR. Por ser indispensável para a detecção precoce de SR e comunicantes, é importante que seja adicionada à rotina de atividades dos profissionais que compõem as equipes da SF, já que se trata de algo preconizado pelo PNCT (NÓBREGA *et al.*, 2010).

Os mesmos autores complementam citando que para operacionalizar essa atividade é preciso organizar o seu passo a passo, enfatizando que:

[...] a preparação dos profissionais para a aquisição de conhecimentos que transcendem o saber biológico, de modo que seja assumido um conjunto de ações que avancem para nova lógica de trabalho (NÓBREGA *et al.*, 2010, p. 7).

Essa nova organização da equipe não é nada simples. Requer a desconstrução de um trabalho que já é (re) produzido e, especialmente, a verdadeira disposição de inovar sua atuação nos cenários dos serviços (NOGUEIRA *et al.*, 2007). E durante esse desempenho, o eu-enfermeiro deve lançar mão de novos instrumentos de trabalho, saberes e formas de comunicação com a população idosa acometida por TB.

A segmentação textual a seguir evidencia a preocupação do profissional em diagnosticar e iniciar o tratamento. Nota-se que o sujeito é interpelado pelo interdiscurso, pois diz o que já foi dito antes, em outro lugar e até de outra maneira. O interdiscurso, então, disponibiliza dizeres determinados pelo já-dito, aquilo que constitui uma formação discursiva em relação a outra (ORLANDI, 2013). Assim, surge aqui, claramente, um discurso que se enquadra nas recomendações da estratégia DOTS e no que preconiza o PNCT.

[...] A assistência integral a gente faz também com a busca ativa dos comunicantes, ou seja, da família. Quando o idoso ou um adulto é diagnosticado com TB a gente inicia o tratamento o mais rápido possível e começa a fazer um acompanhamento (E-ESF 1).

Direcionar o olhar para os comunicantes pode ser o mesmo que valorizar a existência do Terceiro. O Outro jamais deve ser cuidado sem considerar o seu contexto, sem a sua permanência numa sociedade como ser coletivo, que tece sua subjetividade. E é essa subjetividade – na linguagem verbal ou não – que o eu-enfermeiro deve sempre buscar conhecer durante o cuidado ao idoso com TB.

Fazendo uma alusão à Benveniste (1981, p. 285), é preciso reconhecer que o eu e o Outro, do indivíduo e da sociedade, como opostos que se relacionam entre si. “É numa realidade dialética que englobe os dois termos e os defina pela relação mútua que se descobre o fundamento linguístico da subjetividade”.

[...] o cuidado é também identificar essa população idosa dentro de um contexto, de uma área adscrita ou da própria unidade. É conscientizar sobre a prevenção e identificar precocemente. Porque a gente observa que os pacientes chegam muito bacilíferos, duas cruces, três cruces, o que não é o ideal né? É no idoso vai ser diferente de um adulto, vai ser pior na verdade (E-UR 2).

Além do cuidado do enfermeiro, outro componente da equipe que tem forte atuação é o ACS. Sendo considerado protagonista na busca ativa, conforme Cardozo-Gonzales *et al.* (2011), acredita-se que ele deve ter um posicionamento central, pois além de residir na comunidade em que atua, possui uma relação mais próxima à população, o que facilita na identificação dos casos novos e o encaminhamento precoce à USF (MACIEL *et al.*, 2008).

É visto que o trabalho desenvolvido pelo ACS se fortalece pela concretude do elo que determina entre a comunidade e a USF, favorecendo a boa relação entre

ambos. Os fragmentos linguísticos abaixo exibem o reconhecimento do desempenho desses profissionais pelo enfermeiro:

[...] é um trabalho que parte dos agentes de saúde, a gente acredita muito na força do agente de saúde no território. Ele vai identificar os casos, encaminhar para a unidade. O trabalho de identificação é importante e é a partir do agente, que é a nossa principal porta de entrada, digamos assim, dos usuários, que isso acontece (E-ESF 2).

Embora pareça simples, a busca ativa é uma ação complexa, uma vez que solicita conhecimentos específicos que extrapolam as habilidades técnicas. Caracteriza-se como um conjunto de atividades correlacionadas que iniciam no contato domiciliar e dá seguimento com a orientação a respeito da doença, dos sinais e sintomas, do modo de transmissão, da identificação do SR, sobre a coleta de escarro, o encaminhamento e recepção do material pela UBS, recebimento do resultado pela Unidade e usuário até o encaminhamento para tratar os casos diagnosticados (NOGUEIRA *et al.*, 2007).

As evidências científicas revelam que a busca ativa na população não tem sido priorizada para identificar e diagnosticar os doentes de TB (SCATENA *et al.*, 2009) nomeadamente, entre os indivíduos acima de 60 anos.

Pesquisadores afirmam que a capacitação contínua dos profissionais envolvidos nessa atividade é primordial para fortalecê-la como atributo integrado ao cuidado. Ademais, faz-se necessário a sua união com as ações de educação em saúde a fim de desmistificar a doença, nomeadamente para o público idoso. Por meio do estabelecimento do diálogo participativo, observar quais aspectos impedem a busca pelo atendimento bem como a identificação dos casos suspeitos, minimizando, desse modo, as barreiras de acesso aos serviços de saúde e, por consequência, os fatores determinantes para o atraso do diagnóstico (COSTA *et al.*, 2012).

Outro aspecto descoberto nos indícios textuais da FD O cuidado integral em ação assinala o cuidado expresso como tratamento. Na próxima segmentação textual é evidente que a prática não está condizente com o que é recomendado pelos princípios do SUS. Mais uma vez o sujeito reproduz um saber a partir do interdiscurso, pelo o que está na base do dizível bem como recorre ao não-dito interpelado pela condição de produção, já que se trata de um enfermeiro atuante no âmbito hospitalar falando do que não acontece na ESF.

[...]O tratamento medicamentoso é um cuidado também. Só que a filosofia voltada pro tratamento deste paciente é tudo muito bonito, segue aquelas características preconizadas pelo SUS, mas (ênfase na fala) a gente sabe que a realidade é uma coisa bem diferente (E-UR 1).

O significativo bonito para a AD funciona como uma metáfora, compreendida como a transferência do modo de significação das palavras (ORLANDI, 2013). O significado desse termo em questão pode estar relacionado precisamente com aquilo que está contido nos conteúdos das disciplinas ofertadas durante a formação acadêmica dos profissionais de saúde, nos manuais do MS, na legislação do SUS, nos documentos do PNCT, os pilares do DOTS etc.

Ao avaliar o desempenho das equipes da SF no controle da TB em um município paraibano, estudiosos constataram que, mesmo com a implantação do DOTS e sua descentralização para todas as USF's, há a permanência de problemas que fragilizam as ações de controle local. Percebeu-se que as debilidades estão relacionadas com o processo de trabalho dos profissionais da saúde e a interação dos profissionais com o doente de TB e a sua comunidade. E ainda, há falhas no vínculo entre a sociedade em geral e os gestores de políticas públicas de saúde (GOMES; SÁ, 2009).

Frente ao exposto, para que a descentralização consiga avançar, garantindo a qualidade das ações, é essencial o comprometimento das equipes multidisciplinares, nas quais a participação de cada um é imprescindível para o sucesso das ações. Acresce-se que, especificamente, o papel do enfermeiro é fundamental para a condução das atividades de saúde pública na ESF (BRASIL, 2011b).

Nessa conjuntura, o êxito do tratamento medicamentoso da TB no idoso alia-se ao fato de que os profissionais devem conseguir lidar com as inúmeras singularidades que constituem o processo de cuidado, dentre elas, a presença da família e sua importante colaboração para a aceitação e efetivação da terapêutica.

[...] o processo de cura tá relacionado principalmente a adesão ao tratamento, a participação familiar, a efetividade do trabalho das pessoas que são envolvidas nesse processo. Às vezes, é necessário que eles acompanhem e vejam se ele tá tomando essa medicação adequadamente (E-UR 1).

Para tanto, desenvolver ações que valorizem a abordagem primária do profissional de saúde ao usuário idoso com TB é de suma importância. No tocante ao enfermeiro na ESF, é ele quem está à frente da execução do programa de controle, no acolhimento e durante o tratamento, que evolui para o processo de cura do usuário, contribuindo para diminuição do número de casos e transmissão em toda sociedade (OBLITAS *et al.*, 2010).

O enfermeiro deve ser “protagonista nas ações de prevenção e controle dessa doença, o que deve ser feito planejando intervenções realmente integrais (políticas, econômicas e sanitárias), a partir do âmbito local até o internacional” (OBLITAS *et al.*, 2010, p. 7). Ao lembrar que a Enfermagem tem um vínculo direto com os usuários e com os grupos da sociedade civil, essa profissão, tem, portanto, um poder que precisa ser respeitado e revigorado constantemente (SENA; SILVA, 2011).

Destarte, mais uma marca linguística se insere na FD O cuidado integral em ação, direcionando ao cuidado do profissional enfermeiro. Merecem destaque as ações de enfermagem de caráter não técnico, as quais se referem à compreensão e ao atendimento das necessidades sentidas e vividas pelo idoso adoecido por TB e não apenas por aquelas pré-estabelecidas pelo olhar profissional.

[...] nós recebemos o idoso aqui na unidade ou vamos até a sua residência e fazemos uma consulta completa. Nessa consulta aproveitamos também pra fazer o exame físico e uma escuta qualificada, ou seja, verificamos a parte física e sintomatológica, além de permitir uma conversa, um diálogo, um...como posso dizer? Um momento em que esse idoso possa se abrir e conversar abertamente sobre seus problemas (E-ESF 1).

[...] Partindo da premissa do cuidado integral, tem que levar em consideração o exame clínico e o exame físico geral do idoso. Na consulta, a anamnese é muito importante para poder escutar o que é que o idoso traz pra gente. A partir de uma anamnese bem feita, de escutar bem, eu acho que é uma das coisas fundamentais na realidade do enfermeiro, é saber escutar (E-ESF 2).

[...] durante o cuidado nós enfermeiros somos responsáveis por demonstrar a segurança que o paciente vai ter dentro do acompanhamento, do tratamento dele. Ele tem que ter essa segurança do enfermeiro, principalmente quando é um idoso e já vem com o diagnóstico de TB (E-UR 10).

Observa-se que as fragmentações textuais realçam algo não-dito, mas que vem sendo discutido durante a formação acadêmica da Enfermagem: a

humanização. Os discursos dos sujeitos participantes evidenciam que a prática de enfermagem humanizada ao idoso com TB é realizada a partir do acolhimento, da escuta qualificada, da criação de vínculo e da responsabilização do profissional pelo usuário.

Um estudo realizado no Reino Unido por Crossman *et al.* (2015), revelou que os enfermeiros destacaram o empoderamento como provável solução para eliminar os fatores que limitam a produção do cuidado. Eles reconheceram o acolhimento como tradução da escuta qualificada, humanização, responsabilização e comprometimento com as necessidades do Outro.

Assim, para que esta perspectiva se torne eficaz, é preciso que o eu-enfermeiro reconheça a Alteridade como sendo o início, o meio e o fim do processo de cuidado bem como toda a relação entre eles com o Terceiro. “A essência da linguagem é a relação com o Outro, não se juntando ao monólogo do Eu” (LEVINAS, 1980, p. 185).

Sendo considerada como enfoque norteador para a realização do cuidado integral desde a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, a humanização valoriza a dimensão subjetiva e social que o processo saúde-doença-cuidado traz consigo. Entretanto, é muito mais que um mero conteúdo a ser ensinado, pois abrange aspectos complexos como as políticas, os referenciais filosóficos da formação, os currículos, a prática docente, as atitudes profissionais (CASATE; CORRÊA, 2012).

É, indubitavelmente, um desafio inseri-la no âmbito acadêmico como algo teorizado, já que essa deve ir além da prática, transcendendo a essência de cada ser que promoverá o cuidado. Nesse caso, o eu-enfermeiro humanizado deve cuidar do Outro sem necessariamente precisar tocá-lo. O olhar, o Rosto, o encontro, o diálogo, o saber ouvir é o diferencial para aquele profissional que valoriza a subjetividade da Alteridade.

Em uma reflexão acerca da Alteridade como sinônimo do Outro, Almeida (2012b, p. 400) complementa com a seguinte afirmação:

[...] as relações humanizadas na saúde acontecem no encontro entre duas pessoas, é ampliar o olhar para os sujeitos envolvidos no processo do cuidar, especialmente em relação àquele que necessita de cuidados, pois não será limitado ao seu corpo biológico, o que parece ser o pressuposto da humanização. Por outro lado, surge uma dificuldade: Quem é este outro? Quais são suas dimensões?

Como estabelecer uma relação humanizada com ele? Ter clareza sobre como e onde situa-se o outro e quais as suas dimensões poderá direcionar as ações terapêuticas humanizadas junto à pessoa que precisa de ajuda.

Por serem enfermeiros assistenciais, as condições de produção os interpelam e, paralelamente, fazem um resgate do que já foi dito no curso de graduação em Enfermagem, em algum curso de especialização e até nas capacitações fornecidas pela Secretaria de Saúde e órgãos responsáveis em qualificar os recursos humanos do SUS. É a reprodução de algo aprendido, recomendado e que se torna o modelo de como fazer o cuidado integral ao idoso portador da TB acontecer. Contudo, mesmo que seja a mais efêmera reprodução do saber é preciso ter sensibilidade para praticá-la.

