
ATRASO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM SISTEMA PRISIONAL: A EXPERIÊNCIA DO DOENTE APENADO¹

Káren Mendes Jorge de Souza², Tereza Cristina Scatena Villa³, Filomena Elaine Paiva Assolini⁴, Aline Ale Beraldo⁵, Uthania de Melo França⁶, Simone Terezinha Protti⁷, Pedro Fredemir Palha⁸

- ¹ Trabalho vinculado ao projeto - Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil, aprovado e financiado pelo CNPq.
- ² Doutoranda do Programa Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Bolsista CAPES/Demanda social. São Paulo, Brasil. E-mail: karensouza@usp.br
- ³ Doutora em Enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br
- ⁴ Doutora em Letras e Pedagogia. Professora Doutora do Departamento de Educação, Informação e Comunicação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP. São Paulo, Brasil. E-mail: elainesol@netsite.com.br
- ⁵ Mestranda do Programa Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Bolsista FAPESP. São Paulo, Brasil. E-mail: aline.beraldo@usp.br
- ⁶ Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado da EERP/USP. Professora Adjunto I do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba. Paraíba, Brasil. E-mail: uthania@gmail.com
- ⁷ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, Brasil. E-mail: simoneprotti@yahoo.com.br
- ⁸ Doutor em Enfermagem. Professor livre docente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br

RESUMO: O estudo analisou as causas de atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional, segundo a experiência do doente apenado. Utilizou-se o referencial teórico-metodológico da análise de discurso de matriz francesa, que busca a compreensão dos processos de produção de sentidos, na relação da linguagem com a ideologia e de constituição de sujeitos em suas posições. Foram realizadas entrevistas semidirigidas com sete doentes de tuberculose apenados em um hospital de João Pessoa, Paraíba, Brasil, no período de agosto a outubro de 2009. O atraso no diagnóstico da tuberculose relaciona-se à naturalização da desassistência ao sujeito preso, à interpretação do presídio como um lugar de morte e sofrimentos e à privação do direito à saúde para detentos em decorrência de sua posição nas relações assimétricas de poder e efeitos ideológicos.

DESCRIPTORES: Tuberculose. Prisões. Diagnóstico.

DELAY IN THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS IN PRISONS: THE EXPERIENCE OF INCARCERATED PATIENTS

ABSTRACT: This study analyzed the causes of delay in the diagnosis of tuberculosis in the prison system, according to the experience of incarcerated patients. The theoretical and methodological framework of the French school of discourse analysis was used, which seeks to comprehend the processes of meaning production, in the relationship of language with ideology and the development of subjects in their positions. Semi-directed interviews were conducted with seven incarcerated tuberculosis patients in a hospital of João Pessoa, Paraíba, Brazil, between August and October 2009. The delay in the diagnosis of tuberculosis was related to the naturalization of the lack of care for the prisoner, to the interpretation of the prison as a place of death and suffering and to the deprivation of the right to health for the detainees as a result of their position in the asymmetric power relationships and ideological effects.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Prisons. Diagnosis.

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS EN LA CÁRCEL: LA EXPERIENCIA DE LOS ENFERMOS RECLUSOS

RESUMEN: Este estudio analizó las causas del retraso en el diagnóstico de la tuberculosis en las cárceles, de acuerdo con la experiencia de los reclusos enfermos. Se utilizó el marco teórico y metodológico del análisis del discurso francés, que busca comprender los procesos de producción de sentidos, en la relación del lenguaje con la ideología y del desarrollo de los sujetos en sus posiciones. Entrevistas semi-dirigidas fueron realizadas con 07 enfermos con tuberculosis reclusos en un hospital en João Pessoa, Paraíba, Brasil, entre agosto y octubre de 2009. El atraso en el diagnóstico de la tuberculosis estaba relacionado a que se entendía como natural la falta de atención al prisionero, a la interpretación de que la prisión es un lugar de muerte y sufrimiento y la privación de los derechos a la salud de los prisioneros como resultado de su posición en las relaciones asimétricas de poder y efectos ideológicos.

