

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA.  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA.

**NÃO ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE  
UMA PESQUISA QUALITATIVA**

ILSE LISIANE VIERTEL VIEIRA

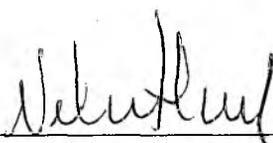
Florianópolis, 1998

**NÃO ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**

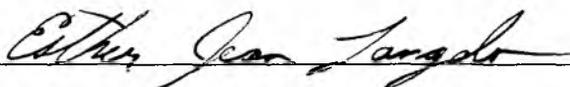
**UMA PESQUISA QUALITATIVA**

**ILSE LISIANE VIERTEL VIEIRA**

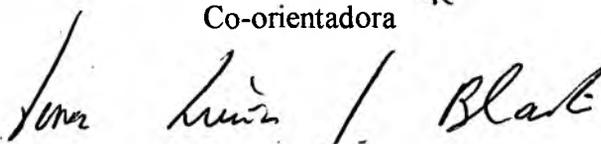
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



Prof. Nelson Blank, Dr.  
Orientador <sup>OK</sup>

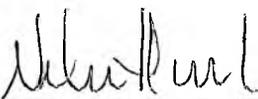


Prof.<sup>a</sup> Ester Jean Langdon, Dr.<sup>a</sup>  
Co-orientadora <sup>OK</sup>

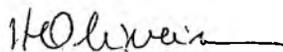


Prof.<sup>a</sup> Vera Lúcia Guimarães Blank, Dr.<sup>a</sup>  
Coordenadora do Curso

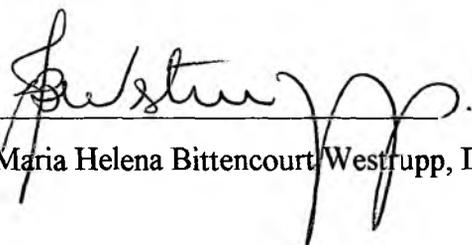
**BANCA EXAMINADORA**



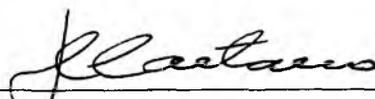
Prof. Nelson Blank, Dr.  
Presidente



Prof.<sup>a</sup> Helenice Bosco de Oliveira, Dr.<sup>a</sup>



Prof.<sup>a</sup> Maria Helena Bittencourt Westrupp, Dr.<sup>a</sup>



Prof. João Carlos Caetano, Dr.

ILSE LISIANE VIERTEL VIEIRA

**NÃO ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE  
UMA PESQUISA QUALITATIVA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-graduação em Saúde Pública. Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Blank.

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>ª</sup> Ester Jean Langdon.

Florianópolis, 1998

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a concretização deste trabalho. Minha especial gratidão para:

Prof. Dr Nelson Blank, pela dedicação em transmitir e seu conhecimento na área da pesquisa e por me possibilitar a busca da qualidade no meu trabalho.

Prof.a. Dra. Ester Jean Langdon por sua experiência e dedicação em transmitir o seu conhecimento na área da Antropologia e da Pesquisa Qualitativa.

Aos meus pais por me incentivarem, não só com o seu apoio afetivo, como também me proporcionando tranquilidade, nos momentos mais difíceis.

Maria Cristiane Viertel e Catia Rosane Viertel, pela atenção e carinho, pelo apoio recebido e pela revisão dos textos.

A José Carlos Vieira, meu marido, pela solidariedade, pela cumplicidade, incentivando-me em todos os momentos

Aos profissionais do Serviço de Pneumologia Sanitária que auxiliaram na coleta de dados e participaram das entrevistas.

## ÍNDICE

RESUMO	06
SUMMARY	07
1. INTRODUÇÃO	08
2. O CONTEXTO DA TUBERCULOSE	11
2.1. A DOENÇA TUBERCULOSE	11
2.2. TUBERCULOSE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	13
2.3. A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO	20
2.4. A NÃO ADERÊNCIA AO TRATAMENTO	24
3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	32
4. OBJETIVOS	38
5. METODOLOGIA	39
5.1. O MÉTODO QUALITATIVO	39
5.2. A COLETA DE DADOS	41
5.3. A CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS	43
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
7. O CONTEXTO DO ESTUDO	45
8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	48
8.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO	49
8.2. DADOS GERAIS A RESPEITO DOS DOENTES	51
8.3. O DOENTE E AS PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA	56
8.4. A PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	79
8.5. A RELAÇÃO ENTRE DOENTE E SERVIÇO DE SAÚDE	87

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
10. CONCLUSÕES	97
11. SUGESTÕES	99
12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	102
ANEXOS:	
ANEXO 1 -ESQUEMA BÁSICO DE TRATAEMNTO DA TUBERCULOSE	109
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO	110
ANEXO 3 - VARIÁVEIS UTILIZADAS NA ANÁLISE	112
ANEXO 4 - RESULTADOS DO ESTUDO	115

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer melhor o doente que não adere ao tratamento da Tuberculose, sua percepção da doença, as diferenças individuais entre doentes que aderem e que não aderem ao tratamento e o seu relacionamento com os profissionais de saúde. Para isso foi realizada uma pesquisa qualitativa junto aos doentes que iniciaram o tratamento da tuberculose no Serviço de Pneumologia Sanitária da Policlínica de Florianópolis, uma vez que este serviço é referência para doentes que residem em Florianópolis e municípios vizinhos. A população entrevistada foi de oito doentes que aderiram ao tratamento, onze que não aderiram, cinco profissionais de saúde e seis familiares. As informações contidas na fala dos doentes, familiares e profissionais de saúde mostram como este grupo percebe a doença tuberculose e como é o relacionamento com os profissionais de saúde. O trabalho porém não permitiu identificar diferenças claras entre os indivíduos que aderem e os que não aderem ao tratamento quanto a percepção da doença tuberculose em relação às suas causas e manifestações clínicas. Quanto a não aderência ao tratamento o problema parece ser explicado principalmente a partir dos aspectos individuais como o fato do doente se sentir curado após alguns meses de tratamento e devido a ingestão da bebida alcoólica.

A partir destas constatações questiona-se a forma com que é realizado o atendimento nos Serviços de Saúde e até que ponto os problemas enfrentados pelo doente para a realização do tratamento da tuberculose estão sendo considerados quando se determina um programa vertical com normas e diretrizes específicas, sem levar em consideração as diferenças e necessidades individuais.