Clivado pela generalização dos fatos, porém negando-a, o discurso do sujeito, mesmo em sua opacidade, expõe um julgamento particular do profissional do SE em relação à conduta do atuante na ESF.

[...] sem querer, assim, generalizar, mas a gente sabe que, às vezes a pessoa não quer parar um pouco pra ouvir, não quer parar um pouco pra entender o que é que tá se passando com aquele idoso que tá tossindo, né? (E-UR 2).

A postura adotada pelo enfermeiro pode significar muito, segundo Queiroz e Garanhani (2012), especialmente quando o cuidado é direcionado ao idoso acometido pela TB, a qual é uma doença que comprovadamente gera temor e exclusão social. Assim, se o relacionamento entre esse profissional e o usuário for realizado mecanicamente, este se sentirá como um objeto, alienado a seu contexto histórico e social, e suas necessidades não serão atendidas de forma integral (ARREDONDO-GONZÁLES; SILES-GONZÁLES, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Desse modo, é imprescindível que o enfermeiro seja/esteja sensível à realidade do idoso. Ser/estar sensível, nesse caso, é vibrar com instabilidade, é como ser o Terceiro não excluído entre o equilíbrio e o desequilíbrio, entre o ser e o nada. A sensibilidade reside num lugar central e periférico, concomitantemente. Porém não existe um cuidado humanizado e sensível às singularidades sem exposição. O eu-enfermeiro expõe-se de maneira bilateral quando cuida, se transformando em uma tríade quando adiciona o Terceiro. Ele tem a possibilidade de abraçar as três variedades da Alteridade, tornando-se um em vários –

considerando aqui o idoso e a família no momento do cuidado – enfrentando o exterior e bifurcando em qualquer direção (SERRES, 1997).

Ademais, outro ponto manifesto nos discursos supracitados dos enfermeiros assistenciais foi a CE. Essa ação surge como essencial no cuidado ofertado pelo enfermeiro ao idoso com TB. Nela, a anamnese se sobressai como um ato responsável de escuta, de atenção ao que o idoso diz, além dos sintomas específicos de TB ou dos aspectos que permeiam a doença. Mais uma vez para a AD a memória discursiva recorre substancialmente ao que foi apreendido durante a formação acadêmica, quando são ensinados assuntos concernentes às ações privativas do profissional enfermeiro.

Na lista das atividades exclusivas do enfermeiro a CE se destaca como um ato sem possibilidade de incumbência a outro componente da equipe de enfermagem. Sendo, desse modo, uma atividade de responsabilidade única, que traz ao profissional um valor bastante expressivo do seu trabalho frente às questões sociais na saúde do usuário (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

As questões sociais, intimamente relacionadas à TB e ao público idoso, devem ser consideradas no momento da CE. Ao analisar os discursos dos sujeitos, essa valorização também está presente no não-dito, quando se evidencia a importância do estabelecimento de uma relação dialógica entre o profissional e o usuário, a partir da construção de um vínculo respeitoso, pautado na confiança e no incentivo da sua co-participação no processo de cuidado.

Ao realizar a CE o enfermeiro tem uma gama de possibilidades, dentre elas conhecer a comunidade a partir do atendimento individual. Santos *et al.* (2008) entendem que o processo de comunicação feito face a face – para Levinas seria se enxergar no Rosto do Outro e vice-versa – entre o profissional e o usuário idoso com TB especificamente, promove uma maior interação entre ambos, propiciando uma liberdade de via dupla e a constituição de um vínculo de confiança e respeito. Costa (2006) conclui que o diálogo é indispensável na identificação e no atendimento das necessidades dos usuários, assim como os reconhecendo como sujeitos ativos e autônomos.

Em se tratando de autonomia, esse é o momento em que o analista necessita parar. O percurso até aqui teve como principal característica uma rota circular.

Por conseguinte, na tentativa de responder a segunda pergunta heurística, infere-se que os sentidos produzidos até essa ocasião margeiam dois fortes pilares

da saúde: o modelo biomédico e a formação acadêmica do enfermeiro. Quanto ao primeiro, há a tentativa de quebra da hegemonia desse modelo, explicitamente contida nos discursos, embora ainda haja a presença de sua influência na prática assistencial. A respeito do segundo, é por meio da formação mais atual que há a preocupação dos enfermeiros em melhorar o cuidado ofertado ao idoso com TB, tornando-o cada vez mais humanizado, ético, centrado nas necessidades do usuário e compatíveis com a integralidade, equidade, universalidade e ainda a Alteridade levinasiana, embora não a reconheçam claramente.

4.2.2 Causas do Retardo do Diagnóstico da TB em Idosos

As marcas linguísticas contidas na FD *As máscaras da TB nos idosos* aborda um tema comum quando se pensa na saúde do idoso e na morosidade diagnóstica. Percebe-se que muitos dos sintomas das enfermidades advindas da idade são semelhantes aos da TB confundindo tanto o idoso quanto aqueles de seu convívio, sendo a primeira causa que disfarça a doença, acarretando o retardo do diagnóstico.

O processo de envelhecer traz para as funções orgânicas efeitos de desgaste, continuamente. Para Virtuoso Junior e Guerra (2011), em consequência dos agravos ao longo da vida, os idosos passam a ser mais vulneráveis ao adoecimento e à perda da saúde. Essa última é definida por Gonzales e Seidl (2011) como maior ocorrência de problemas de saúde, com suas implicações e maior dificuldade de recuperação.

Assim, acredita-se que o cuidado com a saúde é ainda mais importante quando se trata de uma pessoa na terceira idade, pois é nessa fase que existe maior predisposição a contrair certos agravos, segundo Pestana e Espírito Santo (2008), como, por exemplo, a TB.

Sob esse prisma, constata-se nas segmentações discursivas abaixo a mobilização de sentidos que retratam a normalidade do adoecimento na visão familiar e do próprio idoso, talvez pelo fato de compreender que nessa fase há comprovada queda da imunidade. Indicam ainda o mascaramento da TB em detrimento dos sintomas típicos de outras doenças, tais como a tosse e a febre.

[...] Sem dúvida é a questão da confusão que as pessoas fazem entre os sintomas da TB e doenças que acompanham a idade. Às vezes as pessoas acham que é normal aparecer a tosse, acha que a

febre é por causa de um resfriado, acha que está fraquinho pela idade mesmo (E-ESF-3).

[...] eu acho que o que contribui para o retardo é porque tem alguns pacientes que já tosse, tem tosse crônica, aí eles acham que a tosse não é doença, que a tosse já é algo que tem com ele há muito tempo (E-ESF-5).

O silêncio do não dito propaga-se com a falta de atenção, descaso e até negligência por parte dos membros da família em relação ao idoso, o que socialmente é uma realidade oculta, mas que pode ser configurada como ato de violência. Convém ressaltar que quando se fala em violência contra as pessoas idosas, pensa-se espontaneamente naquela que gera danos físicos. Todavia, há diversas formas de violentar um idoso, dentre elas destaca-se a violência familiar, podendo resultar exatamente de atos de omissão e negligência (SÃO PAULO, 2007).

[...] nos idosos as pequenas coisas que aparecem acabam sendo consideradas normais pela família e pelo próprio idoso. Acho realmente que o retardo acontece por causa disso, né? (E-ESF 1).

Ao analisar os sentidos contidos na sequência discursiva, é notório que esses vão além do descuido familiar, alegado pelos enfermeiros, perpassando pela superficialidade com que o idoso é tratado em todos os níveis de atenção à saúde, até chegar ao nível terciário, isto é, no SE, onde provavelmente terá a confirmação diagnóstica e o tratamento adequado. A vulnerabilidade individual e programática nesse caso é marcante, já que se mantém desde a própria condição em ser idoso até o enfrentamento de um sistema de saúde permeado de práticas ineficazes e não condizentes com os princípios da integralidade, longitudinalidade e coordenação das ações, como certifica Pinheiro (2016).

[...] Ele chega aqui com meses de doença, com sintomas respiratórios há meses e isso não é levado em consideração. As pessoas não pensam em tuberculose, ninguém pensa em tuberculose, pensam em qualquer outra coisa, qualquer outra patologia menos em tuberculose, então isso certamente acarreta num diagnóstico tardio (E-UR 8).

Duas questões são evidenciadas: existe um discurso claramente influenciado pelas condições de produção do enfermeiro e o sujeito é interpelado pela memória discursiva de tal modo que ele exalta a negação da presença da TB na sociedade. Ele a desconsidera e é aí que o não-dito surge, sendo afetado pelo esquecimento

ideológico, isto é, ocorre a ilusão de ser a origem do que se diz quando, na realidade, retomam-se sentidos pré-existent (ORLANDI, 2012a). O fato de negar a doença resgata o preconceito histórico intrínseco em suas entrelinhas.

Conquanto seja colocada num lugar distante da realidade, sem possibilidade de acontecer, a TB se mantém ativa e constante na sociedade, porém parece se camuflar debaixo dos entraves encontrados. Um estudo que versa acerca das barreiras do serviço para diagnosticar a doença em idosos aponta que a maioria dos trabalhadores de saúde, durante a consulta, não suspeitam de TB, sobretudo na fase inicial da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A presença de comorbidades com o avanço da idade parece direcionar o olhar dos profissionais à somente aquilo que é relatado pelo idoso no momento da consulta ou o que é demonstrado a partir dos sinais apresentados. Na próxima segmentação textual, há, literalmente, a declaração do esquecimento enunciativo, o qual atesta que a sintaxe significa que o modo de dizer não é indiferente aos sentidos (PÊCHEUX, 1975).

[...] o idoso pode ter diabetes, um idoso que tem doença cardíaca ou hipertensão e a gente esquece um pouco desses outros adoecimentos (E-ESF-2).

Mais uma vez o não-dito se revela, precisamente no termo outros. Ser um idoso adoecido por TB é se opor ao que normalmente é esperado que ocorra? Seria a TB algo tão longínquo das diversas enfermidades que podem acometer um indivíduo idoso? A resposta a essas inquietações talvez não possibilitem o verdadeiro entendimento, entretanto instigam uma reflexão sobre a continuidade de uma doença negligenciada por profissionais que, teoricamente, deveriam estar preparados para diagnosticá-la precocemente.

Contudo, existe algo que extrapola os muros das universidades que formam os profissionais da saúde e que é culturalmente enraizado: o preconceito. Esse substantivo indica uma ideia preconcebida, sendo o marco da FD A realidade social da TB nos idosos.

Perante essa premissa, Koch Filho *et al.* (2010) atestam que as atitudes sociais de preconceito em relação aos idosos, em sua maioria, são negativas, resultando na formação estereótipos que tendem a relegá-los a condições de incompetência, improdutividade, dependência e senilidade). Igualmente de cunho

social, o estigma associado à TB está presente em várias culturas e comunidades (BARAL; DEEPAK; NEWELL, 2007).

A TB, desde seu surgimento na história, gerou um impacto social contínuo, sendo alimentado pela ausência de esclarecimentos lógicos para seu aparecimento e sua constância. Hodiernamente, a doença não é reconhecida somente como um evento biológico e individual, mas sim uma estranheza que ameaça a sociedade e que produz intensas marcas nos indivíduos e nos grupos sociais afetados, isto é, transcende a esfera individual e estende-se ao coletivo (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2016).

Para o analista de discurso, a estigmatização da doença possui o valor simbólico da memória discursiva. Além disso, o fato de ser idoso e obter o diagnóstico da TB provocam o aumento do aspecto excludente atrelado a tal condição bem como o resgate de experiências dos tempos remotos, trazendo à tona sentimentos martirizantes. Os discursos a seguir explicitam o modo como os enfermeiros da ESF e do SE descrevem essa situação angustiante que os idosos vivenciam.

A gente observa a questão do próprio estigma lá atrás, o entristecimento deles por eles estarem doentes com TB, porque TB na época da adolescência deles era uma doença que causava muito estigma, então eles, naquela época, aquelas pessoas eram excluídas mesmo, eram discriminadas. Então quando eles se sentem adoecidos, eles resgatam aquele sentimento de lá atrás (E-UR 2).

[...] alguns não querem fazer o exame aqui, eles acabam buscando a referência, que é o hospital Clementino Fraga. Eles fazem isso porque tem vergonha de serem identificados como doente de TB, como pessoas que tem essa doença, principalmente, devido ao estigma que sempre acompanhou a história da tuberculose (E-ESF 3).

Por serem enfermeiros assistenciais e vivenciarem a prática do cuidado no dia a dia, seus discursos são constituídos inconscientemente e ideologicamente pelo dizer do outro, no caso o idoso adoecido por TB. Para a AD, aqui há tanto a presença do interdiscurso quanto a inserção do discurso do outro. Esse último é uma expressão utilizada para demonstrar que todo ele é perpassado por outros discursos.

Segundo Costa (2013) todo discurso proferido é heterogêneo, jamais será uno, sempre haverá outros discursos fundamentando-o. Sua heterogeneidade é a

marca da inscrição do discurso do outro no do sujeito, sendo a presença localizável do discurso outro no fio do discurso (AUTHIER-RÉVUZ, 1990).

Os doentes de TB têm que enfrentar as experiências negativas decorrentes dos sintomas da doença e, frequentemente, ainda precisam lidar com os comportamentos negativos da sociedade, além dos seus próprios medos e angústias (CRISPIM *et al.*, 2016).