DESCRIPTORES: Tuberculosis. Prisiones. Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

A ocorrência da tuberculose (TB) em presídios, como um problema de saúde pública, apresenta expressiva magnitude. Estudos sobre a saúde da população encarcerada no Brasil, que são poucos,¹ mostram que a crescente taxa de ocupação prisional, sem a concomitante adequação de estrutura física e de recursos humanos, somada às condições precárias de higiene, ventilação e iluminação solar nas celas, compõe um cenário frequente no sistema prisional. Esta situação produz riscos para o adoecimento de detentos e cria condições favoráveis à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, além da disseminação da TB.¹⁻⁴

Uma revisão sistemática acerca da incidência da TB em prisões, incluindo vinte e três estudos de diversas regiões do mundo, conclui que a transmissão da TB na população prisional é maior do que aquela relacionada à população geral local.⁵ A prevalência da TB entre presidiários pode ser até cinquenta vezes maior que as médias nacionais.⁶ Na Europa, estima-se que, em média, a proporção de TB entre presos para a TB na comunidade geral seja de 15:01. Agrava este problema o fato de presídios funcionarem como reservatórios para a TB multidrogarresistente (MRD-TB).⁶

As dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde em presídios, principalmente no campo preventivo, são de ordens diversas. No que concerne aos obstáculos para o controle da TB nestes locais, nota-se que existem peculiaridades sociais e psicológicas relacionadas à organização e funcionamento da instituição prisional, ressaltando-se a subvalorização dos sintomas da doença, a inadequação de Programas de Controle da TB à população carcerária e as dificuldades de acesso à assistência de saúde, decorrentes da priorização da segurança, pelas autoridades penitenciárias, em detrimento da saúde.²

Considerando que as penitenciárias são importantes na origem e transmissão da TB,⁷ sublinha-se a importância do diagnóstico precoce como estratégia para o controle da doença na população carcerária. Falhas neste processo implicam prejuízos – ao doente: complicações clínicas e resistência medicamentosa; à comunidade: exposição ao bacilo; e ao Estado: a administração de um quadro complexo e oneroso.⁸

No presente estudo, considera-se atraso no diagnóstico da TB, atribuído ao doente, um tempo superior a trinta dias decorridos entre o início dos sinais e sintomas e a primeira consulta médica

para o diagnóstico, tomando por base categorias apresentadas em produções científicas.⁹⁻¹⁰

Contextualizando a problemática do controle da TB em sistema prisional e considerando as condições de produção da experiência do adoecimento em presídios, este estudo propõe analisar as causas de atraso no diagnóstico da TB em sistema prisional, segundo a experiência do doente apenado.

A partir da observação das lacunas do conhecimento científico relacionado a essa temática, a presente pesquisa mostra-se relevante por explorar discursos circulantes no espaço prisional ligados ao processo saúde-doença, à TB e ao acesso para diagnóstico, analisando – segundo o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa – a materialidade linguística e as redes de sentidos às quais os doentes de TB, na posição social de detento, se filiam. A AD estuda os efeitos de sentidos entre os interlocutores e se sustenta sobre três regiões do conhecimento: o Materialismo histórico, estando aí situada a concepção teórica de ideologia; a Linguística, particularmente com a noção de materialidade do significante; e a Psicanálise, incorporando a compreensão lacaniana de que o inconsciente é estruturado como linguagem.

A apropriação da AD para esta investigação é uma proposta inovadora, que permitirá novas compreensões sobre a (re)produção de discursos institucionalmente legitimados em presídios. Trata-se de um referencial profícuo para analisar como as causas de atraso no diagnóstico da TB estão investidas de significância para e por sujeitos na posição de presidiários. Os resultados poderão contribuir para o debate de políticas públicas voltadas às necessidades desta população em situação de vulnerabilidade e orientar práticas de saúde e Enfermagem relacionadas à assistência ao doente acometido por TB em instituição prisional.

MÉTODO

Trabalhando com as relações entre os múltiplos discursos que permeiam a vida nos presídios e com os processos de significação, associados ao atraso no diagnóstico da TB em instituição prisional, esta pesquisa fundamenta-se no referencial teórico-metodológico da análise de discurso de matriz francesa.¹¹⁻¹³

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar de referência para o tratamento da TB no estado da Paraíba, Brasil. Participaram do es-

tudo sete doentes de TB apenados, em internação hospitalar, maiores de dezoito anos, que informaram terem transcorridos trinta ou mais dias entre o início dos sinais/sintomas da doença e a realização da primeira consulta para o diagnóstico. Este critério apoia-se em estudos científicos que apresentam uma definição para o atraso no diagnóstico da TB atribuído ao doente.⁹⁻¹⁰

Mediante acesso ao sistema de informação de internação hospitalar, identificamos quais doentes estavam na condição de presidiários e, por conseguinte, constituíram a amostra do estudo os que, no período de coleta de dados, estavam em tratamento no setor, atendiam ao critério amostral citado e aceitaram participar da pesquisa.

Para a geração de dados, foram realizadas entrevistas semidirigidas,¹⁴ gravadas, no período de agosto a outubro de 2009. Após transcrição integral das mesmas, organizou-se um banco de dados com uso do *software* Atlas.ti versão 6.0, mediante a criação de uma Unidade Hermenêutica (*Hermeneutic Unit*). Na apresentação das falas, utilizou-se uma codificação para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo.