Quanto a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento da tuberculose em relação aos indivíduos que não aderem ao tratamento, as principais causas apontadas foram: a falta de interesse pelo tratamento, caracterizando o doente como relaxado, alcoólatra, ou com outros problemas. E em outros momentos foram apontados fatores externos como a condição social como determinantes da não aderência.

- Palavras chaves: não aderência ao tratamento, percepção de doença, pesquisa qualitativa, tuberculose.

## SUMMARY

The subject of this study is centered on the noncompliance patient of "Tuberculosis" treatment, his understanding of the illness and the individual differences between these patients and the others who follow the treatment, as well as their relationship with the professionals involved in the process.

A qualitative research was designed for the patients who started their treatment at the "Tuberculosis Control Program" of Florianópolis, Santa Catarina. This services is reference to all Florianópolis and its neighborhood.

Eight sick people followed the treatment, 11 did noncompliance it, 5 professionals in the health area and 6 members of these sick people' families were interviewed.

The study could not show clear differences between the individuals who followed it or did not, as well as their understanding in relation to the cases of "Tuberculosis" and its clinical manifestations. The study also revealed a high consumption of alcohol among the patients who did not follow the treatment.

Based on the conclusions, we question the level of the service offered, the procedures of the "Program" and we wonder if the patients' individual differences and needs are taken into consideration when a vertical program is used.

The understanding of the professionals involved with the patients who did not follow the treatment is seen as relaxed, alcohol addiction...External facts as social condition was mentioned as reason for treatment noncompliance.

Key words: noncompliance, understanding of the illness, qualitative research, tuberculosis

## 1. INTRODUÇÃO

A tuberculose continua incontestavelmente a ser um problema de saúde pública, apesar de todos os estudos já realizados, dos tratamentos conhecidos e das teorias apresentadas.

Quando, no século XIX, foi construída uma imagem da doença, a tuberculose foi apresentada como uma manifestação de grandes paixões, não se referindo apenas ao amor, mas à paixão política ou moral. A tuberculose era uma doença que tornava os pulmões úmidos e estes deveriam ser secados. A natureza e o meio ambiente eram causadores de efeitos que podiam ser positivos ou negativos para a doença, pois influenciavam os humores corporais e ajudavam no pronto restabelecimento do enfermo. Acreditava-se que o tuberculoso podia ser ajudado e até curado por uma mudança de ares. (SONTAG, 1984). Posteriormente, a tuberculose passou a ser vista como uma doença da pobreza e da privação, da falta de roupa, dos corpos magros, dos quartos sem aquecimento, da higiene deficiente, da alimentação inadequada.

Muitos estudos e descobertas acerca da doença foram realizados, e sob o entusiasmo dos êxitos alcançados com o emprego de novas técnicas terapêuticas nasceu a ilusão de que a tuberculose seria rapidamente controlada. Porém, nos países em desenvolvimento, alguns fatores relativos a má qualidade de vida, tais como a desnutrição, o analfabetismo, o desemprego, a habitação insalubre, entre outros, continuam contribuindo para a alta incidência e prevalência desta doença. (FUKUDA, 1994; FUKUDA, 1995). Estudos realizados em países em desenvolvimento têm demonstrado que a tuberculose está concentrada nos grupos de mais baixo nível socio-econômico, ou seja, naqueles grupos com menos recursos para enfrentar adequadamente a doença. (MURRAY, STYBLO, ROUILLON, 1990; VIEIRA, 1979).

Assim, organismos nacionais e internacionais vem preconizando critérios epidemiológicos para controlar a Tuberculose confrontando-se, porém, com novas dificuldades tais como a resistência bacteriana, a não aderência ao tratamento por parte do doente e a infecção pelo vírus HIV. E ainda, a modificação do perfil epidemiológico da doença ou a diminuição na queda da incidência da tuberculose em numerosos países, a ameaça de estirpes de *Mycobacterium tuberculosis* multiresistentes e a migração constante fazem com que a tuberculose continue sendo um problema mundial.

As experiências têm demonstrado que os esquemas terapêuticos disponíveis são efetivos em relação ao processo de cura (GERHARDT FILHO & RIBEIRO, 1995), porém, na prática os rendimentos insatisfatórios se devem a problemas políticos, administrativos e sociais.

Tradicionalmente, verifica-se que os doentes abandonam o tratamento antes do término. Atribui-se este fato a muitos motivos: intolerância medicamentosa, remissão de sintomas, dificuldades diversas para o comparecimento à Unidade de Saúde (VIEIRA, 1979). Entretanto, ainda não estão determinados de maneira conclusiva os motivos pelos quais parte dos doentes rejeita o tratamento, se é que realmente rejeita. Igualmente, não são ainda bem conhecidas as maneiras como a tuberculose é percebida enquanto doença e a imagem que a população faz dos serviços de saúde.

Para FOX (1968): O problema atual não consiste em descobrir novos regimes terapêuticos ou novas drogas antituberculosa, e sim, aplicar com êxito as drogas conhecidas. “Esta também foi a linha imprimida pelo NATIONAL TUBERCULOSIS INSTITUTE (1974), estipulando que o essencial em pesquisa seria descobrir qual a melhor maneira de fazer chegar a boca do paciente tuberculoso os atuais tuberculostáticos, ou seja, o essencial em pesquisa seria descobrir qual a melhor maneira de fazer chegar a boca do doente os tuberculostáticos já conhecidos”. (MENDES, RUFFINO FILHO, COSTA, RUFFINO, 1979, p.68).

A isso pode ser incluída uma publicação do Comitê Regional Latino Americano (1972), o qual afirma que as causas da não aderência ao tratamento estariam relacionadas a falta de educação sanitária, a deficientes organizações dos serviços e a fatores sócio econômicos, sendo a educação sanitária apontada como uma das ações que mais se fala e que menos se pratica. Entre o doente e o serviço parece haver uma distância que necessita ser superada. Ela pode estar associada a organização social, ao padrão cultural, não importando qual. Ao serviço de saúde caberia a tarefa de chegar ao doente de maneira assimilável por sua cultura, em busca da saúde, como uma forma de estabelecer um novo comportamento. Um estudo da comunidade, de fundo sócio-antropológico, dirigido as suas características culturais, interesses, crenças, necessidades, recursos e aspirações, permitiria a seleção de formas de abordagem sensíveis, não agressivas, e que assegurassem uma adequada relação entre os doentes e os serviços.

Neste sentido, interessa-nos estudar algumas características dos doentes de tuberculose em Florianópolis, Santa Catarina, em especial, a maneira como eles percebem a

doença e, através da pesquisa qualitativa, analisar a relação entre o serviço de saúde e o doente, para, a partir desta análise, tentar compreender os motivos que levam o indivíduo a não aderir ao tratamento. Para esta pesquisa utiliza-se a não aderência ao tratamento como a não obediência a regras de retorno ao serviço estabelecidas pelo Programa de Pneumologia Sanitária, ou seja, o doente que deixa de comparecer à Unidade de Saúde, por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para o seu retorno é classificado como não aderente.