Ter o rótulo de uma condição estigmatizada induz a expectativas de discriminação e desvalorização, nomeadamente no caso do idoso. Nessa perspectiva, a vertente psicossocial enfatiza a natureza contextual e dinâmica do estigma e seus efeitos imediatos na perspectiva do estigmatizador, do estigmatizado e da interação entre ambos (CORRIGAN; WATSON, 2002).

Geralmente, o doente de TB tende a prever a rejeição, a desvalorização e a discriminação e passa a desenvolver estratégias para prevenir essas experiências negativas, evitando as interações sociais (MUELLER *et al.*, 2006). Justifica-se esse fato por as representações sociais negativas acerca da TB estarem arraigadas em um imaginário social que remete ao medo e a vergonha.

Um estudo realizado no município de Belém-PA com enfermeiros atuantes em UBS certificou que ao ser acometido pela doença, fatalmente o doente sentir-se-á constrangido pelo seu estado. Conforme os profissionais, isso pode induzir o doente ao isolamento social, compulsório ou voluntário, indo além do momento do adoecimento e seguir permeando seu convívio social (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2016). Em se tratando de um idoso, essa situação se agrava ainda mais, podendo até desencadear uma depressão.

Nos discursos abaixo os enfermeiros da ESF evidenciam que o preconceito social atrelado à TB se torna um empecilho para a procura espontânea pela USF e para a realização dos exames necessários, influenciando diretamente na não detecção precoce da doença no usuário idoso.

[...] o paciente rejeita esse diagnóstico. É tipo a mesma coisa que dizer que nós profissionais estamos doidos, querendo procurar problema. Eles mandam investigar outra coisa por medo da doença (E-ESF 6).

Muitos quando apresentam alguma queixa que a gente começa a discutir sobre isso, às vezes se recusa a fazer o exame aqui e procura o Clementino. Assim, tem um pouco desse caminho na realidade do idoso, não só do idoso, mas todos com tuberculose têm

um certo receio cultural. Talvez isso influencie não fazer muito o diagnóstico na unidade de saúde, a gente percebe um pouco disso (E-ESF 2).

Há evidências de que uma boa rede social pode atuar como fator de proteção e que a sua carência pode contribuir para a vulnerabilidade do idoso e para a cristalização de atitudes preconceituosas (FERREIRA *et al.*, 2014).

Por essa razão, ao abraçar a Alteridade como cerne do cuidado ao idoso com TB, o eu-enfermeiro tem a possibilidade de transformar essa realidade, melhorando a qualidade de sua atuação bem como a qualidade de vida do idoso e sua família. Pôr em prática a ética e a humanização, desconstruir no Outro e no Terceiro as facetas estigmatizantes que existem ao entorno da doença é dar a eles a oportunidade de reconhecer a cura como sucesso proveniente do tratamento, valorizar a experiência do adoecer como uma lição estabelecadora do autocuidado além de favorecer a criação de relações saudáveis que promovam a sua reintegração social.

Sustentado pelo discurso do outro, o qual está imerso em um caráter discriminatório e de exclusão devido ao diagnóstico da TB, um enfermeiro atuante no SE acrescenta um dos aspectos que faz da doença uma constante progressiva na sociedade: o abandono do tratamento.

[...] às vezes eles dizem, chegam a dizer que preferem abandonar o tratamento se você transferir para a unidade de saúde (E-UR 3).

O discurso legitima a pesquisa de Pinheiro (2016), que revelou que a maioria dos doentes de TB prefere fazer o tratamento no CHCF, sendo resistente a adesão e fortes candidatos ao abandono da terapêutica.

Convém ressaltar que o abandono de tratamento ocorre quando o doente, após ter iniciado o tratamento para a TB, deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de trinta dias sucessivos, após a data apazada para o seu retorno (BRASIL, 2011a).

Como consequência desse abandono, estima-se que haverá o aumento de contágio, dos custos de tratamento, da morbimortalidade e da resistência às drogas (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014), o que certamente contribuirá para a permanência da doença na sociedade.

A discriminação da família, dos vizinhos e dos profissionais de saúde é um aspecto limitante para a adesão do portador de TB ao tratamento, conforme

Chirinos, Meirelles e Bousfield (2015), sobretudo quando esse é um indivíduo idoso. Sá *et al.* (2007) mencionam que uma série de fatores estão envolvidos com o abandono, cujas dificuldades podem tanto estar relacionadas ao usuário quanto ao tratamento em si e à própria operacionalização da assistência de saúde.

Tocante a essa operacionalização, Souza *et al.* (2010, p. 905) asseguram que “fragilidades na produção do cuidado ao doente de TB têm contribuído para a ocorrência da interrupção do tratamento”. Os autores ressaltam que a falta de acolhimento e a negligência constante do contexto sociocultural do doente interferem no constructo do vínculo entre profissional-usuário-família, colaborando veemente para o abandono da terapêutica medicamentosa.

Assim, compreende-se que a adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional que abarca a interação de um conjunto de fatores, entre os quais são fundamentais o desempenho e a responsabilidade dos profissionais da saúde (BRUNELO *et al.*, 2009).

Nessa conjuntura, a importância do enfermeiro, especificamente, como partícipe ativo no controle da TB requer a busca por uma conexão subjetiva, porém concreta, pois não existe cuidado sem a vinculação entre sujeitos. O eu-enfermeiro se entrega ao Outro à procura do seu projeto de felicidade no intuito de convidá-lo a uma íntima transformação mediante a experiência negativa da doença.

A receita do projeto de felicidade é uma mistura de razão e afetos, do explícito e do hipotético. Como experiência vivida, é aquilo que movimenta e caracteriza as pessoas em sua concretude existencial, sendo o pano de fundo da essência dos sujeitos. Logo, deve ser valorizado durante o cuidado, a fim de reconhecer o que, naquele momento, o sujeito quer expressar, compartilhar (AYRES, 2007). Sem dúvida esse projeto se inscreve na proposta de considerar a Alteridade como parte indissociável do ato de cuidar.

No entanto, reconhecer o Outro, sendo esse um indivíduo idoso acometido por uma doença que, além de fácil contaminação é rodeada por um estigma social ainda tão forte, talvez seja um desafio maior para o enfermeiro assistencial. A segmentação textual a seguir demonstra claramente o interdiscurso e o discurso do outro dando as mãos e mostrando um sentido único: o de medo.

[...] os próprios profissionais têm tabu com a doença e não estão preparados pra isso, pra atender sabe? (E-UR 3).

O discurso é fortemente interpelado pelo senso comum, pois quando cita o tabu abarca o preconceito histórico e cultural em relação à doença. Não estar preparado para atender seja a TB ou qualquer tipo de doença explicita o não-dito e o discurso do outro, que podem assumir duas posições: uma pela falta de perfil do profissional para exercer tal função e outra pelas lacunas existentes durante a formação acadêmica, a exemplo da pouca ou nenhuma experiência teórico-prática.

De fato a TB é uma doença de cunho biológico e social. Ganha sentido e se reveste de símbolos que ultrapassam as questões biológicas, já que a desordem social gerada por ela vem há anos vitimando pessoas e repercutindo na forma como os doentes e os profissionais a enfrentam (HINO *et al.*, 2012).

O discurso do sujeito entrevistado talvez sofra influência também do ambiente insalubre que geralmente a prática do enfermeiro assistencial ao idoso com TB acontece, o qual funciona como elemento facilitador para a transmissão da doença. Desse modo, o estigma pode ser desencadeado mediante os saberes oriundos das experiências pessoais e sociais, que se articulam e formam o pensamento desses profissionais, retroalimentando-se ininterruptamente. Por conseguinte, tornam-se o alicerce do imaginário que circunda a enfermidade, cristalizando o receio do contágio e, por sua vez, o medo do próprio doente (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2016).

Os autores supracitados consideram a TB uma doença metafórica, o que a direciona para o mundo da AD. As metáforas sobre enfermidades graves normalmente estão associadas a simbolismos negativos, os quais podem ocasionar sérias consequências tanto para a vida do indivíduo adoecido quanto no comportamento das outras pessoas diante dele (BECKER *et al.*, 2009), a exemplo da família e dos profissionais que ofertam o cuidado.

Particularmente no caso da TB, isso pode significar a doença sendo diagnosticada tardiamente, com todas as implicações que esse fato traz, não só para o indivíduo como também para a comunidade onde ele está inserido.

No que concerne aos profissionais, em especial o enfermeiro, o papel das instituições formadoras é fundamental para a desconstrução desse pensamento. Autores enfatizam que houve mudanças na realidade da formação acadêmica do enfermeiro, a fim de atender a demanda social e de saúde da população. Além disso, vai requerer do profissional constante atualização para que sua prática clínica esteja em harmonia com as necessidades dos usuários (ORTEGA *et al.*, 2015).

Para tanto, é mister expor o que dizem Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 47) após introduzirem, em 2003, o conceito de quadrilátero da formação: ensino-gestão-atenção-controle social.

A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários. Por que é tão importante essa noção quadrilátera para a política de formação? Cada face libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores específicos e configura espaços-tempos com diferentes motivações. Então, ao disputar uma apreciação crítica da formação que fazemos e uma formação com vigor político para um processo de mudanças na realidade, nos deparamos com a necessidade de ativar certos processos e controlar outros. Formar sempre foi muito diferente de informar, mas parece que facilmente caímos nessa armadilha. Como formar sem colocar em análise o ordenamento das realidades? Como formar sem colocar em análise os vetores que forçam o desenho das realidades? Como formar sem ativar vetores de potência contrária àqueles que conservam uma realidade dada que queremos modificar?

Na primeira frase citada acima se destaca a presença da Alteridade. Percebe-se que a sua importância vem sendo apontada por estudiosos há mais de dez anos, clamando por sua presença em todo o caminho que perpassa o cuidado, desde a formação até a estruturação da RAS.

Entende-se que a Alteridade aqui não seria somente para o Outro, mas também para o Terceiro, em sua coletividade. Abrangeria desse modo, uma postura diferenciada que deve ser adotada pelos recursos humanos que desenvolvem a produção do cuidado e o fazem acontecer, seja direta – por meio da assistência propriamente dita – ou indiretamente – aqueles setores que intermediam os pontos necessários para a efetivação das ações.

O Terceiro, que habita as duas margens – a do Outro e a dele própria – frequenta o meio em que convergem os dois sentidos. Além do sentido do rio que corre e as inclinações inquietas do ato de nadar, tenta abraçar as várias intenções que provocam as decisões. E nesse rio – aqui denominado RAS – formam-se as desembocaduras que irão se estreitar ou se alargar, a depender do contexto, dos sujeitos e das suas significações (SERRES, 1997).

Nessa perspectiva, a FD A caixa de Pandora revela justamente as desembocaduras da RAS que originam o atraso no diagnóstico da TB em idosos. Essas vão deslizando por caminhos embebidos pelos mais diferentes sentidos encontrados nos discursos dos enfermeiros assistenciais e esbarram nos atributos

da APS, sobretudo na integralidade. É importante lembrar que nenhum sentido é singular, todo ele é plural, pois sempre há possibilidades de inauguração de outro sentido (PÊCHEUX, 2008).

Imbuídos pelas condições de produção, os seguintes discursos demonstram que os enfermeiros do SE transferem a culpa do insucesso do controle da TB para àqueles que atuam no PSF. Assinalam, mesmo que implicitamente, a falta de estrutura dentro das Unidades, de envolvimento das equipes para desenvolver um atendimento de qualidade, falhas na identificação do SR bem como no acompanhamento do tratamento e, em virtude disso, apontam tanto o atraso no diagnóstico quanto o aumento no número de internamentos.

[...] a gente vê que o PSF precisa se estruturar mais, a equipe precisa abraçar mais os Programas. No caso, principalmente os de TB e o dos idosos. Hoje, o que é que a gente vê dentro dos PSFs? Hoje, se você for olhar, não existe uma programação para um bom atendimento, infelizmente (E-UR 3).

[...] o PSF ainda tem deixado muito a desejar em alguns aspectos, porque assim, a tuberculose tem a questão do tratamento que pode ser feito a nível ambulatorial. Assim, existem muitos casos de diagnósticos que não foram identificados antes pela equipe do PSF que é a que tem mais acessibilidade a esse paciente e quando eles chegam, já chegam muito debilitados, né? A doença já é uma doença que debilita muito, mas eu acho que se fosse feito uma investigação mais concreta a nível de PSF, não teria tantos internamentos [...] (E-UR 5).

Sabe-se que desde 1994, o incentivo econômico dado aos municípios para a adoção do PSF, em 2006 renomeado ESF, no contexto da cooperação federativa, mudou a maneira de ofertar os serviços de saúde. Antes baseado no modelo clínico-assistencial, o centro da atenção foi relocado para o indivíduo e as ações foram transferidas para o plano local, pautando-se no processo de descentralização (VIANA; DAL POZ, 1998).

Devido à inserção desse processo, é possível justificar que o fio dos discursos seja clivado por essa direção, isto é, a de que a ESF é detentora de toda responsabilidade em propiciar meios para o atendimento integral do usuário. Todavia, considerando a configuração sociopolítica do contexto no qual tal Estratégia foi gestada, é evidente a necessidade de investir em práticas de saúde que cooperem para a concretização da descentralização das ações. Uma vez

descentralizadas, acredita-se que essas poderiam atender, efetivamente, aos princípios recomendados pelas políticas públicas do sistema vigente.

