

## **OS DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O DOENTE DE TUBERCULOSE: REPRODUÇÃO E RESISTÊNCIA**

Fernando Mitano<sup>1</sup>  
Filomena Elaine Assolini<sup>2</sup>

### **INTRODUÇÃO: CONCEITOS CENTRAIS**

Neste trabalho, trazemos resultados parciais de pesquisa científica que investiga, à luz das contribuições teórico-metodológicas dos estudiosos Pêcheux e Foucault, discursos sobre o doente de Tuberculose (TB), doença que constitui problema mundial de saúde pública. Atualmente, vinte e dois países fortemente afetados pela doença contribuem com cerca de 80% do total dos casos (WHO, 2014). Para combater a doença, medidas e estratégias concernentes ao tratamento de TB e as formas de se lidar com o doente foram concebidas e propagadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que aconselha aos países a elas aderir.

A observação e a problematização do interdiscurso concernente a essas medidas e estratégias, bem como da relação entre o sujeito profissional de saúde (médico, enfermeiro, “clínico”) e o sujeito doente da TB levou-nos a construir o pressuposto de que tais medidas e estratégias funcionam como “discursos sobre” a doença e o doente, contribuindo para a instauração dos “discursos da verdade” (FOUCAULT, 2000).

No *Collège de France*, em sua cátedra referente à História dos Sistemas de Pensamento, Foucault desenvolveu, através de seus métodos arqueológicos e genealógicos, reflexões críticas de como se entrecruzam, historicamente, as relações entre o saber e o poder. O filósofo francês se ateve, historicamente, sobretudo, à transição da época clássica à modernidade. A ênfase neste período, que marca a passagem do Iluminismo para o século XIX, representou o período de

---

<sup>1</sup> Doutorando em Enfermagem de Saúde Pública - USP. Professor da Universidade Lúrio (UniLúrio) - Moçambique.

<sup>2</sup> Professora Doutora da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

ascensão da Ciência, que, sob os pressupostos metodológicos positivistas e empiristas, impôs-se institucionalmente como produtora de verdades. O saber agora deve ser provável, no sentido de ser provado, e, para assim ser reconhecido, deve possuir um objeto passível de observação, experimentação e análise (FOUCAULT, 2014). Na obra *O nascimento da clínica*, Foucault busca compreender a racionalidade anátomo-clínica que permeou a consolidação do saber médico na modernidade, donde o principal objeto investigativo se configura na doença ou no corpo do ser que adocece (FOUCAULT, 1977).

Cumprir notar que, sob a luz de estudos nitscheanos, Foucault (1988, 2001) afirma que a verdade não pode ser entendida como única, fixa e estável, mas como verdades que são constantemente construídas e postuladas para certos momentos, em dados lugares. Sendo assim, se existem escolhas, a verdade já não pode ser uma. Todo discurso é visto funcionando como regimes de verdade. A verdade está, circularmente, ligada a sistemas de poder, que a produzem e a apóiam e, também, está relacionada a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem. Destacamos que as relações que se estabelecem entre os sujeitos e os discursos são sempre inevitavelmente relações de poder, que circulam e se encontram disseminadas no interior de suas malhas e tramas.

Considerando as contribuições de Pêcheux (1993,1995) para os estudos do discurso, destacamos que entendemos discurso como efeito de sentidos entre interlocutores sócio-historicamente determinados. Assinalamos, também, fundamentados em Pêcheux (1995), compreendemos que o sujeito é falado tanto pela ideologia como pelo inconsciente. Lembramos que o discurso é atravessado por outros discursos, por vozes exteriores que o constituem.

## **ASPECTOS METODOLÓGICOS: ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE A CONSTITUIÇÃO DO CORPUS**

Nosso *corpus* é constituído por recortes de entrevistas semiestruturadas, realizadas com quinze profissionais de saúde, que ocupavam a posição de sujeito “coordenadores” e “clínicos” responsáveis diretamente pela observação do paciente no processo de consumo dos medicamentos para a cura da doença. Esses

profissionais integravam o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em Moçambique-África, onde foram entrevistados, no segundo semestre de 2014. Cumpre mencionar que as entrevistas foram-nos concedidas após o cumprimento de todas as etapas burocráticas, exigidas pela Comissão Nacional de Bioética de Moçambique. A realização das entrevistas possibilitou-nos construir vasto arquivo, entendido aqui como “(...) campo de documentos pertinentes e adequados sobre determinada questão” (PÊCHEUX, 1997, p. 57).