Sabe-se que o comportamento do indivíduo doente frente a um tratamento é um fenômeno complexo. E apesar da eficácia do tratamento de curta duração para tuberculose (6 meses), ser superior a 95% em um estudo realizado na Singapura, publicado em 1977, combinando rifampicina - isoniazida, administrada duas vezes por semana, (SINGAPORE TUBERCULOSIS SERVICE/ BRITISH MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 1988), muitos doentes ainda morrem por não aderirem ao tratamento.

Um bom sistema de saúde deve buscar e descobrir precocemente os casos de tuberculose e imediatamente introduzir a quimioterapia que, bem conduzida, deve diminuir o período de contagiosidade, as fontes de infecção e o risco de recidivas. Além disso, é possível reduzir o tempo de sofrimento humano, evitando a cronificação da doença, as limitações funcionais e a morte do paciente. Deste modo, as atividades relacionadas com o diagnóstico e tratamento são tão importantes quanto a eficácia dos esquemas terapêuticos (SILVA, 1997).

A expectativa é de que este trabalho possa representar uma contribuição para o serviço de Pneumologia Sanitária do município de Florianópolis, no sentido de motivar uma reavaliação das condutas atualmente adotadas e incentivar a realização de novas pesquisas que venham beneficiar doentes e profissionais de saúde, neste complexo processo de negociação que ocorre em qualquer serviço de saúde, quando indivíduos com concepções diferentes de um mesmo processo patológico devem definir condutas terapêuticas adequadas a ambos. O trabalho é árduo e deve ser realizado com qualidade a fim de que o sonho de “Salvar todos da moléstia outrora aterradora - a tuberculose”, possa se tornar realidade. (WAKSMAN, 1964, p.12).

## 2. O CONTEXTO DA TUBERCULOSE

### 2.1. A DOENÇA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma enfermidade infecto-contagiosa produzida por um agente específico, o *Mycobacterium tuberculosis*, sendo o único cuja transmissão se faz quase que exclusivamente através das vias aéreas superiores. A transmissão se dá a partir de um paciente portador de tuberculose que apresente bacilos no escarro, através do ato de falar, tossir ou espirrar. Os bacilos ao serem aspirados ficam depositados na superfície alveolar, onde se inicia uma sucessão de eventos tanto de natureza morfológica quanto imunológica. (BETHELEM, 1984).

Como a quantidade de bacilos que chega ao alvéolo pulmonar é pequena devido as inúmeras barreiras que o aparelho respiratório oferece, as defesas imunitárias específicas são capazes de detê-los na maioria dos casos. Assim, após a implantação, os bacilos podem permanecer em estado de latência, dormentes durante muito tempo, estabelecendo um equilíbrio entre o seu crescimento e as defesas do organismo. Esta condição explica o aparecimento da tuberculose, quase sempre como uma reativação de um foco primário contido em seu início, e a tuberculose extra-pulmonar. Cerca de 5% das pessoas infectadas pelo bacilo da tuberculose irão adoecer imediatamente; outros 5% irão adoecer durante a vida por reativação endógena. As razões para este adoecimento não são absolutamente claras, embora alguns fatores estejam bem estabelecidos, sendo os mais importantes sem dúvida, os que interferem diretamente na imunidade do hospedeiro. Doenças e condições que debilitam a imunidade, como desnutrição, alcoolismo, idade avançada, stress, AIDS, diabetes, gastrectomias, insuficiência renal crônica, silicose, paracoccidiodomicose, leucoses, tumores, uso de medicação imunodepressora, vício de drogas, etc., constituem fatores que facilitam o adoecimento. Também interferem no adoecimento a carga bacilífera, a virulência e o estado de hipersensibilidade do organismo. (MELO, 1993a).

Se na ocasião da primoinfecção não ocorrer o equilíbrio imunológico, os bacilos recém implantados no parênquima pulmonar ou nos linfonodos continuam a se multiplicar originando as lesões sintomáticas.

Após a primoinfecção, 95% dos indivíduos conseguem bloquear a propagação das lesões, permanecendo os bacilos em estado de latência. Este equilíbrio pode ser rompido levando a reativação do foco ou pode ocorrer uma nova carga bacilar externa

que supere a capacidade de bloqueio, quando se desenvolve a infecção pós-primária. Evoluindo naturalmente as lesões pós-primárias podem se disseminar e levar a óbito mais de 50% dos pacientes, (estas observações foram confirmadas em um estudo de 5 anos da história natural da tuberculose efetuado em Bangalore, Índia, onde 49% dos casos confirmados por bacterioscopia foram a óbito nos primeiros 5 anos), ou se cronificar em cerca de 25 a 30% deles. Se a imunidade está íntegra, pode haver cura natural do processo em cerca de 20% dos doentes. (MURRAY, 1990, MELO, 1993a).

As características dos doentes que eliminam os bacilos e dos comunicantes, bem como as suas relações, interferem favoravelmente ou desfavoravelmente na transmissão da tuberculose. Os doentes com a forma pulmonar positiva constituem a fonte principal de disseminação da doença.

O tempo de exposição necessário para uma infecção bem sucedida, é entre 200 e 400 horas, dependendo das características do foco e da intensidade do contato. A proximidade (mesma cama, mesmo quarto, mesma casa) e o parentesco (mãe, pai, irmão e outros parentes que tem contato intenso com o doente) guardam relação direta e estatisticamente significativa com infecção e doença entre os comunicantes. (MELO, 1993a). O número de indivíduos infectados por um caso com baciloscopia positiva, depende dos padrões sociais de interação e da estrutura familiar, não exclusivamente do risco de infecção. (MURRAY, 1991). O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura por tratamento é outro fator que irá determinar o período de exposição dos contatos. Pôr exemplo, um estudo realizado nos Estados Unidos verificou uma média de 74 dias entre o início dos sintomas e a busca de um serviço de saúde (ASCH et al, 1998,). Estima-se que uma fonte de infecção com baciloscopia positiva não diagnosticada e não tratada, poderia infectar em torno de 10 a 14 pessoas por ano. E quanto aos que são diagnosticados e tratados, antes de ser detectada a doença, um caso com baciloscopia positiva infectará 2 ou 3 pessoas em países desenvolvidos e 4 a 5 pessoas em países em desenvolvimento. Esta diferença ocorre devido ao maior número de contatos diretos existentes nos últimos. Depois da aplicação de uma quimioterapia adequada nenhum dos contatos será infectado. (MURAY, 1990, CANTWELL et al, 1998).