As entrevistas foram realizadas nas enfermarias sob escolta policial e norteadas pelas seguintes questões: (1) O que o(a) sr(a) costuma fazer quando adoecer?; (2) O que o(a) sr(a) sentiu que fez com que procurasse o serviço de saúde?; (3) Conte-me o que aconteceu desde o início da doença até sua ida ao primeiro serviço de saúde; e (4) Fale-me sobre o caminho que o(a) sr(a) percorreu pelos serviços de saúde até descobrir que tinha tuberculose.

No dispositivo de análise,¹¹ trabalhando-se com a descrição e interpretação inter-relacionadas, investe-se na opacidade da linguagem, na manifestação da ideologia, na produção de sentidos e na constituição dos sujeitos histórico-sociais e seus gestos de interpretação.

Partindo da premissa de que os mecanismos enunciativos são construções discursivas com efeitos de caráter ideológico, a construção do dispositivo de análise foi orientada pelas seguintes passagens (ou etapas):¹¹ (1) Da superfície linguística para o discurso; (2) Do objeto discursivo para a formação discursiva; e (3) Do processo discursivo para a formação ideológica. Como resultado, tem-se dois blocos discursivos, que reúnem fragmentos correlacionados de fala e situação, discursivamente relacionados ao atraso no diagnóstico da TB.

Para o desenvolvimento deste estudo, foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envol-

vendo seres humanos contidos na Declaração de Helsinki e Resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto que deu origem a este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, em 17 de dezembro de 2008, com número de protocolo 0589.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O dispositivo analítico compõe-se por sequências discursivas de referência,¹³ com destaques em sublinhado, em dois principais blocos, os quais reúnem formações discursivas relacionadas e interpenetradas, a saber: (1) A TB nas penitenciárias: a saúde aprisionada e; (2) Atraso no diagnóstico da TB: vivências do doente apenado.

Todos os sujeitos do estudo são do sexo masculino e apresentam idade entre 30 e 39 anos. Em relação à escolaridade, cinco apenados têm ensino fundamental incompleto, um tem ensino médio incompleto e um não tem escolaridade.

A tuberculose nas penitenciárias: a saúde aprisionada

Se a experiência da doença é a vida social (produzida, internalizada e reelaborada pelos sujeitos sociais) que envolve os atores do universo da doença,¹⁵ compreende-se que as instituições prisionais, ao produzirem uma atmosfera redutora de comportamentos qualificados pela autonomia, imprimem características específicas às vivências do doente apenado.

Um sujeito do estudo diz: *procuro uma assistência, um médico, mas aonde eu vou? No lugar que eu tô [presídio] não tem assistência. É só lugar de sofrimento, de aperreio. A gente passa fome, a gente sofre, a gente é torturado, a gente apanha; que é o presídio, que é o lugar pior que tem* (S02). Esse relato expressa uma experiência de angústia, frustração, violência, privação e sofrimento. Como acontecimento discursivo,¹² ele revela uma violência institucional, incluindo as diversas formas de violência simbólica sustentada nos presídios. A vigilância, o controle e a punição nas prisões produzem efeitos de sentido, relacionados à repressão e à disciplina sobre os corpos desses sujeitos, suas vidas, seus gestos de interpretação, seus discursos.¹⁶ A ausência de cuidado e as linhas de poder e tensões circulantes no ambiente prisional produzem, no dizer desse sujeito, o sentido de interpretação do presídio como “o lugar pior que tem”.

As situações de encarceramento produzem características psicossociais que geram efeitos sobre a formação dos sistemas de representação, ligados à vida nos presídios e, particularmente, na situação de doença, relacionados à valorização dos sintomas, a busca por assistência, ao uso da medicação e, de maneira geral, às práticas e concepções de saúde-doença.

Um participante do estudo relata: *o que eu penso mais é quando eu ficar bom aqui [no hospital], que vou ter que voltar lá [presídio] pra passar uns dias e eu peço a Deus muito que isso não aconteça [...] porque eu vou conviver no meio de quem tá doente lá. Essas mesma pessoa que eu deixei doente lá tem muitos deles que tão lá doente e eu vou ter que voltar pra encontrar eles de novo (S04).*

A rede de sentidos, à qual este sujeito do estudo se filia, está materializada linguisticamente por meio dos significantes “lá” e “aqui”. Enquanto o presídio é identificado como um espaço permanente de produção de doenças físicas e emocionais, o hospital é interpretado como o lugar do bem-estar, da cura, do cuidado, embora ambos atuem com mecanismos de poder disciplinador.