Ao analisar o desenvolvimento da APS no SUS em metrópoles do Brasil, Costa (2016) constatou que apesar de ter havido um grande esforço para a expansão da APS face às diretrizes nacionais, os estratos menos favorecidos não foram alcançados na maioria dos municípios. Esse fato é explicado pela elevação generalizada de despesas próprias com Programas e serviços de saúde dos governos locais.

Portanto, Miranda (2015) afirma que a experiência de descentralização não tem recebido a atenção adequada, a julgar pela surpreendente proposta da recentralização do sistema público de saúde no governo federal. Logo, não há dúvida de que a APS sintetiza a falha generalizada de governo ao não atuar como efetiva porta de entrada ao sistema, assegurando o acesso à assistência especializada e hospitalar (PINTO *et al.*, 2012).

Desse modo, quando o enfermeiro do SE assegura que “o PSF ainda tem deixado muito a desejar”, seu discurso é clivado por uma realidade que está assentada pelas fragilidades provenientes de um Sistema desvirtuado, sendo notória a permanência de grandes desafios para “realizar o objetivo cívico de organização do sistema de saúde efetivamente público e universal no país” (COSTA, 2016, p. 1397).

Considerando a universalidade preconizada pelo SUS como garantia da acessibilidade aos serviços de saúde, cabe destacar que o acesso do doente ao tratamento é um fator preponderante para o controle da TB. Para tanto, a descentralização do tratamento precisa ser cuidadosamente planejada e executada, assegurando a capacitação dos profissionais, supervisão adequada e a qualidade do atendimento (BRASIL, 2011a).

Em contraponto, estudos apontam que a descentralização do diagnóstico e tratamento da TB para as USF's é uma estratégia com fins de ampliação do acesso das pessoas portadoras do agravo aos serviços de saúde. Ademais, a descentralização dessas ações tem gerado mudanças expressivas no volume de atividades concretizadas nas Unidades, como por exemplo, o aumento do número de SR examinados, de baciloscopias realizadas, detecção de novos casos, controle de contatos, aproximando-se das metas estabelecidas pelo PNCT (DEL CASTILHO *et al.*, 2009; AMARAL *et al.*, 2010).

Um novo discurso, também impregnado pelas condições de produção do sujeito – enfermeiro que exerce sua função em um hospital de referência estadual, o qual possui todos os tipos de tecnologias para efetivar o diagnóstico e o tratamento da TB – insinua a incompetência, especificamente, dos profissionais atuantes na ESF, enaltecendo a demora em diagnosticar a doença.

[...] Eu acho que essa demora em diagnosticar não é pra acontecer. Porque assim, se existe aquele profissional que sabe que ele é incumbido de passar a visita a domicílio, se existe a busca ativa, se existe o agente de saúde que detecta isso. Isso é uma patologia de saúde pública importantíssima, assim, grave se não for tratada a tempo, principalmente no idoso, porque a gente sabe que a proliferação é repentina. A unidade existe e os profissionais deviam estar preparados pra fazer isso (E-UR 6).

Nas expressões “não é para acontecer” e “os profissionais deviam estar preparados pra fazer isso”, o sujeito afasta, por meio do não-dito, qualquer possibilidade de dificuldade operacional para a efetivação dessa prática. Ele culpa os componentes da equipe pelo não cumprimento de ações inerentes à sua atuação, o que determina o atraso na obtenção do diagnóstico da TB.

Pesquisas revelam que alguns problemas cotidianos podem prejudicar a operacionalização das atividades, dentre eles destacam-se a sobrecarga de trabalho e a visão fragmentada e centralizada desses profissionais envolvidos com as tarefas de controle da TB, podendo assim comprometer, substancialmente, a integralidade da assistência (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FIGUEIREDO *et al.*, 2009; MARCOLINO *et al.*, 2009).

Refletindo ainda sobre o discurso do sujeito, esse talvez seja alicerçado num pensamento consolidado de que todas as equipes atuantes na ESF estejam capacitadas para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade, mediante visita domiciliar, até o acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados e com o fornecimento de medicamentos (ALVES, 2005).

Entretanto, um estudo realizado em Teresina-PI comprovou a existência de diversos fatores que impedem o funcionamento do PCT no cotidiano de trabalho das equipes, enfatizando as deficiências estruturais e organizacionais como causadoras do baixo desempenho das equipes (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012).

Validando o exposto, Cunha, Cavalcante e Costa (2012) mencionam que o processo de descentralização das ações da ESF é lento, decorrente de problemas

de estrutura e planejamento, como a escassez e rotatividade de recursos humanos, o que ocasiona a desarmonia entre o planejado e o executado nas Unidades. Assim, Santos, Nogueira e Arcêncio (2012) inferem que o levantamento das dificuldades no processo de trabalho é indispensável, pois subsidiará a gestão na tomada de decisão e na definição de estratégias de intervenção, e assim superar as fragilidades existentes nos distintos sistemas locais de saúde.

De tal modo, ao almejar a efetivação da descentralização das ações, a ESF assume um papel basilar no controle da TB na intenção de tornar-se protagonista, já que por meio da visita domiciliar há a possibilidade de identificação do SR e a criação de vínculo, o que certamente promoverá a adesão ao tratamento (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012).

Ilude-se aquele que pensa que não há mais dificuldades no decorrer do percurso. O fato do estabelecimento do vínculo fortalecer a relação de confiança e facilitar a adesão do idoso com TB ao tratamento não é garantia de um serviço eficaz, de uma assistência integral.

A conduta do profissional, sem dúvida, é relevante nesse processo, mas não é o bastante. Comumente os enfermeiros ficam de mãos atadas diante dos empecilhos da RAS, os quais ocasionam a ruptura da continuidade do cuidado, a exemplo da demora do laboratório em dar a devolutiva do exame, sendo outro fator negativo que se insere na FD A caixa de Pandora.

[...] o laboratório diz que é vinte e quatro horas, mas não é. A gente encaminha, faz tudo direitinho, mas demora. Uma usuária que terminou o tratamento agora, o diagnóstico já foi tardio, porque não chega logo, na maioria das vezes. Se chegasse era ótimo! Num é vinte e quatro horas? Às vezes chega e às vezes não (E-ESF 4).

O sujeito é interpelado pela sua condição de produção. É nítida a tentativa de ser protagonista, mas na verdade ele é mero coadjuvante no cenário da RAS, já que essa é repleta de desdobramentos não satisfatórios quando o assunto é a agilidade das ações. Esbarra em obstáculos de caráter intersetorial que impedem que a rede laboratorial disponível atualmente possibilite a continuidade da assistência. Nessa perspectiva, o diagnóstico precoce da TB continua a ser um desafio.

Relativa aos indivíduos idosos, a celeridade em diagnosticar a doença é ainda mais urgente. Ponce *et al.* (2016, p. 554) asseguram que o diagnóstico precoce permite a “rapidez na introdução da terapia medicamentosa, que, por sua vez,

contribui para a ruptura da cadeia de transmissão do bacilo e, conseqüentemente, para a diminuição da morbimortalidade”.

Nessa conjuntura, compreende-se que para controlar a TB é cogente organizar e fortalecer a rede laboratorial. Pesquisadores referem que a inclusão de novas tecnologias deve ser incorporada, destacando o Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL) – sistema informatizado que, para os gestores locais torna-se um meio de identificação dos casos por região em tempo real, e o conseqüente controle dos encaminhamentos. Já para a assistência, viabiliza a rapidez na detecção dos casos (TELLES; MENEZES; TRAJMAN, 2012).

Contudo, os mesmos autores alertam que de nada valerá inserir uma nova tecnologia sem abranger outros avanços, como o acesso à Internet nas USF's. Para tanto, enquanto o MS não tomar uma posição incisiva no que tange à efetiva implementação do GAL, a diversidade de problemas que gera o atraso do diagnóstico será tão persistente quanto à própria TB.

Não obstante, a intensificação do uso de tecnologias leves tem o intuito de agregar valores reais ao cuidado do idoso com TB, evidenciando o que precisa ser fortalecido e o que deve ser desmistificado para promover a compreensão acerca da doença, não só nos aspectos epidemiológicos, mas também nos aspectos biopsicossociais (SOUZA *et al.* 2015).

Enfatiza-se que a tecnologia, sobretudo a leve, está presente no processo de cuidar de enfermagem em todos os aspectos. Ademais, a mesma se apresenta na medida em que se estabelecem as relações entre os atores envolvidos bem como o cuidado propriamente dito, sendo este compreendido como um trabalho vivo em ato (ROCHA *et al.*, 2008; PENHA *et al.*, 2015).

Reavendo a questão do diagnóstico, Ferri *et al.* (2014) destacam que depois de tantos anos empregando a baciloscopia como método principal, estão sendo comercializadas novas técnicas, com base em biologia molecular: os testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN). Dentre as metodologias mais utilizadas nos TAAN, está o ensaio comercial Expert ® MTB/RIF, recomendado pela WHO e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o qual pode confirmar a presença de *M. tuberculosis* e identificar mutações que conferem resistência da micobactéria à rifampicina em até 2 horas (HOOG *et al.*, 2013; NAKIYINGI; NANKABIRWA; LAMORDE, 2013).

É de suma relevância referir que o município de João Pessoa recebeu no ano de 2015 a máquina que realiza o Teste Rápido Molecular para a TB (TRM-TB), chamada Gene Xpert. Há, atualmente, duas delas funcionando para atender a demanda no nível municipal e estadual, esse último especificamente no CHCF. Porém, nenhum enfermeiro participante da pesquisa sequer mencionou a presença desse novo dispositivo que vem dando agilidade aos exames diagnósticos. Seria ironicamente um tipo de esquecimento da AD? Ou realmente a desvalorização da doença por parte dos profissionais? Eis uma questão intrigante.

Nessa ótica, é fundamental reconhecer as particularidades dos doentes bem como dos serviços de saúde, especialmente àquelas que originam os gargalos que interferem na agilidade do diagnóstico da TB. Logo, pode ser estabelecida uma discussão acerca da complexidade que abrange a viabilização do diagnóstico da doença, cuja detecção não envolve exclusivamente uma ação técnica. Deve ser percebida com tanta importância quanto o tratamento, enquanto ponto de partida para a condução e o manejo clínico dos casos (PONCE *et al.*, 2016).

Dando continuação à análise, em meio a apontamentos por parte dos profissionais do SE, como visto anteriormente, um sujeito atuante na ESF refere algo que pode ser explicação para os problemas encontrados, sendo outro aspecto que se inscreve na FD “A caixa de Pandora”: a fragmentação dos serviços da RAS.

Essa simboliza na AD o já dito – interdiscurso – a respeito dos diversos entraves existentes na prática assistencial realizada no SUS, arraigados em um modelo de saúde fragmentado.

A rede tem que trabalhar articulada, não é? Mas isso não acontece. Fazer um encaminhamento é simples, mas temos o problema da continuidade da assistência. Tudo é muito demorado, às vezes burocrático demais sabe. Esse é um ponto fraco da rede, é uma falha mesmo. A demora nos atendimentos complica tudo e aí acaba interferindo na detecção precoce da tuberculose (E-ESF 3).

Também realizado em João Pessoa-PB, o estudo de Pinheiro (2016) autentica esse fato e assegura que a fragmentação das ações da RAS impossibilita o acompanhamento contínuo e coordenado. Nele constatou-se que cada serviço possui um registro da ação realizada somente para si, não compartilha os dados acerca do doente e, por essa razão, impede que a atenção seja integrada. Parte daí a relevância de que seja respeitado um dos atributos mais importantes da APS: a coordenação da assistência.

Há anos que a OMS vem declarando que o problema da TB não está nas formas de detecção e de tratamento, mas no modo como se organizam os serviços de saúde para detectar e tratar os casos (OMS, 1999). Desse modo, a coordenação merece ênfase por permitir, exatamente, a tão almejada integração do trabalho entre os atores e, juntamente a esse processo, o uso de tecnologias e recursos para atingir os objetivos organizacionais e eficácia do serviço (NÓBREGA, 2007).

Assim, restringir a culpa apenas para as ações realizadas na ESF é o mesmo que negar a existência dos outros níveis de atenção que a RAS abarca. Não só os problemas da coordenação devem ser considerados, mas também aqueles que estão diretamente relacionados com os serviços assistenciais e sociais, os quais possuem baixa articulação em rede e, por conseguinte, pouca racionalização do sistema.

Portanto, a fim de que a integralidade se materialize em sua plenitude e o diagnóstico precoce ao idoso com TB seja efetivado, é preciso avançar na gestão das condições de saúde da população com hierarquização das necessidades, na avaliação econômica e de tecnologias em saúde com incorporação daquelas de melhor relação custo-efetividade (SENA; SILVA, 2011).

Uma recente pesquisa efetuada em 26 capitais brasileiras e ainda no Distrito Federal demonstrou a necessidade de estruturação dos cuidados primários de saúde para receber, diagnosticar, notificar e tratar pacientes com TB (BARTHOLOMAY *et al.*, 2016).

O próximo discurso se encaixa perfeitamente nessa realidade, já que manifesta a limitação existente no desenrolar do fluxo de atendimento ao usuário com TB na RAS, atestando, além da ausência de coordenação, a falta de mais um atributo da APS primordial para a eficácia das ações do serviço: a longitudinalidade.