Por outro lado, infecção e doença são mais frequentes entre os contatos de baixa idade, idosos, indivíduos com doenças ou condições imunossupressoras e/ou tuberculino-negativos. Esta última condição explica porque um foco de tuberculose bacilífera infecta muito menos pessoas em um país de maior prevalência da doença (também

com maior prevalência de infectados) do que num outro com maior controle da doença (e menor prevalência de infectados). Isto é, a presença da hipersensibilidade protege o indivíduo da reinfecção exógena por partículas com um pequeno número de bacilos. Nos países desenvolvidos, a alta incidência da AIDS, a maior expectativa de vida e a menor prevalência de infectados facilitam a infecção e o adoecimento, permitindo o recrudescimento da doença. (MELO, 1993a).

Os sintomas mais comuns na tuberculose são: inapetência, emagrecimento, tosse com expectoração e febre. O diagnóstico é confirmado por baciloscopia, cultura e outros exames complementares. (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 1995).

Embora o bacilo causador da Tuberculose seja conhecido desde 1882, a vacina esteja disponível desde 1912 e existam medicamentos específicos para o tratamento desta doença, ela constitui ainda um grave problema de saúde pública mundial. (OBREGON, 1997), infectando cerca de cem milhões de pessoas a cada ano.

## 2.2. TUBERCULOSE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Em 1990, em todo o mundo, adoeceram oito milhões de indivíduos e morreram por esta doença cerca de 2,6 milhões. Destes 8 milhões, estima-se que 564.000 ocorreram na América Latina, 1.400.000 na África, 2.500.000 no sudeste da Ásia, 2.566.000 no Pacífico ocidental, 570.000 no Mediterrâneo Oriental e 400.000 em países industrializados como Estados Unidos, Canadá, Japão, Austrália, Nova Zelândia e Europa. (OBREGON, 1997).

No Brasil, cerca de 35 a 45 milhões de habitantes estão infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A estimativa da prevalência da infecção tuberculosa no Brasil foi feita com base nos inquéritos de prevalência, composição demográfica brasileira e tendência de infecção tuberculosa. Assim, espera-se a ocorrência de 100 mil novos casos por ano, devendo morrer cerca de 4 a 5 mil pessoas. Ainda assim, o país encontra-se em uma posição intermediária, melhor que a média do mundo, embora considerada severa pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). (GERHARDT FILHO & HIJAR, 1993)

O Brasil, com um risco de infecção da ordem de 0,5% ao ano em 1990, fica distante dos mais baixos registrados no mundo. Os países desenvolvidos têm risco de infecção igual ou inferior a 0,1% e em países mais subdesenvolvidos esta cifra cresce para 2% a 2,5% ao ano. Os menores riscos de infecção encontram-se na Holanda, nos países nórdicos da Europa e no Canadá e os maiores riscos nos países africanos e no sudeste asiático. (GERHARDT FILHO & HIJAR, 1993).

A distribuição geográfica da tuberculose guarda relação com o nível socio-econômico do país, alcançando maiores taxas de incidência nos países cuja população está mais sujeita à desnutrição e precárias condições de habitação. (SOUZA, et al, 1992). O modelo de desenvolvimento adotado pelo Brasil criou uma concentração de renda que agravou a miséria em que vive parcela importante da população. A ausência de reforma agrária, o desemprego, a baixa remuneração na mão-de-obra não especializada criaram bolsões de pobreza nas áreas urbanas levando à desnutrição e a fome endêmica. Nesta situação, a tuberculose encontra condições muito favoráveis, permitindo seu agravamento. (GERHARDT FILHO & HIJAR, 1993, HIJAR, 1985).

Em termos históricos, a OMS estima que desde o início da pandemia da infecção pelo HIV no mundo, 450 000 pessoas foram infectadas pelo vírus do HIV e pela tuberculose na América Latina, sendo a tuberculose a terceira doença oportunista mais freqüente (19,9%), superada apenas pela candidíase e pela pneumocistose. Isto provavelmente ocorreu porque nos últimos anos a infecção pelo HIV passou a acometer grupos populacionais com uma prevalência mais elevada de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, tais como usuários de drogas injetáveis e grupos de baixa renda. (KRITSKI et al, 1995).

Os primeiros informes norte-americanos que se ocupam do problema da tuberculose associada a AIDS, datam de 1984. Porém, foi em 1986 que se observou a importância da infecção pelo HIV na situação epidemiológica da tuberculose. (ROUILLON, 1991).

STYBLO (1989) menciona que a infecção pelo HIV foi o fator que mais alterou o equilíbrio entre o homem e o bacilo de Koch, nos últimos 100 anos, e que o fator decisivo para a deterioração da situação epidemiológica da tuberculose em qualquer região

do país, estará diretamente relacionada com o risco anual de infecção e com a tendência da disseminação da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* e da infecção pelo HIV. Neste sentido, nas regiões onde a taxa de infecção pelo HIV e pelo *Mycobacterium tuberculosis* são elevadas, é mandatário diagnosticar precocemente e iniciar o tratamento contra tuberculose, assegurando meios para manter baixas as taxas de abandono. Somente assim será possível manter a queda proporcional do risco de infecção pela tuberculose e minorar o impacto da infecção pelo HIV sobre a tuberculose.

Para a próxima década a OMS estima que noventa milhões de indivíduos adoecerão de tuberculose em todo o mundo. A contribuição do Brasil para o aumento de casos no mundo é importante, sendo que em 1994 foram notificados 75.759 casos novos e em 1995, 88.900 (Tabela 1). No ano de 1996 a região Norte apresentava um coeficiente de incidência de 60,81 casos por 100000 habitantes, o Nordeste contribuía com uma incidência de 55,22 casos por 100000 habitantes, a região Sudeste com 59,68 casos por 100000 habitantes, a Centro - Oeste com 36,12 casos por 100000 habitantes e o Sul com 37,82 casos por 100000 habitantes. (FNS, 1997).

O Estado de Santa Catarina ocupa uma posição privilegiada em relação aos demais, uma vez que seu coeficiente de incidência em 1996 foi de 29,80 casos por 100000 habitantes, superior apenas aos estados do Paraná e Goiás. No entanto, ainda é uma elevada incidência se comparada aos países desenvolvidos.