Um sujeito relata: *tem uma cela que é apropriada para doze detentos. Então, só nessa cela estão tudo com essa enfermidade [TB] que me encontro. A cadeia tá cheia de tuberculose (S07).*

Um estudo, ao analisar a gerência das ações de controle da TB em municípios do interior do Estado de São Paulo, Brasil, insere no contexto dessa problemática o desinteresse de gestores municipais pelas políticas e estratégias de controle da TB.¹⁷ Partindo desta perspectiva, acredita-se que a pouca visibilidade política da doença, sustentada ideologicamente, contribui para as ações incipientes de combate da mesma na população encarcerada, considerada prioritária pelo Ministério da Saúde.

A permanência da TB em presídios pode, culturalmente, produzir sentidos relacionados à percepção do adoecimento, mediante o espaço de socialização dos detentos, acometidos ou não pela doença. Esta compreensão constrói-se pela análise discursiva dos seguintes dizeres: *eu acho que peguei dos outros. No lugar em que me encontro [presídio] tem muito doente (S04), destacando a percepção de transmissão da TB; pelo que via muito lá, [presídio] doente vindo pra o hospital se tratar, eu já sabia que eu era tuberculoso, porque eu via o exemplo de muitos lá doente (S04), evidenciando a interpretação do sujeito doente para a identificação da doença. Expressa-se aí a memória discursiva sendo atu-*

alizada na experiência e dizer destes sujeitos. Na internalidade da instituição prisional circula o interdiscurso,¹¹ que afeta o perceber e produzir uma opinião sobre os sinais e sintomas da TB, o lugar adequado para o tratamento e o modo de transmissão da doença.

Um sujeito do estudo descreve suas observações: *tem muitos [doentes de TB apenados], é porque tem que vir [para o hospital] aos poucos, tem muitos com essa mesma doença minha lá. Aí não pode vir direto, tem que vir aos poucos, de um em um, de dois em dois, porque é muito preso, é mais de mil preso ou é quase mil preso (S02).*

Identifica-se que há um fluxo de saída do doente de TB apenado para tratamento hospitalar que parece ser estabelecido por regulações perceptíveis, porém não explicitadas pelo apenado. O acesso do doente de TB apenado ao diagnóstico e tratamento da doença estão interpenetrados pela administração de sentidos do adoecer produzida pelos sujeitos da instituição prisional.

Nesse espaço de embates, resistências, negociações de sentidos e linhas de força, circulantes dentro e fora da instituição prisional, o dizer do apenado de que *não pode ser indisciplinado, ter mau comportamento, mas tendo doente tem que vir, é obrigação, é ordem do juiz (S02)* expressa a força do sentido de disciplina (proibição) no sistema prisional e, ao mesmo tempo, a legitimação do papel do poder judiciário na administração dos gestos de interpretação, produzidos no contexto da regulação do acesso do doente de TB apenado à assistência de saúde.

A denúncia das mínimas condições de tratamento no presídio faz emergir questões éticas e políticas relacionadas ao direito à saúde desta população. Nas prisões de vários países, a saúde ainda não é considerada um direito do detento, mas uma concessão da administração penitenciária.²

Falhas no diagnóstico precoce da TB podem resultar em aumento da taxa de mortalidade da doença, bem como implicar no desenvolvimento de urgências clínicas, que elevam a taxa de internação hospitalar por TB. Relata um sujeito: *[...] na realidade, eles só trouxeram pra cá [hospital] porque o meu caso foi sério e, se não fosse isso, eu tava lá até hoje lá, sofrendo com essa doença (S06).* Esse relato apresenta um aspecto importante: a priorização do acesso ao tratamento da TB para o apenado que apresenta um estado clínico agravado. Ressalta-se que a administração penitenciária valoriza este agravamento clínico de tal forma que, antes disto, há uma espécie de apagamento da experiência da doença.

Um sujeito do estudo relata: *quando os guarda penitenciário entrava no pavilhão, contava a minha situação, mas não dava nem ouvido. E eu mal, mal, doente* (S07). Os sentidos relacionados a uma aparente naturalização do consentimento para a desassistência ao doente de TB preso nascem de formações imaginárias, produzidas e (re)significadas no espaço social, que imprimem no imaginário coletivo a noção de que o presídio é um lugar de punição e sofrimento constante.

Analisando a fala de um sujeito: *logo no começo, procurei atendimento médico. Como eu sou um prisioneiro, não é muito fácil* (S05), encontram-se reflexos da formação discursiva, que relaciona a redução do direito à saúde do sujeito doente como consequência da posição que o mesmo ocupa no presídio.