[...] eu não vejo um trabalho com eficácia no sentido de você identificar um paciente com TB, ainda mais o idoso. Você tem que identificar, notificar e preparar esse paciente, e encaminhar esse paciente para um hospital de referência. E eu sei que não existe esse fluxo aqui, porque dificilmente a gente vê um encaminhamento de um hospital, de um PSF pra esse hospital. Eu nunca recebi, nunca! (E-UR 10).

A sequência discursiva “eu nunca recebi, nunca”, mostra que o sujeito se encontra mergulhado na sua condição de produção, sendo clivado por uma realidade constante, porém mutável, que interage com ele. É importante salientar

que o sujeito assume identidades distintas de acordo com os momentos vividos, assim, o nunca é determinado pelo momento, configurando-se como algo que pode se modificar no minuto seguinte (HALL, 2000).

Com a finalidade de linearizar o movimento do idoso com TB na RAS, é imperativo que seu trajeto seja redesenhado. Novos fluxos e relações devem ser constituídos dentro do sistema, com a finalidade de observar, acolher e direcioná-los corretamente. Assegurar a integralidade do atendimento é uma função comum a todos os níveis de atenção e profissionais da área da saúde e não uma batalha individual de cada usuário (POSSUELO *et al.*, 2012).

Seria necessário elaborar uma linha de cuidado para o indivíduo idoso acometido por TB na RAS do município de João Pessoa? Sem dúvida, seria algo novo e importante tanto para a gestão quanto para os profissionais de saúde, já que implicaria um redirecionamento do processo de trabalho de ambos. Ela seria capaz de avaliar, constantemente, o desempenho da RAS e do SUS, revelando informações fidedignas acerca desse funcionamento, marcando seus pontos positivos e deficitários. A partir daí, permitiria a criação de estratégias que suscitariam, por exemplo, mudanças na rede laboratorial com consequentes melhorias nos serviços de diagnóstico.

A fim de contemplar a integralidade da assistência ao idoso com TB, o conceito de linha de cuidado dado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) é contundente. A mesma é compreendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos indispensáveis ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados de forma adequada, articulada e contínua pelo sistema de saúde, entendendo a sua implementação como estratégia central para a organização e qualificação da RAS (BRAGA, 2006).

Um pensamento de Ayres (2004) complementa o exposto, ao dizer que é preciso avaliar a disposição social das tecnologias e serviços de atenção à saúde e intervir no sentido de reconstruir o cuidado. Nessa lógica, a ação de saúde tem como cerne a produção do cuidado traduzindo-se num trabalho norteado a partir dos problemas, das necessidades e da qualidade de vida dos usuários (MATUMOTO *et al.*, 2005), o que é primordial na assistência ao idoso com TB.

Ancorada nos pressupostos da gestão do cuidado apontados por Cecílio (2011), Leadebal (2015) adverte que conhecer a população alvo do cuidado é o passo inicial para a organização da atenção e o estabelecimento de um fluxo de

atendimento específico. É preciso considerar as necessidades de acordo com as peculiaridades individuais, sobretudo quando o usuário é idoso. Nesse caso, não só os aspectos orgânicos, mas a capacidade de autocuidado, a vulnerabilidade social, o contexto local de provisão de recursos, dentre outros fatores deverão ser analisados no planejamento da ação.

Entretanto, a realidade atual fica cada vez mais distante do que se espera de uma RAS. No que tange ao fluxo de informações entre os serviços, durante os mecanismos de referência e contrarreferência para o atendimento do doente de TB, são observadas dificuldades das equipes em garantir os registros e a não participação do doente nesse processo, o que pode se conformar num sério obstáculo para a continuidade da assistência (ASSIS *et al.*, 2012).

Consonante com a pesquisa anteriormente referida, as marcas textuais do discurso do sujeito do SE revelaram as falhas do sistema de referência e contrarreferência no município investigado, consistindo em mais um ponto negativo da FD “A caixa de Pandora”.

[...] a gente nota que tem falha na referência e contrarreferência. Às vezes, o paciente vem até com uma referência pedindo uma contra referência e às vezes até o próprio paciente faz uma opção de permanecer aqui no hospital, de continuar o tratamento aqui e às vezes nem volta com essa contra referência né? Ele volta pra unidade e às vezes daqui ele não leva nada e isso foi uma falha, é uma coisa que a gente já tem visto no serviço que precisa melhorar (E-UR 8).

O enfermeiro assume o erro, reconhecendo a falha que é produzida. O interdiscurso aparece quando fica claro o conhecimento dele a respeito do trâmite burocrático que deve acontecer no serviço. Todavia, percebe-se um apagamento de sentidos quando o profissional nem ao menos atenta para as possíveis alternativas de sanar o problema, isto é, em meio às dificuldades sugerir algo que possa transformar essa realidade.

Na AD, considera-se que o entrevistado se perdeu durante a fala, configurando o esquecimento enunciativo. Esse se situa no nível pré-consciente/consciente, fazendo com que o sujeito se corrija para explicitar a si próprio, para aprofundar o que pensa e formulá-lo mais adequadamente (PÊCHEUX, 1988). Observa-se esse tipo de esquecimento quando ele diz “Ele volta pra unidade

e às vezes daqui ele não leva nada e isso foi uma falha". O sujeito se justifica mediante o reconhecimento da sua própria falha.

O sistema de referência e contrarreferência, não só para os portadores de TB, mas para todos os usuários da RAS, é um dos pontos importantes para avaliar a efetividade do sistema de saúde vigente, uma vez que é a partir da sua estruturação que os encaminhamentos aos diversos níveis de atenção tornam-se possíveis. No Brasil, a PNAB estabelece que os serviços da APS, representados pelas Unidades que compõem a ESF devam assumir o papel de responsabilidade em concretizar essas ações (OLIVEIRA *et al.*, 2011b).

Em contraponto, para que a APS de fato assuma o papel de coordenadora dessas ações e ordenadora da RAS (BRASIL, 2012b), é imperativo desatar os nós que se apresentam. Dentre os que a desafiam consideravelmente estão a falta de política institucional direcionada ao seu fortalecimento e as representações sociais das comunidades bem como dos gestores acerca de sua legitimidade como ponto de atenção, não compreendendo a sua essência (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Há a concepção de que o sistema de referência e contrarreferência auxilia no manejo do paciente à procura do tratamento e cura de sua doença, envolvendo os três níveis de atenção à saúde. A referência é o trânsito do nível menor para o de maior complexidade, ou seja, para hospitais e clínicas especializadas; a contrarreferência, inversamente, compreende o trânsito do nível maior para o de menor complexidade, a exemplo da USF mais próxima do domicílio do usuário (SILVA *et al.*, 2010b; FRATINI; SUAPE; MASSAROLI, 2008).

Porém, os autores supracitados acrescem que os conceitos de referência e contrarreferência em saúde, embora se constituam como um dos pilares da mudança almejada para o setor bem como o principal elemento para a integração das redes de saúde, ainda são limitados, tanto no que se refere aos seus possíveis sentidos teóricos quanto à efetivação e divulgação de experiências exitosas ou não.

As fragilidades encontradas no sistema de referência e contrarreferência atingem principalmente um dos princípios mais importantes do SUS: a integralidade do cuidado. Ademais, as falhas como o não preenchimento dessas guias, pelos profissionais, podem causar prejuízo no sistema de saúde, interferindo diretamente no percurso dos usuários na RAS. Sugere-se a implantação de sistemas eletrônicos, com um cadastro único a todos os serviços do SUS (POSSUELO, 2012).

Quanto a essa implantação, sabe-se que em 2013 o MS, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), elaborou a estratégia E-SUS Atenção Básica (E-SUS AB), com vistas à reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), substituindo-o pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). A estratégia centrou-se na qualificação da gestão da informação, considerada pelo DAB como essencial para o aumento da qualidade do cuidado em saúde à população (BRASIL, 2014).

O sistema de *software* público E-SUS AB foi criado para atender as necessidades de cuidado na AB, tendo como principais objetivos: informatizar todas as UBS; proporcionar ferramentas para ampliação do cuidado e aprimorar o acompanhamento da gestão; diminuir a necessidade de registro das mesmas informações em vários instrumentos, otimizando o trabalho dos profissionais e o uso da informação para gestão, além de qualificar o cuidado em saúde (BRASIL, 2014).

Sendo colocado em prática, verificou-se a ausência de estratégias nacionais que permitam criar incentivos duradouros para a implementação desse tipo de tecnologia. Sob a ótica do acesso, a quase totalidade dos estabelecimentos brasileiros de saúde já utiliza computador (94%) e Internet (91%) em suas atividades. Contudo, observa-se uma defasagem localizada, nomeadamente, nos centros de saúde responsáveis pelo atendimento básico (SENNE *et al.*, 2014).

De acordo com Fernandes *et al.* (2013), não há como pensar em inclusão digital descartando a inclusão social, em especial quando se remete ao idoso com TB. É imperativo promover alterações estruturais nas dinâmicas de exclusão de um modo geral.

Na verdade, deve-se refletir acerca de como compensar as desigualdades regionais mediante o processo de informatização das UBS, pois o SUS não pode, simplesmente, reproduzi-las (SCHOMMER, 2015).

Essa perspectiva do cuidar em rede a partir da utilização das novas tecnologias de informação disponíveis vai, conseqüentemente, além do cuidar individual. Assim, para que esse complexo de atenção seja viabilizado faz-se necessária uma mudança de interpretação a respeito da saúde pública, especialmente pelos próprios atores envolvidos que, em sua maioria, não acreditam naquilo que ofertam (CABRAL *et al.*, 2015).

Desse modo, para minimizar os efeitos sociais de um problema de saúde pública como a TB, faz-se mister a existência de um sistema de saúde

informatizado, hierarquizado e integrado, a fim de normatizar o fluxo de atendimento ao usuário. Esse é um anseio que transpõe quaisquer barreiras para o diagnóstico precoce, pois ele abrange o bem estar do usuário, da família e ainda abarca o processo de trabalho dos profissionais de saúde, gestores, nos três níveis de atenção. Em especial, abraça o ato de cuidar do eu-enfermeiro diante do Outro e do Terceiro.

Para tal, entende-se que a coordenação da assistência na TB requer a construção de um modelo flexível, pautado na integração do cuidado, com profissionais imbuídos de conhecimento teórico-prático, que exercitem o papel de cuidadores/educadores, potencializando a autonomia do doente e estimulando a corresponsabilização no cuidado (ASSIS, 2012).

Ademais, ao compreender a dinâmica do processo de cuidado ao idoso com TB, o enfermeiro terá a possibilidade de fomentar novas estratégias promotoras de saúde em qualquer nível de atenção da rede assistencial. Ao executar ações que garantam a integralidade do cuidado ao idoso, fortalecerá, em sua prática cotidiana, os princípios do SUS além do que potencializará a qualidade de vida ao usuário e sua família (BRITO *et al.*, 2015).

O deslocamento das ações centradas no corpo biológico para aquelas centradas nos corpos sociais fará de sua prática algo que transcenderá o indivíduo, indicando um caminho que considera a pluralidade social e cultural que emerge das experiências contextuais. A intenção é que a estruturação do processo de trabalho, seja ele desenvolvido na ESF ou no SE, contribua para ressignificação das práticas, valores e atitudes de todos os atores que entram em cena no palco do cuidado, concretizando ações efetivas, ágeis e que atendam a necessidade da demanda.

A atuação dos profissionais, em especial a do enfermeiro, deve transpor a rigidez do trabalho hierarquizado e verticalizado, construindo possibilidades de melhor interação a partir de um planejamento horizontal, flexível e democrático, envolvendo toda a equipe e se deslocando para o usuário (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

Reportando-se a AD, é fundamental lembrar que o sentido nunca cessa, mas está sempre em curso, é movente e se produz dentro de uma determinação histórico-social (FERREIRA, 2005).

A riqueza do discurso se reflete na infinidade de possibilidades de atribuição de sentidos, a depender de onde fala o sujeito, de onde fala o analista, de onde falam as vozes do inconsciente, da memória discursiva, da historicidade, da ideologia, do que se fala, para que se fala, o que se pretende com a fala e o que se imagina por meio dela. Dessa forma, pode-se pensar que a simplicidade talvez nunca tenha se apresentado tão complexa e o óbvio tão discutível e inacabável (PERUHYPE *et al.*, 2014, p. 993).

Os efeitos de sentidos aqui mobilizados conduziram o analista de discurso a diferentes caminhos de significação, porém levaram-no a um ponto convergente: as causas do retardo do diagnóstico da TB em idosos. Assim, despontam respostas para a segunda e terceira perguntas heurísticas, concomitantemente.

Foram evidenciados como fatores contribuintes para o atraso diagnóstico: os disfarces que a TB consegue ter mediante as questões biológicas do idoso (o adoecimento, as comorbidades e a queda da imunidade), aumentando a sua vulnerabilidade individual e programática; as condições sócio-históricas da doença, com ênfase no estigma, no preconceito (por parte dos idosos e também dos enfermeiros), na exclusão e na rotulação social imposta; e também as fragilidades do processo de trabalho desenvolvido nos diferentes níveis de atenção. Acredita-se que essas fragilidades certamente são influenciadas pela precarização do financiamento do SUS, fragmentação dos serviços ofertados e pela falta de qualificação dos recursos humanos atuantes na RAS.

Assim, a que discurso o conceito construído pertence? Constataram-se discursos fortemente imbuídos pela memória discursiva (filiados ao modelo biomédico) e pelas suas condições de produção. Por vezes, impregnados pelo discurso do outro, o papel de cuidador dá lugar ao de ser cuidado, dando as mãos à Alteridade proposta por Levinas.