**Tabela 1. Coeficiente de incidência da Tuberculose, todas as formas, por 100.000 habitantes. Brasil, 1985 - 1995.**

<b>Ano</b>	<b>Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes</b>
1985	62.2
1986	60.2
1987	57.3
1988	57.9
1989	53.4
1990	48.2
1991	49.4
1992	57.7
1993	53.2
1994	53.5
1995	58.6

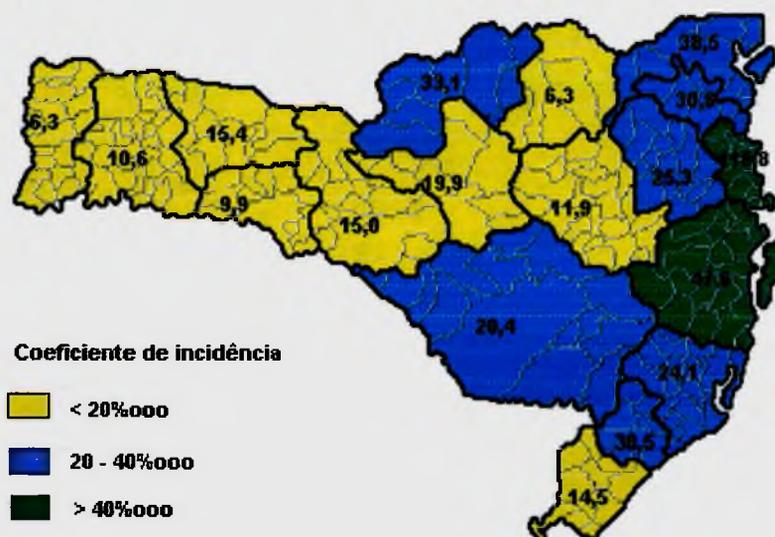
#### SES/DIVE

O coeficiente de incidência de tuberculose, incluindo todas as formas de apresentação no estado de Santa Catarina nos anos de 1995 e 1996 foi de 29,8 casos por 100000 habitantes, sendo a incidência de tuberculose pulmonar positiva de 14,6 por 100.000 habitantes em 1995 e de 15,2 por 100.000 habitantes em 1996, e a mortalidade por tuberculose de 1/100.000 habitantes em 1995. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1997).

Assim como no Brasil, a distribuição dos casos em Santa Catarina também não é homogênea, conforme podemos observar na Figura 1 algumas Regionais de Saúde apresentam coeficientes de incidência de até 118,8 casos por 100000 habitantes como a Regional de Saúde do Foz da Rio Itajaí a qual pertencem os municípios de Balneário Camboriú, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Piçarras e Porto Belo. Outras como a do Alto Uruguai Catarinense (Arabutá, Arvoredo,

Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Jaborá, Lindoia do Sul, Piratuba, Peritiba, Presidente Castelo Branco, Seara e Xavantina) com um coeficiente de 9,9 casos por 100000 habitantes ou ainda mais baixos como a do Extremo Oeste de Santa Catarina (Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Descanso, Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Itapiranga, Mondai Palma Sola, Paraíso, Princesa, Riqueza, Romelândia, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel do Oeste, Santa Helena e Tunápolis) que em 1996 apresentou uma incidência de 6,3 casos por 100000 habitantes, para todas as formas de tuberculose. Na Figura 1 podem ser verificadas estas desigualdades. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 1997).

**Figura 1. Coeficiente de Incidência de Tuberculose por 100.000 habitantes., segundo Regional de Saúde - Santa Catarina, 1997**



Fonte: SES/DIVE

Os coeficientes de incidência de Tuberculose para a forma pulmonar positiva em Santa Catarina nos últimos anos são apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2. Coeficiente de incidência - Tuberculose pulmonar positiva,  
Santa Catarina 1986 - 1996.**

<b>Ano</b>	<b>Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes</b>
1986	13.00
1987	12.37
1988	13.96
1989	12.75
1990	14.6
1991	15.57
1992	15.29
1993	14.77
1994	15.80
1995	14.41
1996	15.20

SES/DIVE

A descoberta de casos novos no ano de 1996 atingiu 83,0% da meta prevista, ou seja 1.450 casos novos em todo o estado, dos quais 298 não completaram o tratamento. (ESTADO DE SANTA CATARINA, 1997).

A Tabela 3 mostra os coeficientes de incidência para os municípios da Grande Florianópolis no ano de 1996, dos quais Florianópolis foi o maior.

**Tabela 3. Municípios da grande Florianópolis e respectivos coeficientes de incidência da Tuberculose por 100.000 habitantes, (todas as formas), 1996.**

<b>Município</b>	<b>Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes</b>
<b>Florianópolis</b>	<b>56.0</b>
<b>Águas Mornas</b>	<b>25.0</b>
<b>Palhoça</b>	<b>53.6</b>
<b>Tijucas</b>	<b>27.2</b>
<b>São João Batista</b>	<b>7.6</b>
<b>Garopaba</b>	<b>20.0</b>
<b>São José</b>	<b>44.6</b>
<b>Biguaçu</b>	<b>15.0</b>
<b>Governador Celso Ramos</b>	<b>10.0</b>
<b>Santo Amaro</b>	<b>7.1</b>
<b>Rancho Queimado</b>	<b>50.0</b>

#### **SES/DIVE**

Deve-se observar que nem todos os municípios que apresentam casos notificados possuem um serviço específico para o tratamento do doente de tuberculose. Muitos deles encaminham seus doentes para tratamento em Florianópolis, dentre eles os municípios de Palhoça, Biguaçu e São José.

No município de Florianópolis, em 1996, foram notificados 163 casos de tuberculose, sendo 47,53 % da forma pulmonar positiva e 52,47% de outras formas. E em 1997 o total de casos de tuberculose notificados foi de 321, sendo 78,5% da forma pulmonar positiva e 21,5% de outras formas (Secretaria de Estado da Saúde, 1998). Na Tabela 4 é possível observar as variações existentes nos coeficientes de incidência por tuberculose entre 1986 e 1996 em relação a todas as formas e a forma bacilifera em particular.

**Tabela 4. Coeficiente de Incidência de Tuberculose por 100.000 habitantes. Florianópolis - Santa Catarina, 1986 - 1996.**

<b>Ano</b>	<b>Bacilíferos - Coeficiente de Incidência por 100.000 hab.</b>	<b>Todas as Formas - Coeficiente de Incidência por 100.000 hab.</b>
1986	32.4	71.2
1987	23.6	54.9
1988	19.6	46.7
1989	19.5	48.5
1990	22.5	54.2
1991	27.8	62.3
1992	28.0	62.7
1993	38.4	75.7
1994	27.6	61.8
1995	33.2	62.7
1996	26.6	56.0

SES/DIVE

Diagnóstico precoce associado a um tratamento ambulatorial de no mínimo seis meses, com drogas específicas, deveriam levar à diminuição e eliminação da doença, mas este é um sonho ainda não alcançado.