Outro sujeito diz: [...] *no canto em que me encontro [presídio] fica tudo mais difícil pra mim. O meu medo todinho de ficar doente é esse* (S04). Esta fala também traz um sentido dos obstáculos impostos ao doente de TB preso em consequência de sua posição no espaço social que se encontra. O lugar que afeta as condições de produção desse dizer é um “*canto*” singular. Numa visão mais local, pensa-se em relações de hierarquia e submissão entre os detentos e destes com os profissionais da administração penitenciária, além de espaços pouco salubres e descuidado em toda parte.

Pensando em condições de produção mais amplas, para compreender o “*canto*” do qual fala este sujeito, tem-se todas as características de vigilância, disciplina e punição sustentadas historicamente nas instituições penais.¹⁶ Na prisão, as diversas representações e práticas relacionadas à vida, à saúde e aos riscos envolvidos no dia-a-dia, resultantes de múltiplos discursos e práticas, inserem-se numa lógica peculiar que rege e organiza a vida nesta instituição.¹

Outro sujeito do estudo relata: *foi difícil para chegar até aqui [hospital] [...] ninguém acreditava que eu tava doente. Até eu fiquei sabendo que o vice-diretor disse que não tava doente [...] porque eu sou um homem assim, eu suporto as minha dor. Mesmo doente, eu fico suportando ali, fico suportando, fico pedindo a Deus. Então ele achou que eu não tava doente* (S07).

Percebe-se aí, não pela transparência das palavras, que este sujeito reconhece em si a doença, mas o julgamento do vice-diretor, investido de poder, ao não reconhecer a doença do sujeito detido, produz um apagamento e administra sentidos na esfera da experiência da doença.¹¹ Ficar suportando a dor traduz um silenciamento do

dizer deste sujeito, considerando as hierarquias existentes na unidade penitenciária, as relações de poder circulantes e a administração de gestos de interpretação do doente de TB apenado. Suportar a dor pode traduzir a significação da força exigida no espaço social das penitenciárias e a identidade de sujeito desejada. Suportar e ao mesmo tempo rogar a Deus parece referir-se a uma contradição presente no calar aquilo que se quer dizer.

Considerando o sistema de dominação, os confrontos no espaço penitenciário e as condições de produção do apagamento de sujeitos detidos, algumas relações de intercessão são estabelecidas. Este é um sentido produzido pela seguinte fala: *um enfermeiro que tem lá na cadeia deu uma palavra por mim, contou a minha situação à direção, então a direção veio até mim, viu a minha situação e me trouxeram no hospital* (S07). Nesta situação de silenciamento dos direitos do detento doente por TB, o sujeito, reconhecido pelo apenado como enfermeiro, torna-se o porta-voz do doente.

As assimetrias de poder aí presentes distanciam, cada vez mais, o doente de TB preso do protagonismo em seu processo saúde-doença. Percebe-se que os sentidos atribuídos ao estar doente ou não, bem como à regulação do acesso ao diagnóstico e tratamento da TB, são administrados pelos sujeitos que exercem a vigilância e disciplina na instituição prisional ou fora da mesma.

Atraso no diagnóstico da tuberculose: vivências do doente apenado

Em se tratando da temática do atraso no diagnóstico da TB em sistema prisional, é preciso considerar as diversas particularidades que emergem das relações e do modo de organização da vida nestas instituições – analisadas no bloco discursivo anterior.

A percepção e denotação da TB como um mal-estar físico e psíquico, bem como a busca por recursos terapêuticos, é sempre um processo interpretativo do sujeito doente em relações de interação social. Portanto, dimensões pessoais e sociais, enredadas ao adoecer por TB em unidades prisionais, são mobilizadas em sistemas simbólicos, nos quais participam o intradiscorso e o interdiscorso.¹¹

Um doente de TB apenado relata: *bom, de imediatamente nós procuramos alguns medicamentos que venha dar uma solução pra a doença de imediato. Mas, se nós não sabemos o diagnóstico da enfermidade, nós não vamos conseguir comprar o medicamento pra isso, né? [...] caso eu tomando o medicamento e se eu*

não ver nenhuma, vamos dizer assim, não melhorar, aí eu tenho que procurar outros meios que me leve a identificar realmente o que eu estou sentindo (S11). Outro sujeito diz: eu busco pra ficar bom, primeiramente, a fé, então se você tem a fé, busca aquelas palavras de conforto, que o Senhor dá (S01).

Os dois fatos linguísticos geram sentidos relacionados à interpretação, permeando o acionamento de estratégias de autoatenção, as quais precedem a entrada destes sujeitos no sistema formal de saúde.