No período correspondente ao segundo semestre de 2014, analisamos o material bruto, entrevistas e suas condições de produção. Desse material, selecionamos inúmeros recortes para análise, sendo que quatro deles foram escolhidos para o presente Seminário.

A partir dos recortes decorrentes das entrevistas, originaram-se as “Sequências Discursivas de Referência”, SDR, (COURTINE, 1981, p. 25). Essas sequências foram selecionadas tendo em vista as indagações e os objetivos de nosso estudo.

Valemos do paradigma indiciário, tal como proposto por Ginzburg (1989), para buscar as pistas linguístico-discursivas que foram por nós perscrutadas, permitindo-nos delinear as regularidades discursivas dos dizeres dos sujeitos, as formações discursivas em que se inscrevem e suas respectivas formações ideológicas.

Dando continuidade, vamos nos concentrar e nos aventurar pelos caminhos do discurso.

## **ANÁLISES DISCURSIVAS: BUSCANDO OLHAR PARA ALÉM DAS EVIDÊNCIAS DE SENTIDO**

**Recorte nº1.** “O doente com suspeita de TB é observado numa consulta normal, é-lhe pedido o exame de Bacilo de Koch (BK), quando o BK é positivo o doente é acompanhado ao sector do PNCT. Depois de iniciar o tratamento na fase intensiva, este doente é acompanhado diariamente ou dependendo do local onde estiver é acompanhado diretamente ao local da unidade sanitária até ao final do tratamento” (Sujeito Coordenador e Clínico).

**Recorte nº2** “Nós temos os nossos voluntários que nos ajudam na comunidade. São eles que procuram pacientes com tosse e entregam

escarradores. Trazem aqui e submetemos à análise no laboratório". (Sujeito Clínico).

**Recorte nº3** "(...) eles diagnosticam o doente, mmm ..., pediu a baciloscopia na triagem, o paciente é aquilo que é, e o clínico encaminha ao sector do PNCT". (Sujeito Coordenador).

Inicialmente observamos que os sujeitos afetados pelo bacilo não são identificados pelo nome, sobrenome, cognome, apelido ou iniciais. São discursivizados como "o doente", o que nos permite pensar na inscrição dos profissionais da saúde em formações discursivas nas quais vigoram estigmatizações sobre a doença, como, por exemplo: a TB estaria associada a maus comportamentos tais como a prostituição, o consumo de álcool e outras drogas, a ausência de higiene, e à pobreza.

Nos três recortes, é possível notar a forte presença do discurso médico, que, nesses casos, apresenta-se com traços autoritários. As sequências discursivas é observado, é-lhe pedido, é acompanhado, submetemos a análise no laboratório, pediu a baciloscopia indiciam que os profissionais de saúde entendem-se como sujeitos detentores de saberes específicos, o que lhes permitiria ocuparem posições hierárquicas superiores aos sujeitos acometidos pela TB.

Enunciados a partir de posições institucionalmente reconhecidas e socialmente valorizadas (coordenador, clínico), os saberes específicos produzem efeitos de sentido de "discursos da verdade" (FOUCAULT, 1995, 2000), sendo imaginados e tratados pelos sujeitos doentes que padecem de TB como discursos irrefutáveis, quase definitivos.

Foucault (1995) nos mostra que o poder não se exerce sem saber, assim como não é possível que o saber não engendre poder; um produz o outro. O filósofo postula também que o poder funciona e se exerce em rede, ou seja, nunca está localizado especificamente neste ou naquele lugar, aqui ou ali. O poder, tal como pensado pelo autor, é de caráter relacional, sendo exercido e não possuído (FOUCAULT, 1995).

Podemos dizer também, que, nos três recortes, os dizeres das posições de sujeito coordenador e clínico, clínico e coordenador são formulados a partir de um

imaginário segundo o qual o sujeito doente deveria submeter-se resignadamente às orientações e ordens e médicas. As ações de observar, pedir, acompanhar, submeter, analisar, nessas condições de produção, permitem-nos pensar que os profissionais de saúde inscrevem-se em formações discursivas que colocam o doente na posição de sujeito que deve obedecer e submeter-se ao que lhe é proposto ou oferecido. A citação abaixo corrobora com a nossa argumentação:

O movimento rumo a uma relação de dominação por parte do terapeuta sobre o paciente se apresenta mais comum na prática clínica de viés tradicional ligada diretamente ao discurso médico pedagógico, que pretende o terapeuta como detentor de um saber e o paciente submisso ao tratamento clínico, ou seja, esse pesadelo estabelece relações de dominação bem definidas com papéis hierárquicos bem marcados e imutáveis, em princípios (BARONI & CUNHA, 2008, p. 687).