### 2.3. A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO

Sabe-se que a descoberta precoce dos doentes bacilíferos (focos de transmissão) entre os sintomáticos respiratórios e outros grupos de risco e a introdução de um tratamento eficaz, reduzem a capacidade de transmissão da doença, quebrando a sua

cadeia epidemiológica. Estas medidas constituem as bases de um efetivo programa de controle da tuberculose. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Assim, com o advento da quimioterapia, há pouco mais de 40 anos, houve uma tendência inicial em se acreditar que o problema seria resolvido em função dos espetaculares resultados da ação das drogas sobre o germe, fenômeno que se observava pela primeira vez na história do tratamento da tuberculose.

As drogas mais utilizadas no Programa de Controle da Tuberculose no Brasil são a isoniazida, a rifampicina, a pirazinamida, o etambutol, a estreptomicina e a etionamida.

O Programa de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde estabelece esquemas básicos em que a medicação deve ser administrada diariamente em uma só ingestão, conforme anexo 1

A associação isoniazida-rifampicina aumenta consideravelmente o poder de negatificação e diminui a incidência de recaídas. Ela deve ser mantida até o final do tratamento de curta duração; a retirada da rifampicina na fase de continuação não é compensada por nenhuma outra droga, aumentando o número de reativações.

A inclusão da pirazinamida na referida associação eleva a velocidade das negatificações, aumenta o poder esterilizante e diminui ainda mais a incidência de recaídas; essa droga exerce toda a sua função na fase inicial do tratamento. Segundo ROSEMBERG (1983), nenhuma outra droga determina índices de negatificação tão altos quanto os verificados com a pirazinamida no segundo mês de tratamento.

A associação isoniazida-rifampicina-pirazinamida é considerada a mais potente sob o duplo aspecto bactericida e esterilizante, permitindo encurtar o tempo de tratamento. Por isso, é o esquema que seleciona o menor número de mutantes resistentes, razão pela qual nas recaídas, na grande maioria das vezes, os bacilos continuam sensíveis. (ROSEMBERG, 1983)

Alguns regimes intermitentes de 3 vezes por semana, com ou sem fase inicial diária, com associação de quatro drogas (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e estreptomicina) estão se revelando eficientes, (com 6 meses de tratamento os resultados mostram uma eficiência de 85% com eficácia próxima de 95%). (GERHARDT FILHO, 1991).

São muitas as vantagens do tratamento de curta duração, tais como o rendimento terapêutico muito satisfatório em termos de saúde pública devido à rápida

negativação dos pacientes e os altos índices de êxito; a probabilidade menor de recaídas nos que abandonam o tratamento, devido à potência dos medicamentos que com dois meses reduzem substancialmente as populações bacilares das lesões; o menor índice de abandono dos pacientes; as recaídas bacteriológicas que, se existentes, ocorrendo quase sempre com germes sensíveis, não criando óbices para o retratamento e favorecendo a simplificação dos programas de luta e redução do custo do controle da quimioterapia em massa, pela redução de sua duração, bem como do contingente de pacientes hospitalizados. (ROSEMBERG, 1983).

Sobre o rendimento do retratamento com o esquema I em pacientes já tratados com este mesmo esquema, há um informe de GERHARDT et al. (1992), estudando duas coortes em 1981 e 1988. Em ambas a falência fica em torno de 7,4%, bem maior do que as observadas em pacientes virgens de tratamento, de 2,1% e 1,3% respectivamente. Por isso alguns autores sugerem um reforço no tratamento, acrescentando uma quarta droga, o etambutol. No entanto, apesar da introdução desta quarta droga, ocorrem falências levando aos chamados doentes crônicos irrecuperáveis. Assim, ao longo dos anos, vem-se acumulando um grupo residual de doentes, com tuberculose pulmonar ativa, necessitando de outros tratamentos. (MELO, 1993b).

A utilização incorreta das drogas ou a utilização de apenas uma droga (monoterapia) é responsável pela seleção e multiplicação de germes resistentes a essa mesma droga, fato a que se dá o nome de resistência adquirida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989).

Nos países desenvolvidos, vem-se optando por uma forma alternativa de terapia, a da observação direta, onde a ingestão do medicamento é supervisionada por um profissional de saúde, (NOLAN, 1997), visando diminuir a não aderência e o problema da multirresistência (bacilos mutantes, selecionados por uma inadequada exposição aos medicamentos usados no seu controle, a multirresistência é a resistência a rifampicina e a isoniazida no mínimo). No Brasil em sua maioria, a multirresistência é adquirida ou secundária, enquanto que nos países de menor prevalência de infecção e doença ela é fundamentalmente primária (MELO, 1993b), (WHO/TB/1997).

Tratamentos anteriores irregulares, tem sido identificados como fatores de risco para a multirresistência em doentes HIV negativos (KRISTSKI, 1997), ficando claro que a resistência a uma ou mais drogas é um sério problema para o doente, para os profissionais de saúde envolvidos no tratamento, para a comunidade em que o mesmo vive

e outras. Nos Estados Unidos, por exemplo, os doentes com tuberculose pulmonar multirresistente só podem entrar no país apresentando escarro negativo. (SBBARBARO, 1997).

Para os países do Terceiro Mundo, a adoção dos tratamentos de curta duração em escala nacional permitem à luta anti-tuberculosa alcançar níveis de eficiência impossíveis de atingir com outros esquemas, não somente devido às limitações da organização de saúde pública e das verbas disponíveis, como também da estrutura sócio-econômica das comunidades afetadas e da população em geral. (ROSEMBERG, 1983). A quimioterapia de curta duração é então uma tentativa de melhorar a efetividade do tratamento da tuberculose pulmonar nestes países. (CASTELO FILHO, 1983).

Outro aspecto importante no tratamento da tuberculose são os efeitos adversos decorrentes da ingestão destes medicamentos. Segundo normas do Ministério da Saúde uma atenção especial deve ser dada aos grupos com risco de toxicidade constituídos por pessoas com mais de 60 anos, pessoas em mal estado geral, alcoolistas, pessoas em uso concomitante de drogas anti-convulsivantes e pessoas que manifestam alterações hepáticas. Mulheres usuárias de contraceptivos orais também requerem atenção especial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Quanto ao tratamento ora estudado, a isoniazida é uma das drogas menos tóxicas causando efeitos colaterais em 0,2 a 0,4% dos usuários, enquanto que a rifampicina apresenta efeitos colaterais em cerca de 3,88% dos pacientes. A pirazinamida determina com frequência um aumento das taxas séricas de ácido úrico que, entretanto, raramente tem significado clínico. (GODOY, 1985).