No que concerne à relação entre a automedicação e o atraso no diagnóstico da TB, um estudo desenvolvido na Etiópia revela que os pacientes que visitaram inicialmente serviços de saúde não formais e os que se automedicaram tiveram uma demora maior para o diagnóstico da TB, atribuído ao doente, em comparação com aqueles que foram diretamente para serviços de saúde formais.¹⁸

Considerando os modelos de atenção às enfermidades, destaca-se que há uma intensa e constante relação entre as atividades biomédicas e as práticas de autoatenção (principalmente a automedicação) – uma articulação comumente ignorada pela Biomedicina. Ocorre que, se por um lado a medicina estimula o autocuidado, por outro, práticas como a automedicação são fortemente ignoradas, gerando um efeito paradoxal.¹⁹

Outro estudo, desenvolvido no sul da Tailândia, afirma – acerca do efeito de utilização de farmácias sobre o atraso do diagnóstico da TB – que a farmácia foi o local mais comum da primeira visita do doente após o início dos sintomas (43%); até 12% dos doentes que se automedicaram e aqueles que recordavam detalhes dessa visita informaram que os medicamentos recomendados foram antitussígenos, mucolíticos, broncodilatadores e antibacterianos, mas nenhum citou a indicação de tuberculostáticos.²⁰

No primeiro relato expressa-se também o imediatismo como característica marcante na busca por alívio sintomático frente a TB. Esse sentido tem relação com o paradigma tecnocrático vigente no campo das ciências da saúde, segundo o qual intervenções com ênfase em resultados em curto prazo são privilegiadas e descrevem uma poderosa força motivacional, chamada de “imperativo tecnocrático”.²¹

O dizer [...] *se nós não sabemos o diagnóstico da enfermidade nós não vamos conseguir* traz um sentido de sobreposição do saber médico, materializado no esclarecimento diagnóstico, ao saber popular. Os efeitos de sentido advindos do discurso bio-

médico centralizam a ação médica no diagnóstico das doenças, hipertrofiando a diagnose e gerando processos de apagamento e desindividualização dos sujeitos doentes, cada vez mais, vistos como unidades homogêneas.²²

Sobre a percepção do adoecimento por TB e busca por recursos de diagnóstico, um sujeito diz: *no início, eu não sabia realmente que eu tava doente e que era tuberculose. É, eu ficava curioso para saber o que era, entendeu? E a partir do momento em que eu fui piorando, cada vez mais, eu procurei. Foi lá no presídio, falei com o médico e o médico também não soube explicar o que era. Aí foi quando eu passei três dias colocando sangue pra fora, aí eles me levaram, trouxeram para o hospital. Quando chegou aqui, que foi diagnosticado que eu tava com a tuberculose (S06).*

Como um acontecimento discursivo, a procura por uma assistência médica motivada pela percepção de um estado clínico grave pode sustentar-se em formações discursivas atualizadas na incorporação do modelo tecnocrático, que atribui destaque à medicina curativa.²¹ Os sentidos aí presentes estariam colonizados por uma lógica eminentemente economicista, expressada no elevado consumo de máquinas, equipamentos e instrumentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia.²³

Produzindo deslizamentos de sentidos a partir da ideia “óbvia” de que o diagnóstico da TB em presídios é mais fácil, por estarem todos os presos ao fácil “alcance” das intervenções de saúde, compreende-se que os obstáculos para a detecção de casos da doença no sistema prisional são múltiplos. Pode-se destacar, principalmente, a subvalorização de sinais/sintomas da TB num ambiente violento, onde a preocupação com a sobrevivência é prioritária. Além disto, o risco de estigmatização e segregação estão presentes, considerando a importância da proteção gerada pelo pertencimento grupal e a fragilidade decorrente do reconhecimento da doença em um ambiente onde a imagem de força é fundamental.²

No relato anterior, a hemoptise, como prova exteriorizada de um estado clínico grave, funciona como um fator de priorização, usado pelas autoridades penitenciárias para o acesso do doente de TB apenas à assistência de saúde hospitalar. Registra-se também que o profissional de saúde, que recebe este doente no presídio, não desenvolve uma investigação clínica adequada. A associação desses fatores é potencialmente favorável à ocorrência de atraso no diagnóstico da TB, bem como ao aumento do risco de óbito pela doença.

Autores afirmam que o retardo do diagnóstico da TB atribuído ao médico pode mostrar o nível de conhecimento sobre a doença entre profissionais da saúde e a eficácia do Programa de Controle da TB para o diagnóstico precoce.²⁴ Em relação ao manejo inadequado da doença e à desqualificação da interação entre o profissional da saúde e o paciente para a efetividade do diagnóstico da TB, compreende-se que é importante, no sistema penitenciário, investir na contratação de recursos humanos qualificados, no desenvolvimento de busca ativa de sintomáticos respiratórios, na prevenção e tratamento de co-morbidades, implantação de Tratamento Diretamente Observado (TDO) para a TB, bem como outras ações relacionadas com a vigilância à saúde.