Como informação complementar, dentre os tipos de discurso existentes na literatura, os discursos analisados nesse estudo se enquadram no caráter polêmico, por abranger uma de suas características: “estimular o intelecto, na medida em que nos põe em contato com vários ângulos de uma questão”, como refere Garcia (2003, p. 187).

As autoras Souza e Costa (2005) o nomeiam ainda como polêmico/participativo, o qual funciona como um chamado à interação, a fim de compreender um assunto específico. No entanto, sabiamente Orlandi (2012a) diz

que não há um discurso puramente polêmico, mas sim misturas e articulações de diferentes funcionamentos.

Parafraseando Peruhype *et al.* (2014), infere-se que o diálogo entre a área da saúde e a AD de matriz francesa ainda é embrionária. Portanto, ao enveredar por esse caminho, o presente trabalho torna-se mais um marco para a disseminação das evidências científicas, a partir do momento que explicita a análise discursiva de enfermeiros assistenciais – aqui denominados sujeitos – em convergência com o inconsciente, a historicidade e a ideologia.

Logo, serão discorridas as considerações finais, com o intuito de sinalizar o desfecho do trabalho.

5 Considerações Finais

Sendo a longevidade representante da discursividade atual acerca da saúde do idoso, essa não deve ser considerada um problema, mas sim o resultado de conquistas harmoniosas impetradas por meio das mais diversas áreas. Desarmonizando tais conquistas, a TB surge nesse espaço como um fator limitante, impedindo o idoso de usufruir de melhores condições de vida.

Frente ao caráter multidimensional que a doença se apresenta no indivíduo idoso, o presente estudo teve como principal objetivo analisar as causas do retardo do diagnóstico da TB em idosos. Por meio dos efeitos de sentidos produzidos pelos discursos de enfermeiros assistenciais do município de João Pessoa-PB, ancorando-se no dispositivo analítico da AD, surgiram três conceitos-análise: o primeiro definido *a priori* Retardo do diagnóstico da TB em idosos; o segundo e o terceiro determinados *a posteriori* O cuidado integral aos idosos com TB e As causas do retardo do diagnóstico da TB em idosos.

Em síntese, relacionando o primeiro conceito-análise *a posteriori* às suas FDs As faces do cuidado integral e O cuidado integral em ação, verificou-se que os sujeitos, embora tentem reconstruir a prática do cuidado ao idoso com TB pautando-se nos princípios do SUS, possuem discursos clivados pelos saberes inerentes à formação acadêmica, a qual ainda possui forte influência do modelo biomédico bem como são interpelados por suas condições de produção. No tocante à AD, merecem destaque os movimentos do interdiscurso, do não-dito e do uso da metáfora.

Foram resgatadas concepções do cuidado integral, colocando-o: como sinônimo de holismo; àquele que requer as diversas especializações da saúde para ser estabelecido; o que promove saúde, por meio das atividades educativas, nem sempre concretizadas em virtude da sobrecarga do trabalho do enfermeiro; como sinônimo também de busca ativa, principalmente quando o olhar é voltado para o idoso e seus comunicantes; e, ainda, como tratamento medicamentoso, uma vez que é determinante para a cura da doença.

O cuidado integral apresentou-se ainda como àquele inerente aos cuidados do enfermeiro, com ênfase na Consulta de Enfermagem. Por meio dessa ação, surgiram termos como escuta qualificada, vínculo, respeito, confiança, diálogo, empoderamento e humanização, inclusive no não-dito, enaltecendo, mesmo que inconscientemente, a importância da Alteridade no cuidado ao idoso com TB.

Assim, considerar a Alteridade no cuidado é pensar que, por um lado, o idoso deve se despir de sua posição de mero receptor e se transformar em um ser

autônomo e, por outro, o eu-enfermeiro deve sair de sua condição de detentor do saber e autoridade. Na concretude dessa relação, a possibilidade de troca resgata o prazer de renovar-se a cada encontro.

Retomando o tema central da tese – as causas do retardo do diagnóstico da TB nos idosos – os discursos presentes nas FDs *As máscaras da TB nos idosos*, *A realidade social da TB nos idosos* e *A caixa de Pandora* continuaram impregnados pelo modelo tradicional biomédico bem como ao que foi apreendido durante a formação acadêmica.

Em relação à AD, a mobilização dos sentidos se deu, constantemente, influenciada pelas condições de produção dos sujeitos, havendo a utilização do interdiscurso, do não-dito, do discurso do outro e, por vezes foi marcada pelos dois tipos de esquecimento: o enunciativo e o ideológico.

Os sujeitos evidenciaram uma diversidade de fatores que influenciam direta e indiretamente na morosidade diagnóstica. Dentre eles, destacaram-se as questões biológicas do idoso, o preconceito sócio-histórico da doença e as fragilidades do processo de trabalho desenvolvido nos três níveis de atenção à saúde.

Um dado preocupante é que não houve menção por nenhum sujeito participante da pesquisa a respeito da Gene Xpert, máquina que desde o ano de 2015 vem transformando o cenário do diagnóstico da TB no município de João Pessoa, ao realizar o teste rápido e fornecer o resultado somente em duas horas.

Fica evidente o desafio do eu-enfermeiro em meio a um sistema de saúde repleto de entraves. É necessário provocar a união dos discursos – que ora se filiam ao modelo tradicional biomédico e ora revelam um caráter humanista – para que juntos possam redirecionar o processo de trabalho e transformar a realidade da TB nos idosos.

Tais resultados incitam a reflexão de que é na incompletude da linguagem que se abre a porta para o simbólico, a fim de que se preencham as lacunas. Nesse caso, os espaços vazios simbolizam a oportunidade de apontar alternativas para minimizar o atraso do diagnóstico.

Desse modo, com a finalidade de aprimorar a atuação dos enfermeiros assistenciais, tanto no âmbito da ESF quanto no SE, para assim promover celeridade nas ações de controle da TB nos idosos, propõem-se as seguintes recomendações:

- Sensibilizá-los, por meio de uma intervenção educativa, quanto ao reconhecimento da vulnerabilidade individual e programática do idoso, tendo como cerne a Alteridade levinasiana;
- Conscientizá-los quanto à suspeição prioritária da TB no idoso durante a Consulta de Enfermagem;
- Capacitá-los, considerando os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Salienta-se que a formação, uma vez lapidada no cotidiano do trabalho, pode impactar positivamente na conduta do profissional frente aos problemas e à definição de estratégias de enfrentamento de acordo com a realidade local, a qual está em constante movimento. A EPS tem como pano de fundo o envolvimento dos profissionais a fim de aprimorar a qualidade da atenção ofertada, implicando a responsabilização desses para a efetivação do cuidado integral.

Ademais, no intuito de potencializar a operacionalização dos serviços ofertados na RAS, sugere-se a elaboração de uma linha de cuidado ao idoso com TB no município de João Pessoa-PB, na intenção de facilitar o acesso e o percurso desse usuário na rede.

Para tanto, é necessário incorporar um sistema de informatização verdadeiramente efetivo, como ferramenta de acompanhamento desse percurso. Pressupõe-se não só o fluxo da pessoa física, mas também a troca de informações a respeito do seu estado clínico entre os profissionais dos diferentes níveis que participam no processo do cuidado.

Baseando-se na pluralidade de sentidos que envolvem o idoso com TB bem como na sua subjetividade inesgotável, é imperativo que a RAS ofereça uma estrutura que atenda a diversidade de necessidades que lhes são peculiares. O cuidado deve ser simultaneamente individual e coletivo, tendo como pilar a união da integralidade e a Alteridade.

Inferre-se que novos estudos possam refletir acerca de estratégias que privilegiem a adequada capacitação dos recursos humanos do SUS para a suspeição e diagnóstico da TB no público idoso. E ainda que possam ressignificar a prática assistencial do enfermeiro e demais profissionais da saúde frente à polissemia da doença.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABREU, S. S. **Homens idosos e a tuberculose**: especificidades da realidade na grande João Pessoa-TB. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, 2015.

ALMEIDA, D. V. **A filosofia de Emanuel Levinas como fundamento para a teoria e a prática do cuidado humanizado do enfermeiro**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 195p. 2010.

_____. **A humanização dos cuidados em saúde**: uma proposta conceitual. Goiânia: AB Editora, 2012a.

_____. Alteridade: ponto de partida da humanização dos cuidados em saúde? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 399-407, jan./abr. 2012b.

_____. A filosofia levinasiana numa experiência de cuidar em enfermagem: a humanização decorrente da alteridade. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série - nº 9 - Mar. pp.171-179, 2013.

ALMEIDA, D. V.; RIBEIRO JÚNIOR, N. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. **Revista - Centro Universitário São Camilo**. 4(3):337-342, 2010.

_____. A Sensibilidade e a humanização dos cuidados em saúde a partir da relação ética com o Rosto do Outro. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. 36(3):407-415, 2012.

ALVES, R. S. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. 2012; 21(3): 650-7.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comum Saúde Educ**. 9(16):39-52, 2005.

AMARAL, A. S. *et al.* Evaluation of the decentralization of the tuberculosis control program from secondary to primary level in the health system of Dourados-MS. **Saude Soc.**19(4): 794-802. Portuguese, 2010.

ANDRADE, C. D. **A rosa do povo.** 23 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

ARAÚJO, E. M. N. F. **Perfil dos idosos com diagnóstico de tuberculose na grande João Pessoa-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, 2015.

ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Cienc Saude Coletiva.**12(2):409-17, 2007.

ARREDONDO-GONZÁLES, C. P.; SILES-GONZÁLES, J. Tecnología y humanización de los cuidados: una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. **Index Enferm.** Set-Out; 18(1):32-6, 2009.

ASSIS, E. G., *et al.* A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP.**; 46(1):111-8, 2012.

AUTHIER-RÉVUZ, J. Heterogeneidade(s) enunciativas. **Cadernos de estudos linguísticos.** Campinas, jul./dez., 19:25-42, 1990.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14. P. 73-92, 2004.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Cien Saude Colet.** 10(3):549-560, 2005.

_____. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva.** 17(1):43-62, 2007.

BALLESTERO, J.G.A. *et al.* Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva. **Esc Anna Nery.** 2014; 18(3):515-521.

BARAL, S. C.; DEEPAK, K. K.; NEWELL, J. N. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. **BMC Public Health.** 7:211, 2007.

BARBOSA, M. A. *et al.* Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 19 jun. 2016.

BARRÊTO, A. J. R. **Retardo no diagnóstico da tuberculose e a influência dos aspectos relacionados à gestão**. Dissertação. João Pessoa: [s.n.], 2010. 124f.

BARRÊTO *et al.* Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. **Texto Contexto Enferm.** 19(2):300-8, 2010.

_____. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1875-1884, 2012.

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco** [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun. 2016];1(2):63-5. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17>>.

BARTHOLOMAY, P. *et al.* Quality of tuberculosis care at different levels of health care in Brazil in 2013. **Rev Panam Salud Publica.** 39(1):3–11, 2016.

BASNET, R. *et al.* Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health.** 9:236, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-236.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BECKER, S. G. *et al.* Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev Bras Enferm.** 62(2):323-26, 2009.

BENVENISTE, E. **Da subjetividade na linguagem**. Em Problemas de lingüística geral I. 2 ed .Campinas: Editora da Unicamp; Pontes, 1988. p. 284-293.

BERALDO *et al.* Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):3079-3086, 2012.

BIERRENBACH, A. L. *et al.* Tuberculosis incidence and cure rates, Brazil, 2000-2004. **Rev Saude Publica** [Internet]. 2007 [cited 2013 Mar 15];41(Suppl.1):1-8.

BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo (SP): Ática, 1993.

BRAGA, E. C. **Critérios de suficiência para análise de redes assistenciais**. Consulta Pública nº 26. Exposição de Motivos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: 15 de dezembro de 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/consultapublicarol/transparencia_consultas_publicas.asp?obj_id=24299>. Acesso em: 24 set. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 30 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS e de Gestão**. Brasília, DF: 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Dez. 13 (Seção 1), p. 59-62, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **E-SUS atenção básica**: manual do sistema com coleta de dados simplificada: CDS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_2_0.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 46, n. 9, p. 1-9, 2015.

BRUNELO, M. E. *et al.* Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paul Enferm.** 22(2):176-82, 2009.

CABRAL, S. A. A. de O. *et al.* A utilização do e-sus atenção básica no processo de fortalecimento da efetivação dos princípios doutrinários do sus. **INTESA - Informativo Técnico do Semiárido**, 9(1):1-4, 2015.

CAILLEAUX-CEZAR, M. Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose Latente. **Pulmão RJ**. 21(1):41-45, 2012.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul Enferm.** 25(1):43-47, 2012.

CANTALICE FILHO; J. P.; BÓIA, M. N.; SANT'ANNA, C. C. Análise do tratamento da tuberculose pulmonar em idosos de um hospital universitário do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol**. 33(6):691-98, 2007.

CARDOZO-GONZALES, R. I., *et al.* Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS). jan-mar;1(1):24-32, 2011.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev Esc Enferm USP**. 46(1):219-26, 2012.

CAVALCANTI, Z. R. *et al.* Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. **J Bras Pneumol**. 32(6):535-43, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. **Interface Comum Saude Educ.** 13(Supl.1):545-555, 2009.

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface.** 15 (37): 589-99, 2011.