Em Santa Catarina, o esquema adotado para o doente com tuberculose pulmonar, em início de tratamento, é o de curta duração com três drogas, ou seja, o esquema I anteriormente descrito.

Contudo, a afirmativa bem próxima da verdade, de que a quimioterapia da tuberculose leva a cura em 100% dos casos, está distante de poder ser transportada para os tratamentos de massa. Para o êxito dos programas nacionais, são fatores básicos a organização de saúde pública e os padrões sociais e culturais das populações. Países tecnicamente avançados acusam quedas no sucesso epidemiológico da quimioterapia de massa de 10% a 15% por falhas na organização de luta. No terceiro mundo, o fosso se aprofunda, anunciando-se fracassos epidemiológicos da ordem de 60% ou mais. Uma projeção realizada com os tuberculosos inscritos, entre 1970-74, nas Unidades Sanitárias

brasileiras, estimou em apenas 41% de sucesso epidemiológico da quimioterapia de massa. (ROSEMBERG, 1983). Um levantamento realizado no Brasil por Gerhardt (GERHARDT & RIBEIRO, 1995) entre 1981 e 1990 mostra que apenas 66.3% dos tratamentos têm sido favoráveis e que cerca de 11,3% dos pacientes não aderem ao tratamento. Outros autores afirmam que a população de pacientes com tuberculose ativa que completam o tratamento de acordo com os esquemas padronizados, varia de 20 - 40% nos países subdesenvolvidos e 70 -75% nos Estado Unidos. (FOX, 1983, COMBS et al., 1987).

Deste modo, a não aderência ao tratamento pelo indivíduo tuberculoso se constitui tanto um problema clínico, na medida em que o indivíduo irá sofrer recidivas, como um problema de saúde pública, por não haver quebra na cadeia de transmissão da doença.

#### 2.4. A NÃO ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

Em Santa Catarina, nos últimos anos, tem sido observado um aumento no número de indivíduos que não aderem ao tratamento. O percentual de não aderência entre aqueles que iniciaram o tratamento da tuberculose em 1996 foi de 12,2%. Na análise das coortes para 1996, verifica-se que apenas 61,7% dos tratamentos foram favoráveis, (SANTA CATARINA, 1997). Para o Ministério da Saúde os índices de cura devem ser iguais ou superiores a 85%, tornando necessária a identificação dos fatores determinantes da baixa efetividade e sua correção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989).

A tabela 5 descreve a distribuição do abandono de tratamento nos últimos 12 anos no estado de Santa Catarina, segundo os técnicos da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

**Tabela 5. Percentual de não aderência ao tratamento da Tuberculose. Santa Catarina - 1986 - 1996.**

Ano	Percentual de não aderência ao tratamento
1986	6.12
1987	9.86
1988	10.96
1989	8.39
1990	11.33
1991	9.74
1992	9.70
1993	12.10
1994	11.60
1995	14.80
1996	12.20

SES/DIVE

Caso seja considerado apenas o conjunto de indivíduos que anualmente não aderem ao tratamento estes percentuais são ainda mais elevados, 20,7% em 1996.

Nos Estados Unidos (BURMAN et al., 1997), a taxa de não aderência pode chegar a 18% em Programas de tuberculose que fazem uso do tratamento supervisionado, mostrando que este não é um problema exclusivo no nosso país ou estado.

A importância de se estudar os fatores relacionados à não aderência ao tratamento reside no fato de que quanto maior o número de pessoas que não aderem ao tratamento, maior será a chance da disseminação do bacilo da tuberculose na população. O ideal a ser alcançado é uma taxa de abandono de 0%, porém, quanto menor se mostrar esta taxa, menor o impacto epidemiológico da doença frente a população. Considera-se que um bom programa de controle da tuberculose deveria diminuir o risco anual de infecção no mínimo em 6% ao ano. (MURRAY, 1991).

Outro ponto a ser enfatizado é a resistência bacteriana, considerando que a ingestão irregular do medicamento pode levar ao aumento dos casos de tuberculose resistente (primária e secundária), o problema se torna ainda mais grave, pois o bacilo que está sendo disseminado poderá ser resistente aos tratamentos convencionais, tornando necessário um tratamento mais longo e com drogas mais tóxicas. (MELO, 1993b; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. COORDENAÇÃO DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA, 1995).

Há um consenso entre os investigadores da tuberculose de que o maior responsável pelo insucesso do tratamento é a baixa aderência. (FOX, 1983; CHAULET, 1987; VAN der WERF, DADE, VAN der MARK, 1990; MENZIES, 1992). Alguns fatores relacionados aos serviços de saúde, de um lado, e aos indivíduos, de outro, são citados como envolvidos no processo de não aderência ao tratamento.

Os trabalhos aqui citados são em sua maioria quantitativos, porém, podem auxiliar na avaliação da dimensão do problema. Para facilitar a análise estes foram divididos em fatores relacionados com o serviço de saúde e com os indivíduos. O que não impede que um mesmo autor possa ter trabalhado com estes dois fatores em pesquisas distintas ou em uma mesma pesquisa.

#### 1. Fatores ligados aos serviços de saúde:

##### A. Problemas organizacionais e/ou administrativos:

ANDERSEN E BANERJI (1963), em pesquisa quantitativa realizada na Índia, verificaram que dos 784 doentes inscritos para o tratamento da tuberculose em 1961, somente 295 (37,6%) puderam ser acompanhados. Mesmo entre os 139 doentes entrevistados, 42% não aderiram ao tratamento por problemas considerados pela pesquisa como organizacionais e/ou administrativos, e 18 destes relataram terem interrompido o tratamento porque perderam o cartão e não puderam retirar as drogas, ou porque as visitadoras eram rudes e desatenciosas.

Uma revisão dos registros de casos de tuberculose no Peru, em 1980, apontou que o número de doentes matriculados era de 7891, mas apenas 2510 registros puderam ser avaliados, sendo que a exclusão de 68,0% dos casos foram atribuídos principalmente a falhas administrativas. (HOPEWELL, 1984).

VAN der WERF, DADE, VAN der MARK (1990), pesquisou em Gana a distância entre a residência e o serviço de saúde, sendo esta significativamente associada ( $p < 0,0001$ ) a não aderência ao tratamento. Na Argentina, IRURZUN, HASPER, GARCIA, (1990), também constataram que a dificuldade de transporte para o tratamento, a distância entre o serviço de saúde e o domicílio são fatores significativos ( $p < 0,005$ ) relacionados à não aderência, bem como a falta de informação adequada sobre a natureza da doença e o tipo e duração do tratamento necessários para a cura completa.