Um sujeito do estudo relata: *não era um posto de saúde. Era um hospital. Uns médico que eu fui duas, três vezes, até quatro vezes, eles falavam 'ah, isso é gripe. Isso é dor de cabeça', sempre passavam uma elaboração, uma injeção e me mandava, encaminhava pro presídio e eu fui enfraquecendo [...] os exames [para diagnóstico da TB] que eu fiz, todos, todos, nenhum chegou pra mim ver [...] Só falavam [os médicos] mesmo 'não, tá bem', 'não, tá melhor', 'vá pra, vá pro presídio. Quando chegava no presídio, tava doente de novo. Cada dia que se passava, eu arriava, voltava. O médico, de novo [...] "você não tem nenhum problema" (S01).*

Essa negação da experiência da doença do sujeito presidiário é mais uma forma de apagamento presente em uma instituição de vigilância, controle e confronto de forças.¹⁶ Encontra-se nesse fato linguístico um sentido expressivo de subordinação do reconhecimento da doença ao saber médico. Não existem aí processos de *empowerment* do doente de TB apenas com a finalidade de desenvolver o protagonismo do mesmo no desenvolvimento do projeto terapêutico.

Sobre a assistência de saúde nos presídios ao doente de TB, um sujeito diz: *[...] ele [o médico] vai, tipo, conformando você com remédios que não tem nada a ver, comprimidos. A tuberculose não tem comprimido certo em presídio, primeiramente pra você tomar esses comprimidos tem que passar pelo médico e lá eles me davam dipirona, Anador®, muito antiinflamatório [...]. Mas quando eu vim fazer os exames constou conscientemente a tuberculose (S05).*

Esse relato expressa fragilidades na assistência ao doente de TB apenas em questões de diagnóstico. A conformação exercida pelo médico sobre o doente revela o sentido de poder-saber que a biomedicina, legitimada socialmente, detém e administra, valendo-se do mesmo para a produção crescente de medicalização da vida humana e das

relações de assujeitamento inscritas em formações históricas e discursivas específicas.

O dizer *a TB não tem comprimido certo em presídio* expressa a inadequação do tratamento da TB dentro do sistema prisional – um gesto de interpretação reforçado pelo sujeito, quando o mesmo afirma que, após a realização de exames fora do presídio, a TB foi diagnosticada adequadamente e, nos dizeres do sujeito, *"conscientemente"*. Assim, o sujeito do estudo não identifica o presídio como o lugar do diagnóstico *"consciente"* da TB.

As dificuldades para o doente de TB apenas ter acesso ao diagnóstico e tratamento da doença são de ordens diversas. Um sujeito relata: *eu pedi ao diretor pra vir pra o hospital. Mas, só que foi muita luta. Eu passei mais de seis meses pedindo pra conseguir vim [pro hospital] [...] [após ter realizado exames] voltei pra lá de novo. Aí depois pra mim conseguir voltar pra cá foi uma luta de novo. Foi mais uns três meses pedindo (S04). Outro fala: [...] eu vim conseguir tratamento agora, depois de cinco meses (S05). Outro sujeito também expressa as dificuldades enfrentadas: [...] foi difícil para chegar até aqui [hospital], porque como eu estava muito doente, eles alegava viatura, alegava que não tinha custódia para ficar comigo aqui (S07).*

Nesse contexto, percebe-se que as formações discursivas, que circulam no imaginário das pessoas ligadas à vida social nos presídios, estão permeadas por sentidos relacionados a uma elevada carga de dificuldades, sofrimentos e penas para o presidiário.

Neste universo, onde o dizer do detento é interditado, considerando a posição social que ocupa, relações de cuidado são mobilizadas, envolvendo outros atores e papéis. Um sujeito do estudo fala sobre esta questão: *no mesmo dia que vomitei sangue eu fui diretamente ao portão do presídio, chamei o agente e falei pra ele: agente eu estou passando mal porque eu tô vomitando sangue. Então, ele me levou até a direção (S03). Outro diz: era obrigado os agentes dizer, contar a minha situação, o enfermeiro, os demais que se encontrava comigo dentro do pavilhão dizer que eu tava doente. Contar a minha situação (S07). Ocorre que – diz outro sujeito: o enfermeiro do presídio, nem é enfermeiro mesmo, é enfermeiro preso, igual a eu. Que aquele era um que tem leitura (S02).*

As causas de atraso no diagnóstico da TB em sistema prisional são diversas, mas todas contextualizadas na experiência do adoecimento em uma instituição disciplinar, redutora de autonomias, bem como em formações discursivas que definem papéis (por construção social) e motivam visões acerca dos sujeitos no interior da rede penitenci-

ária. O trabalho de colocar o dito em relação ao não dito dos doentes de TB apenados é bastante revelador para uma compreensão profunda da problemática aqui abordada.