CECILIO, H. P. M. *et al.* Perfil das internações e óbitos hospitalares por tuberculose. **Acta Paul Enferm.** 26(3):250-5, 2013.

CHAIMOWICZ, F. Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. **Rev Saúde Publica.** 35(1):81-7, 2001.

CHIRINOS, N. E. C; MEIRELLES, B. H. S; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. **Rev Gaúcha Enferm.** 36(esp):207-14, 2015.

CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev. esc. enferm. USP.** vol.45 no.spe2 São Paulo Dec. 2011.

CLARES, J. W. B. *et al.* Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev Rene, Fortaleza**, 12(n. esp.):988-94, 2011.

COELHO, M. M. F. *et al.* Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, jan/fev; 23(1):9-14, 2015.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar... A primeira arte da vida.** 2 ed. Loures: Lusociência, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei 7.498/86.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº. 159**, de 19 de abril de 1993: dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº. 358**, de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 11(3):705-11, 2006.

COREGNATO, R. C. A., MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-84, Out-Dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. **Clinical Psychology-Science and Practice**. 9(1):35-53, 2002.

COSTA, A. A. S. Práticas discursivas na consulta de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Abr-Jun; 15 (2): 359-60, 2006.

COSTA, J. L. **A heterogeneidade enunciativa e a presença do sujeito na enunciação**. Linguasagem. 7 ed. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao07/ArtigoIc_Julia.php>. Acesso em: 23 out. 2016.

COSTA, C. R.; FRACOLLI, L. A. O processo de enfermagem em atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C, organizadoras. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007. p. 147-65.

COSTA, J. X. S.; CAETANO, R. F. A concepção de alteridade em Lévinas: caminhos para uma formação mais humana no mundo contemporâneo. **Revista Eletrônica Igarapé**. Nº 03, Maio, 2014.

COSTA *et al*. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, 2009–2010. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 20 (2): 195-202, 2012.

COSTA, N. R. A estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciencia & Saúde Coletiva**, 21(5):1389-1398, 2016.

CROSSMAN, S. *et al.* A case study exploring employment factors affecting general practice nurse role development. **Prim Health Care Res Dev**. Jun 29: 1-11, 2015.

CRISPIM, J. A. *et al.* Adaptação cultural para o Brasil da escala Tuberculosis-related stigma. **Ciênc. saúde coletiva**. 21(7):2233-2242, 2016.

CUNHA, N. V.; CAVALCANTI, M. L. T.; COSTA, A. J. L. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ). **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 20 (2): 177-87, 2012.

DEL CASTILLO, A. D. *et al.* A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica de saúde do município de Porto Velho, RO. **Saúde Coletiva**. 29(6): 84-9, 2009.

ELIA, L. F. Como se constitui o sujeito? In: ELIA, L. **Conceito de Sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. Cap. 3, p. 34-51.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. 20(1): 106-132, Janeiro/Março, 2012.

FERNANDES, C. A. **Análise do Discurso**: reflexões introdutórias. 2 ed. São Carlos: Claraluz, 2007. 128p.

FERNANDES, L. L. R. A.; SILVA, J. da. Aids e idosos: contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem. **Rev Pesq Cuid Fundam [internet]**, v. 2, p. 369-372, out/dez. 2010.

FERNANDES, L., *et al.* Desenvolvimento, desigualdade e acesso à tecnologia de comunicação e informação nos países BRICS. **Policy Brief**, 2013.

FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.

FERREIRA, M. C. L. **Glossário de Termos do Discurso**. Porto Alegre: UFRGS (Instituto de Letras); 2005. 30 p.

FERREIRA, M. A. Enfermagem: arte e ciência do cuidado. **Esc. Anna Nery**. vol.15 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2011.

FERREIRA, G. C. L. *et al.* Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: uma revisão sistemática da literatura. **Estudo de Psicologia**. 19(1):77-86, 2014.

FERRI, A. O. *et al.* Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. **Revista Liberato**, Novo Hamburgo, 15(24):105-212, jul./dez. 2014.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. *et al.* Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**. 43(5), 2009.

FLORENCIO, A. M. G. *et al.* **Análise do discurso: fundamentos & práticas**. 1 ed. Maceió (AL): EDUFAL, 2009.

FORNAZIER, M. L.; SIQUEIRA, M. M. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J Bras Psiquiatr**. Rio de Janeiro, v.55, n.4, p. 280-287, 2006.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **A ordem do discurso**. 20 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

FRATINI, J. R. G.; SUAPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**. 7(1):065-072, 2008.

FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002.

FREITAS, C. A. S. L. **O idoso vítima de violência: desafios do sistema de saúde para o enfrentamento do fenômeno**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Ceará. 2011. 189p.

GARCIA, A. Tipos de discurso. **SOLETRAS**, Ano III, Nº 05 e 06. São Gonçalo: UERJ, 2003.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES; 2012.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm USP**. 43(2): 365-72, 2009.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicol. teor. prat.** v.9 n.2 São Paulo dez. 2007.

GONZALEZ, L. M. B.; SEIDL, E. M. F. O Envelhecimento na perspectiva de homens Idosos. **Paidéia** (Ribeirão Preto);21(50):345-52, 2011.

GRIGOLETTO, E. A noção de sujeito em Pêcheux: uma reflexão acerca do movimento de desidentificação. **Estudos da língua(gem)**. (1): 61-67, 2005.

HADDOCK-LOBO, R. **Da existência ao infinito**: ensaios sobre Emmanuel Lévinas. São Paulo: Loyola, 2006.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

HAMES, M. L. C. *et al.* A alteridade como critério para cuidar e educar nutrízes: reflexões filosóficas da prática. **Rev Bras Enferm**, Brasília, mar-abr; 61(2): 249-53, 2008.

HINO P. *et al.* Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 20(1):44-5, 2012.

HOOG, A. H. V. *et al.* Optimal triage test characteristics to improve the cost effectiveness of the Xpert MTB/RIF Assay for TB Diagnosis: A decision analysis. **Plos One**, San Francisco, v. 8, n. 12, p. 1-11, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional 2010**. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/>. Acesso em: abr. 2015.

KAWATA, L. S. *et al.* O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto Enferm.** 18(2):313-20, 2009.

KOCH FILHO, H. R. *et al.* Envelhecimento humano e ancianismo: revisão. **Rev Clin Pesq Odontol.**, Curitiba, 6(2):155-160, 2010.

LEADEBAL, O. D. C. P. **Coordenação do cuidado às pessoas vivendo com HIV-Aids: desafios no contexto da assistência ambulatorial especializada.** Tese (Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2015. 132f.

LÉVINAS, E. Linguagem e proximidade. In: LÉVINAS, E. **Descobrendo a existência com Husserl e Heidegger.** Lisboa: Instituto Piaget; 1997. p. 265-88.

_____. **Totalidade e Infinito.** 3a ed. Lisboa: Edições 70. 2008.

_____. **Humanismo do outro homem.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

LIMA, I. F. S. *et al.* Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.** 46(4):944-52, 2012.

LIMA, G. A. F. *et al.* Significado dos cuidados paliativos à pessoa idosa na atenção primária: teoria fundamentada. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, p. 381-384, 2015.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Epidemiological, clinical and of functional independence profile of an institutionalized elderly population. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2012.

LOPES NETO, D.; PAGLIUCA, L. M. F. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Rev Latino-Am Enfermagem.** nov-dez; 10(6):825-30, 2002.

LÓPEZ-PELAYO, I. *et al.* Características de la tuberculosis em pacientes mayores de 65 años em el área sanitaria de Cádiz (España). **Rev Méd Chile.** 132(3):325-30, 2004.

LOURENÇO, R. A.; LOPES, A. J. Tuberculose no idoso. **Rev Hosp Univ Pedro Ernesto – UERJ.** 5 (2):90-5, 2006.

LOWY, M. **Ideologia e ciência social**: elementos para uma análise marxista. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Mar-Abr; 11 (2): 207-14, 2003.

MACIEL, E. L. N. *et al.* O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**. 24(6): 1377- 86, 2008.

MAIOR *et al.* Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. **J Bras Pneumol**. 38 (2):202-209, 2012.

MARCOLINO, A. B. L. *et al.* Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Rev Bras Epidemiol**. v.12, n.2, p.144-57,2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

MATUMOTO, *et al.* Supervisão de equipes do Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**. 9 (16): 9-24, 2005.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. 20(5): 1411-1416, 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC- ABRASCO, 2006.

MARX, K.; ENGELS, F. **Opere de Marx E Engels**. Roma: Riunite; 1980.

MEIRA *et al.* Atendimento a pessoa idosa nos serviços de saúde: percepção dos profissionais de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**. Jun. 3(1):4-14, 2014.

MELO, N. V. **A ética da alteridade em Emmanuel Lévinas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 311p.

MENDES, E. V. A. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MFINANGA, S. G. *et al.* The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. **BMC Health Services Research**, v.8, p. 158, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515835/>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012.

MIRANDA, A. Entrevista. **Revista Poli Saúde Educação Trabalho**. 7(41):11-13, 2015.

MITANO, F. **Discursos e produção de sentidos: experiência da transferência da política do tratamento diretamente observado de curta duração para o controle da tuberculose em Moçambique - África**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2016. 296p.

MOREIRA, C. M. M. *et al.* Mortalidade específica por tuberculose no estado do Espírito Santo, no período de 1985 a 2004. **J. bras. pneumol.** vol.34, n.8, pp. 601-606, 2008.

MOTA, F. F.; VIEIRA DA SILVA, L. M; COSTA, M. C. N. Distribuição espacial da mortalidade por tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**. vol. 19, n. 4, p.915-22, 2003.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 12(2):363-372, 2007.

MUELLER, B. *et al.* Social support modifies perceived stigmatization in the first year of mental illness: a longitudinal approach. **Social Science & Medicine**. 62(1):39-49, 2006.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. 6 (Supl 1):S4-S6, 2008.

NAKIYINGI, L.; NANKABIRWA, H.; LAMORDE, M. Tuberculosis diagnosis in resource-limited settings: clinical use of GeneXpert in the diagnosis of smearnegative PTB: a case report. **African Health Sciences**, Kampala, v. 13, n. 2, p. 522-524, 2013.

NERI, A. L. *et al.* Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(4):778-792, abr, 2013.

NÓBREGA, R. G. **As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pela equipe de saúde indígena da Paraíba: uma análise da dimensão de coordenação** [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2007.

NÓBREGA *et al.* A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. nov-dez; 18(6):[08 telas], 2010.

NOGUEIRA, J. A. *et al.* Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] Jan-Abr; 9(1):106-118, 2007.

OBLITAS, F. Y. M. *et al.* O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18(1):[09 telas] jan-fev 2010.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. **Esc Anna Nery**. Out-Dez; 15(4):838-44, 2011a.

OLIVEIRA M. F. *et al.* A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev Esc Enferm - USP**. 45(4):898-904, 2011b.

OLIVEIRA, A. A. V. *et al.* Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 47, n. 1, p. 145-51, 2013.

OLIVEIRA, D. R. C. *et al.* Avaliação da consulta de enfermagem aos pacientes com tuberculose na atenção primária à saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2016 [acesso em: __/__/__;18:e1153].

OLIVEIRA, L. C. S. *et al.* A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose. **Rev. Eletr. Enf.** jan./mar.;17(1):12-20, 2015.

OLIVEIRA, N. F.; GONÇALVES, M. J. F. Fatores sociais e ambientais associados à hospitalização de pacientes com tuberculose. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 21(2):507-14, 2013.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015**. Washington, D.C: OPS, 2006.

ORLANDI, E. P. Análise do discurso: algumas observações. **Rev. Docum. Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**. 2:105-26, 1986.

_____. (org) **Gestos de leitura**. Campinas (SP): Ed. da Unicamps, 1994.

_____. **Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. 5 ed. Campinas (SP): Pontes; 2007a.

_____. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 6 ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007b.

_____. **Análise de discurso: princípios & procedimentos**. 10 ed. São Paulo: Pontes Editores, 2012a.

_____. **Eni Orlandi fala sobre análise do discurso e linguagem em entrevista**. Entrevista a Globo Universidade. [site da Internet]. Disponível em: <<http://redeglobo.globo.com/globouniversidade/noticia/2012/11/eni-orlandi-fala-sobre-analise-do-discurso-e-linguagem-em-entrevista.html>>. 2012b. Acesso em: 13 jul. 2016.

_____. **Discurso e texto:** formulação e circulação dos sentidos. 11 ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2013.

ORTEGA, M. C. B. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. maio-jun.; 23(3):404-10, 2015.

NETO, D. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Rev Lat Am Enfermagem**. 10(6):825-30, 2002.

PAIVA, A. T. G. *et al.* Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enferm**. 16(1):22-8, 2011.

PAIVA, R. C. *et al.* Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jul/set;16(3):520-6.

PAPALÉO NETTO M. O estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. F.; PY, L (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

PARAÍBA. Secretaria Estadual da Saúde. **Casos notificados de Tuberculose. Bases de dados SINAN Net**. 2015.

PÊCHEUX, M. **Les Vérités de la Palice**. Maspero, Paris, trad. Bras. Semântica e Discurso, E. Orlandi *et al.* Editora da Unicamp, 1975.

_____. **Semântica e Discurso:** uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas: Unicamp, 1988.

_____. **O discurso:** estrutura ou acontecimento. 3 ed. Campinas: Pontes, 2008.

PENHA, A. A. G. *et al.* Tecnologias na Promoção da Saúde de Idosos com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Rev Enferm UFSM**. Jul./Set.;5(3):406-414, 2015.