Cumpramos ressaltar que esses profissionais de saúde (re)produzem seus saberes médicos e clínicos e dizeres a partir do interdiscurso concernente às Ciências Médicas e, também, a órgãos que se ditam o que se deve ou não fazer com a doença, os doentes, como devem proceder os hospitais e profissionais da saúde, quais classificações devem ser seguidas, dentre inúmeras outras orientações e ordens. Cumpramos dizer que entendemos interdiscurso como sendo a “(...) região de encontros e confrontos de sentidos” (GREGOLIN, 1997, p. 52). Ainda de acordo com a pesquisadora, a interpretação alimenta-se dessa contradição que caracteriza esse espaço, o interdiscurso.

Dando prosseguimento, gostaríamos de nos ater à sequência discursiva do recorte número 1. Tal sequência diz respeito à preconização de exames clínicos aos sujeitos supostamente infectados: é-lhe pedido o exame Bacilo de Koch (BK), confere à posição sujeito profissional da saúde conhecimentos sobre o doente e a sua doença. O exame, aqui pensado como dispositivo de poder, permite qualificar, evidenciar, controlar e ditar o que deve ou pode ser feito pelo sujeito doente. Como nos ensina Foucault (2014, p. 188), “(...) o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder”.

Com o propósito de adensar a presente análise, ressaltamos as críticas do filósofo francês, autor de *Microfísica do poder* (1995) e *Vigiar e punir* (2014), ao entendimento segundo o qual a doença e o doente são pensados e tratados a partir

da racionalidade “anatômico-clínica” (FOUCAULT, 1977). No espaço da Clínica, onde se entrecruzam corpos e olhares, o saber do sofrimento – alocado na subjetividade dos sintomas – é inserido num discurso redutor e objetivante. Sob o poder soberano do olhar empírico da ciência médica, tem-se o espaço da experiência aberto, tão somente à evidência dos conteúdos visíveis. O que cria a possibilidade de uma experiência clínica é justamente a aplicação de um olhar sobre a doença que lhe confere objetividade. Há sempre no corpo doente um *a priori* concreto possível de ser desvelado, nas palavras de Foucault: “(...) a experiência clínica - do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade - foi tomada como um confronto simples, sem conceito, de um olhar sob o corpo” (FOUCAULT, 1977, p.13).

O controle do doente e da doença não é exercício exclusivo dos profissionais de saúde, mas abrange também a instituição familiar, conforme mostraremos no recorte seguinte.

**Recorte nº4** “Nós envolvemos os membros da família; os membros da família controlam o paciente. Primeiro se o quadro clínico do paciente não é grave nós fazemos um pacto com a família e informamos os cuidados a ter com o doente e a ajuda a prestar para ele e isso motiva o paciente a tomar o medicamento até ao fim”. (Sujeito-coordenador).

Observamos que a ação pedagógica e disciplinar estende-se àqueles que ocupam as posições de sujeito “membros da família”, que seriam responsáveis pelo paciente. Nesse caso, a família pode constituir-se um “prolongamento” do poder hospitalar junto do doente. Segundo Gozales (2008, p. 629), para efetivo controle da TB é necessária participação e flexibilidade das equipes médica e familiar, no acompanhamento dos pacientes, podendo a supervisão ser feita no domicílio ou mesmo no local de trabalho. Mobilizados e autorizados pelas equipes hospitalares, os familiares podem também exercer controle sobre o enfermo, que, quase sempre, insere-se em formações discursivas marcadas pela submissão e crença no discurso médico.

A sequência discursiva salientada traz indícios linguístico-discursivos que nos permitem dizer que, nesse caso, a posição sujeito doente é submetida aos ditames das instituições hospitalar e familiar: nós fazemos um pacto com a família, marcadas

pela obediência e crença absoluta no discurso médico. O significante “pacto” instiga-nos a pensar em um esquema reprodutor, ou seja, a família reproduz discursos e ações médicas, a partir de uma memória discursiva. Imaginando-se legitimada para ocupar as posições de sujeito coordenador, clínico, coordenador-clínico, a família, aqui concebida como instituição, inscreve-se em formações discursivas que lhe fazem acreditar que uma de suas funções é a de tornar dóceis, úteis, disciplinados, curados, os sujeitos doentes de TB.