CONCLUSÃO

O dispositivo analítico do estudo destaca as condições de produção do dizer (e não dizer) do doente de TB apenado no que se refere às causas de atraso no diagnóstico da TB. Ao contextualizar estes fatores em formações discursivas circulantes no espaço social, em referência à instituição prisional, empreende-se um deslocamento da identificação para a compreensão das referidas causas.

Aos sujeitos do estudo priva-se, mediante regulações, o direito constitucional à saúde e, nas unidades prisionais, processos de assujeitamento são constantemente produzidos no cotidiano vi-
vencial dos doentes de TB apenados.

A punição e a vigilância nas prisões geram sentidos de repressão e disciplina sobre a materialidade linguística do doente de TB apenado. O presídio é identificado como um lugar de morte, de sofrimentos, de preocupações. Ao hospital, por sua vez, atribui-se a representação de lugar da vida, da saúde, do cuidado.

O processo regulatório do acesso do doente de TB apenado às práticas assistenciais para o diagnóstico da doença revela linhas de poder e administração de gestos de interpretação dentro da realidade social das penitenciárias.

O estudo sustenta que a saúde, como um direito do cuidado ético-humano e de cidadania, quando simbolicamente aprisionada, produz o cenário no qual se firmam as causas diversas de atraso no diagnóstico da TB.

Considerando as ações de diagnóstico da TB em presídios, o estudo sugere avanços nas ações de busca de sintomáticos respiratórios, com sentido de vigilância, que possibilitem o diagnóstico precoce da TB em penitenciárias, somados a melhoria da qualidade da assistência de saúde nos presídios e da articulação com outros serviços da rede de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Ago; 24(8):1887-96.
2. Sánchez AR, Camacho LAB, Diuana V, Larouzé B. A tuberculose nas prisões: uma fatalidade? *Cad Saúde Pública*. 2006 Dez; 22(12):2510.
3. Sánchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J, et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2007 Mar; 23(3):545-52.
4. Sánchez AR, Diuana V, Larouzé B. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. *Cad Saúde Pública*. 2010 Mai; 26(5):850.
5. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med*. 2010 Dec; 7(12):e1000381.
6. O'Grady J, Maeurer M, Atun R, Abubakare I, Mwaba P, Bates M, et al. Tuberculosis in prisons: anatomy of global neglect. *Eur Respir J*. 2011; 38(4):752-4.
7. Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 3(15):194-9.
8. Blanc L, Floyd K. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Switzerland (SW): World Health Organization; 2009.
9. Mfinanga SG, Mutayoba BK, Kahwa A, Kimaro G, Mtandu R, Ngadaya E, et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:158.
10. Mesfin MM, Newell JN, Walley JD, Gessesew A, Madeley RJ. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2009; 9:53.
11. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas (SP): Pontes; 2009.
12. Pêcheux M. O discurso: estrutura ou acontecimento? Campinas (SP): Pontes; 2002.
13. Courtine JJ. Définition d'orientations théoriques et construction de procédures en analyse du discours. *Philosophiques*. 1982; 9(2):239-64.
14. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação na área da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
15. Aiach P, Kaufmann AE, Waissman R. La enfermedad grave: aspectos médicos y psicosociales. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill; 1990.
16. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis (RJ): Vozes; 1977.
17. Santos MLSG, Villa TCS, Vendramini SHF, Gonzáles RIC, Palha PF, dos Santos NSGM, et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Jan-Mar; 19(1):64-9.

18. Yimer S, Bjune G, Alene G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2005; 5:112.
19. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(1):185-207.
20. Rojpibulstit M, Kanjanakiritamrong J, Chongsuvivatwong V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006; 10(4):422-8.
21. Davis-Floyd R. El modelo tecnocrático en medicina. In: Davis-Floyd R. *Del medico al sanador.* Buenos Aires: Creavida; 2004. p. 23-60.
22. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(1):195-206.
23. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo (SP): Hucitec; 2003. p. 125-133.
24. Mirsaeidi SM, Tabarsi P, Mohajer K, Falah-Tafti S, Jammati HR, Farnia P, et al. A long delay from the first symptom to definite diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Arch Iran Med.* 2007; 10:190-3.

Correspondência: Káren Mendes Jorge de Souza