PERUHYPE, R. C. *et al.* O desconforto e inquietação do sujeito em seu movimento de interpretação de um questionário sobre a tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** nov.dez. 22(6):988-993, 2014.

PESTANA, L. C.; ESPIRITO SANTO, F. H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Rev esc enferm USP**; 42(2):268-75, 2008.

PIAZOLLA *et al.* Mortalidade por tuberculose pulmonar e síndrome de imunodeficiência adquirida no idoso: há diferenças? **Revista Geriatria & Gerontologia**. 8(1) Jan/Fev/Mar, 2014.

PILGER, C; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. set.-out. 2011;19(5):[09 telas].

PIMENTA, L. G. Justiça, alteridade e Direitos Humanos na teoria de Emmanuel Lévinas. **Revista USCS – Direito**, ano XI, n. 19, jul./dez. 2010.

PINHEIRO, G. M. L; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2105-2115, 2012.

PINHEIRO, P. G. O. D. *et al.* Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **Rev Rene**. 13 (3) 572-81, 2012.

_____. **Discursos de profissionais sobre o controle da tuberculose: pontos de estrangulamento na Atenção Primária à Saúde.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba, 2016.

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

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletr. Enf.** 8(1):42-51.

PINTO, R. M. *et al.* Primary Care and Public Health Services Integration in Brazil's Unified Health System American. **J Public Health**. 102(11):69-77, 2012.

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

_____. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 25(3):553-562, jul-set 2016.

POSSUELO, L. *et al.* Tuberculose: um estudo sobre referência em serviços de saúde. **Rev Epidemiol Control Infect.**; 2(3):89-93, 2012.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. Esc. enferm. USP**. v. 44 n. 2 São Paulo, Jun. 2010.

QUEIROZ, B. F. B.; GARANHANI, M. L. Construindo significados do cuidado de enfermagem no processo de formação: uma pesquisa fenomenológica. **Ciênc Cuid Saúde**. Out-Dez; 11(4):775-83, 2012.

REVISTA LÍNGUA PORTUGUESA. **Edição Psicanálise & linguagem**. Vol. 43, 2009.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev Bras Educ Med**. 33(2):253-62, 2009.

ROCHA, P. K. *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado. **Rev Bras Enferm**. 61(1):113-6, 2008.

RODRIGUES, R. A. P. Contribuições da Enfermagem no cuidar do idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** maio-jun. 22(3):353-4, 2014.

RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA, M. C. S.; FERREIRA, M. A. Social representations of nurses on tuberculosis. **Rev Bras Enferm**. 69(3):498-503, 2016.

RODRIGUES, L. B. B., *et al.* Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1385-1390, jul, 2014.

ROSSONI, R. *et al.* Protocolo de enfermagem para o paciente com tuberculose. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 10(2):464-74, fev., 2016.

RUFFINO-NETTO, A. Carga da Tuberculose: reflexões sobre o tema. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v.30, n 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

SÁ, L. D. *et al.* Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enferm**. 16:712-8, 2007.

_____. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, abr. 2011.

_____. Cuidado ao doente de Tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 46(2), 2012.

_____. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** jan/mar;15(1): 103-11, 2013.

_____. Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. **Rev Bras Enferm**. mai-jun;68(3):467-73, 2015.

SADALA, M. L. A. A alteridade: o outro como critério. **Rev Esc Enferm USP**. 33(4): 355-7, 1999.

SAES, S. C.; ARAÚJO, S. T. C. O cuidado de enfermagem através dos sentidos corporais do cliente em diálise peritoneal: uma abordagem sociopoética. **Esc Anna Nery R Enferm**. ago; 8 (2): 259-66, 2004.

SANTOS, N. F. dos; SILVA, M. do R. de F. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou re-privatização da velhice. **Revista FSA**. Teresina, 10(2):358-371, abr/jun, 2013.

SANTOS, S. M. R., *et al.* A Consulta de Enfermagem no contexto da Atenção Básica de Saúde, Juiz De Fora, Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 17(1): 124-30, 2008.

SANTOS, T. M. M. G; NOGUEIRA, L. T.; ARCÊNCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. **Acta Paul Enferm.** 25(6):954-61, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais.** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. 68 p.

SCATENA, L. M. *et al.* Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnoses in Brazilian municipalities. **Rev Saude Publica.** 43(3):10-9, 2009.

SCHAAF, H. S. *et al.* Tuberculosis at extremes of age. **Respirology.** 15(5): 747-63, 2010.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** Vol. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

SCHOMMER, V. A. **Mapeamento da informatização das unidades básicas de saúde de um estado brasileiro.** Trabalho de conclusão de Especialização. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Curso de Especialização em Saúde Pública. 2015. 55f.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde. 2006-2009.** João Pessoa/PB, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde. 2014-2017.** João Pessoa/PB, 2014.

SENA, R. R.; SILVA, K. L. A enfermagem como parceira solidária do Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP.** 45(Esp. 2):1792-6, 2011.

SENNE, F., *et al.* Desafios para as políticas de e-saúde no Brasil: uma análise de disponibilidade e uso das TICs em estabelecimentos de saúde brasileiros. **Communication Policy Research Conference Latam**, 2014.

SERRES, M. **O Terceiro instruído**. 1 ed. Editora Instituto Piaget, Portugal, 1997.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141p.

SILVA, A. L.; CIAMPONE, M. H. T. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem – um caminhar para o cuidado complexo. **Rev Esc Enferm USP**. 37(4):13-23, 2003.

SILVA, C. M. C.; SABÓIA, V. M.; TEIXEIRA, E. R. O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; 18(3): 458-65, 2009.

SILVA, D. R. *et al.* Características clínicas e evolução de pacientes imunocomprometidos não HIV com diagnóstico intra-hospitalar de tuberculose. **J Bras Pneumol**. v. 36, n. 4, p. 475-484, 2010a.

SILVA, E. A. *et al.* Estimação do tempo de abandono de pacientes em tratamento da tuberculose. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 8(12):4206-4213, dez. 2014.

SILVA, E. M. *et al.* Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 34(2):227-239, 2010b.

SILVA, J.; ALMEIDA, N. V.; COSTA, E. P. S. A enfermagem e os idosos – modalidades de atendimento: consulta de enfermagem. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **Gerontologia**: atuação de enfermagem no processo do envelhecimento. 2 ed. São Caetano do Sul-SP: Yendis Editora, 2012.

SILVA, M. A. S. M. Sobre a Análise do Discurso. **Revista de Psicologia da UNESP**, 4(1), 2005.

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

SÍVERES, L.; MELO, P.G.R. A pedagogia da hospitalidade a partir da filosofia da alteridade em Levinas. **Conjectura**. v. 17, n. 3, p. 34-48, set./dez. 2012.

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

_____. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 21(1): 17-25, 2012.

SOUZA, S. F. **Conhecendo Análise de Discurso** – Linguagem, Sociedade e Ideologia. Manaus: Editora Valer, 2006.

_____. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. Manaus: Instituto Census, 2014. 57 p.

SOUZA, E.P. *et al.* **Prevenção e Controle da Tuberculose: revisão integrativa da literatura**. **Rev Cuid**. 6(2):1094-102, 2015.

SOUZA, M. A.; COSTA, L. C. **Sociedade e Cidadania: desafios para o século XXI**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2005. 232p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

_____. Primary Care: the filter. **Rev. Bras Epidemiol**. V.9, N.1. p.144-151, 2006.

STENNER, K. L.; COURTENAY, M.; CAREY, N. Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views. **Int J Nurs Stud**. 48(1):37-46, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.006>>.

STORLA, D. G.; YIMER, S.; BJUNE, G. A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health**. 8:15, 2008.

TAVARES *et al.* Incidência de casos de tuberculose em idosos no município de Cabedelo - Paraíba, Brasil. **Fiep Bulletin** [Internet]. 2010 [cited 10 Mar 2013]; 80(N. esp.).

TELLES, J. L. **Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do Pacto pela Vida/Saúde da População Idosa 2006/2007**: contribuição para o debate. Brasília: DAPE/SAS/MS, 2006.

TELLES, M. A. S.; MENEZES, A.; TRAJMAN, A. Gargalos e recomendações para a incorporação de novas tecnologias na rede pública laboratorial de tuberculose no Brasil. **J Bras Pneumol**. 38(6):766-770, 2012.

TFOUNI, L. V.; LAUREANO, M. M. M. Entre a análise do discurso e a psicanálise, a verdade do sujeito. **Investigações (Recife)**, v. 18, 131:147, 2005.

TORRES, G. A. *et al.* Efeitos da prática de caminhada de idosos em um grupo: um olhar do protagonista. **Journal of Management and Primary Helath Care**. v. 4, n. 1, p. 19-26, 2013.

TRIGUEIRO, J. V. S. **Controle da tuberculose e os desafios da gestão na atenção básica de municípios prioritários da Paraíba**. Dissertação.(Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2009. 137p.

TRIGUEIRO, J.V.S. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Cienc Cuid Saude**. Out/Dez; 8(4):660-666, 2009.

_____. Análise da produção acerca da tuberculose em idosos na literatura lusa e inglesa. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 10(5):680-5, maio., 2016.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VENDRAMINI, S. H. F. *et al.* Tuberculose no idoso: análise do conceito. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 11(1):96-103, 2003.

VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev. Saúde Pública**. 43(3):548-54, 2009.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde do Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis**. 8(2):16,1998.

VILLA, L. M. S. *et al.* Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 43 (3):389-97, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/248.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

VILLA, T. C. S. *et al.* Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. **Rev Lat Am Enfermagem**. Jan-Fev; 21(Spec No):190-8, 2013.

VIRTUOSO JUNIOR, J. S.; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciênc saúde coletiva**. 16(5):2541-8, 2011.

WALDOW, V. R. **O cuidado em saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

WANDWALO, E. R.; MORKVE, O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. **Int J Tuberc Lung Dis**., v.4, n.2, p. 133-8, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10694091>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

WARD, J; SISKIND, V.; KONSTANTINOS, A. Patient and health care system delays in Queensland tuberculosis patients, 1985–1998. **INT J TUBERC LUNG DIS**. vol. 5, n. 11, p. 1021–1027, 2001.

WHO. World Health Organization. What is dots? A guide to understanding the recommended TB control strategy known as DOTS. **WHO Report**. Geneva; 1999.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2015**. Geneva: WHO; 2015. 192 p.

YAMAMURA, M. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 35(4), 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa intitulada **RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: DISCURSOS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS**. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição da Universidade Federal da Paraíba e tem como objetivo Analisar os efeitos de sentidos nos discursos dos enfermeiros assistenciais em relação ao retardo do diagnóstico da doença em pessoas idosas em João Pessoa-PB e, para tanto, gostaríamos de contar com sua participação.

Caso concorde, garantimos considerar os princípios da ética em pesquisa com seres humanos (autonomia, beneficência, não maleficência, respeito e justiça) conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde na sua Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

Para este estudo, o (a) Senhor (a) terá de responder as questões de um roteiro de entrevista semiestruturado, as quais se relacionam ao retardo do diagnóstico da TB em pessoas idosas. O momento da entrevista será gravado por um gravador de voz. Ressaltamos que sua participação é voluntária, caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir, em qualquer tempo, sem que essa decisão o (a) prejudique. Os resultados poderão trazer benefícios quanto à melhoria dos serviços de saúde na atenção a tuberculose em idosos.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros) que os pesquisadores acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio e desde já agradecemos sua colaboração.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos, concordo em participar. Informo que recebi uma cópia deste termo.

João Pessoa, ____, de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Profª Drª Lenilde Duarte de Sá⁴
(pesquisadora responsável)

⁴Contato da pesquisadora responsável: Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Campus Universitário – João Pessoa –PB. CEP 58.059.900
Telefone (0XX83) 3216 7162. E.mail: lenilde_sa@yahoo.com.br

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA

***Informações gerais do entrevistado:**

Data: _____ Horário: _____

Iniciais: _____

Formação: _____ Especialidade: _____

Local de trabalho: _____

Função: _____ Tempo de exercício da função: _____

Outras atividades
profissionais: _____

Entrevistador: _____

***Questões Norteadoras:**

- 1)Fale para mim sobre o cuidado integral ao idoso com tuberculose (considerar os aspectos concernentes à busca ativa de sintomáticos respiratórios, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, consulta de enfermagem, tratamento, encaminhamento, acompanhamento e reabilitação).
- 2)Na sua opinião, o que contribui para o retardo ao diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas?

ANEXOS

ANEXO A

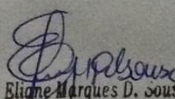


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 22/10/2013, o Projeto de pesquisa intitulado: **“RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: AÇÕES DO ENFERMEIRO EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO DA GRANDE JOÃO PESSOA - PB”** da pesquisadora Lenilde Duarte de Sá. Prot. Nº 0461/13. CAAE: 15845613.1.0000.5188.

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


Drª Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618

ANEXO B**Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde**

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 03 de junho de 2013

Processo: 07945/2013

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS: AÇÕES DO ENFERMEIRO EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO DA GRANDE JOÃO PESSOA - PB" a ser desenvolvida pela pesquisadora LENILDE DUARTE DE SÁ, está autorizada para ser realizada junto a este serviço. Igualmente, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, fica condicionada a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Rosane Gomes Sabino
Téc. da Gerência de
Educação na Saúde
Mat. 34.112-6

Gerência de Educação na Saúde
Colegiado Gestor