Nessas condições de produção, podemos dizer que tanto os sujeitos doentes quanto os membros familiares ocupam o lugar de “bom sujeito”, realizando o seu assujeitamento sobre a forma do “livremente consentido” (PÊCHEUX, 1995, p. 215). Assinalamos que nessa modalidade, a de “bom sujeito”, o interdiscurso determina a formação discursiva com a qual o sujeito se identifica e esse sujeito sofre cegamente essa determinação (PÊCHEUX, 1995).

## **CONSIDERAÇÕES PARCIAIS: ALGUMAS BREVES CONCLUSÕES**

O discurso médico, em particular o discurso de profissionais da saúde que atuam junto a doentes que padecem de TB exercem diferentes formas de controle sobre o doente. Uma das formas por meio da qual o exercício do poder se efetiva é através dos saberes específicos, institucionalizados e legitimados. Esses saberes circulam nos “discursos sobre” a doença e o doente contribuem para a formação de um interdiscurso em que o sujeito doente é falado, interpretado, vigiado, mas nunca escutado. Esses discursos, que focalizam apenas o que há de visível, aparente, “racional” na doença, (FOUCAULT, 1977).

Observamos um esquema reprodutor, qual seja, os profissionais da saúde reproduzem em seus discursos dizeres e formas de controle do discurso médico, mas também de órgãos como a OMS. As famílias, por sua vez, são chamadas a colaborar com o tratamento, reproduzindo dizeres e dispositivos de vigilância sobre o doente.

Nessas condições de produção, a subjetividade do enfermo é desconsiderada, o que afeta negativamente os modos como (re)significa a doença, o

tratamento e as possibilidades de cura. Nessa linha de pensamento, destacamos que o não reconhecimento da subjetividade do doente por parte dos profissionais da saúde e, em alguns casos, também por parte da instituição familiar pode implicar negativamente no processo de constituição de sua identidade, visto que são imaginados como sujeitos cuja memória discursiva deve ser apagada.

## REFERÊNCIAS

BARRONI, Daiana Paula Mialani ; CUNHA, Cassandra Santiago. Reflexão sobre a resistência na clínica a partir de Michel Foucault. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2008 (4), 682-695.

COURTINE, Jean-Jacques. *Analyse du discours politique*. In: Language, 62: Larouse, Paris: 1981.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo : Edições Loyola, 2000. Tradução de L'Ordre du discours.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização, Introdução de técnica. Tradução de Roberto Machado, 12.ed. Rio de Janeiro : : Graal, 1995.

\_\_\_\_\_. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1977. Tradução de : *Naissance de la Clinique*.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhe. 42a ed. RJ , Vozes, 2014. Tradução de *Surveiller et punir*, 1975.

\_\_\_\_\_. *A verdade e as formas jurídicas*. 2ed. Tradução de R.C. de M. Machado e E.J.Moaris. Rio de Janeiro: Nau. 2001

GINZBURG, Carlo. Sinais, raízes de um paradigma indiciário. In: GINZBURG, Carlo. *Mitos, emblemas e sinais*. Trad. Frederico Carotti: São Paulo: Companhia de Letras, 1989: p.143-179.

GOZALES, R.I.C. Desempenho dos serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para o controle de tuberculose. *Rev. Esc. Enfermagem USP* ; 2008 :42(4):28-34.

GREGOLIN, Maria do Rosário & BARONAS, Roberto(Org). *Análise de Discurso : as materialidades do sentido*. 3 ed. São Carlos : Editora Clara Luz, 2007.

MOÇAMBIQUE – MISNISTÉRIO DE SAÚDE. *Política e Plano Nacional de Controlo da Infecção para a tuberculose em unidades sanitárias e ambientes conglomerados de Moçambique*. Maputo: Ministério da saúde, 2011.



PÊCHEUX, Michel. Análise automática do discurso. Tradução de Eni P.Orlandi. In: GADET, Françoise; HAK, Tony (orgs.) *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. 2.ed. Campinas: Unicamp, 1993. p.61-161. Tradução de: *Analyse automatique du discours*, 1969.

\_\_\_\_\_. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do obvio*. Tradução de Eni P. Orlandi et al. SP: Unicamp, 1995. Tradução de *Les Vérités de la Palice*.

\_\_\_\_\_. Ler o arquivo hoje. In: *Gestos de leitura: da história no discurso*. 2. ed., Campinas,: Editora da UNICAMP, 1997. p. 56-62.

WHO. *Global Tuberculosis control*. Genebra: WHO, 2014.