JORGE & BERTHA (1992), ao analisar em um serviço privado no Peru, verificaram uma taxa de não aderência de 48% atribuída à falta de poder aquisitivo dos doentes, impedindo-os de comprar o medicamento, bem como a uma melhora sentida nos primeiros meses do tratamento. O tratamento sem supervisão também foi apontado como uma das causas principais da não aderência ao mesmo.

Quanto a época em que ocorre o abandono, MURRAY (1990), constatou que este ocorre ao longo do tratamento e outro trabalho de BELLUOMINI & TAGUSAGAWA, (1984) em São Paulo também aponta para este mesmo resultado.

#### **B. Relação médico - paciente:**

DICK & LOMBARD, (1997), em um estudo de caso-controle desenvolvido na Cidade do Cabo, África do Sul, selecionou dois centros de saúde que realizavam atendimento a doentes com tuberculose. Para um grupo, além do atendimento supervisionado era realizada uma entrevista centrada no paciente em que seus problemas eram discutidos e entregue um folheto educativo. Ao final do estudo foi verificado que o cumprimento ao tratamento da tuberculose estava significativamente relacionado ao grupo que além da medicação recebeu outro acompanhamento, sugerindo a importância de se estabelecer protocolos de educação em saúde para o aumento da aderência ao tratamento da tuberculose.

Outro estudo longitudinal na Índia com crianças de 1 a 12 anos com meningite tuberculosa, apontam a motivação inicial e periódica desenvolvida pelos profissionais de saúde como fator responsável pela aderência ao tratamento de 90% das crianças. (RAMACHANDRAN & PRABHAKAR, 1992).

VAN der WERF et al. em Gana (1990), analisando doentes registrados entre 1984 e 1987, concluiu que a melhora na relação entre os profissionais de saúde e o doente resulta na melhoria do serviço como um todo. Entretanto, não conseguiu demonstrar que o nível educacional do doente estivesse associado à não aderência, embora houvesse evidências, segundo os autores, de que o conhecimento da doença fosse melhor entre os doentes de nível educacional mais elevado.

MARTINEZ et al. (1982), em estudo longitudinal realizado no México, constatou que as principais causas da não aderência ao tratamento e da ingestão irregular de medicamentos, foram a falta de informação sobre a doença entre o grupo familiar e a equipe médica, e que condições sociais e educacionais deficientes e a dinâmica familiar muito alterada, tornaram difícil a comunicação entre o paciente, sua família e a equipe de saúde.

Em 1992, MENZIES et al, analisando fatores relacionados ao não cumprimento do tratamento da tuberculose em Montreal (1987 a 1988), verificaram que os pacientes considerados como mal cumpridores do tratamento por parte dos profissionais de saúde na primeira visita apresentavam maior probabilidade de não aderir ao mesmo ( $p < 0,001$ ) e que o cumprimento era melhor nos inicialmente hospitalizados e naqueles em que o serviço considerava ter havido uma melhor compreensão do esquema de tratamento ( $p < 0,05$ ).

A auto-administração do tratamento é um outro fator citado como redutor da aderência. Em relação a isto, CHUAH (1991) afirma que a única solução possível para diminuir a não aderência ao tratamento é a supervisão direta da quimioterapia.

Para CHAULET, (1987) a não aderência ao tratamento pode ser consequência de negligência ou de incompetência dos Programas de controle da tuberculose. Segundo o autor, os profissionais de saúde, na tentativa de minimizar sua parte na responsabilidade pela aderência ao tratamento, transferem esta responsabilidade para o doente (ignorante e não cooperativo), ou para outro fator externo não controlável (pobreza e subdesenvolvimento). Para ele, na realidade, em poucos casos a não aderência ao tratamento pode ser atribuída ao próprio doente, ou a sua situação pessoal, ou a dificuldades criadas por circunstâncias sociais.

## 2. Fatores relacionados aos indivíduos

### A. Percepção da doença:

SNIDER (1982) refere que o cumprimento das prescrições médicas pode ser influenciado pela percepção da realidade do paciente. Essa teoria chamada modelo da percepção estabelece que diversos fatores levam um indivíduo a executar ou não a ação de saúde recomendada. Estes são divididos em quatro grupos: a) fatores relacionados à percepção da doença e susceptibilidade; b) fatores associados à gravidade da doença; c) fatores relacionados à percepção dos benefícios oriundos das ações de saúde executadas; e d) fatores associados à percepção das barreiras que se contrapõem à execução das ações de saúde recomendadas.

Para MURRAY et al. (1990), a própria percepção do doente acerca da eficácia do tratamento e do custo futuro dos benefícios do tratamento tem importância. É possível observar que tanto a percepção individual sobre a eficácia do tratamento, como a

educação em grupos durante a fase inicial do tratamento influenciam o mesmo de forma positiva.

Em setembro de 1994, GONÇALVES inicia uma pesquisa qualitativa no Rio Grande do Sul com o objetivo de entender os motivos que levam pacientes tuberculosos a abandonar o tratamento. E nas considerações finais a autora relata que a percepção corporal da doença constitui uma categoria importante na manutenção das regras impostas dentro do programa de tratamento da tuberculose. Outros fatores como corporalidade da doença como o modo de “ler” sinais e sintomas corporais se faz presente nos que não aderiram ao tratamento haja visto que, quando ocorrem novas manifestações da enfermidade, recorrem a unidade de saúde.

IRURZUN et al. (1990) na Argentina verificaram que entre os doentes que não aderiram ao tratamento, o primeiro contato com o serviço de saúde tinha ocorrido mais tarde do que entre os que o completaram ( $p < 0.02$ ). Estes autores também encontraram sintomatologia mais significativa entre os doentes que não aderiram ao tratamento.

JOB et al. (1986), avaliando 50 doentes matriculados para o tratamento de tuberculose pulmonar no Centro de Saúde I, em Sorocaba, São Paulo, verificaram que a grande maioria desta população desconhecia a sintomatologia da doença, sendo que, o etilismo e o tabagismo eram citados como fatores associados à eclosão da mesma.

#### **B. Aspectos culturais:**

MAGALDI (1977), a partir da observação do Serviço de Saúde de Botucatu em São Paulo, afirma que o baixo poder aquisitivo para uma boa alimentação, o receio em perder dias de serviço com a conseqüente redução dos salários, aliados ao estigma da tuberculose, leva muitas vezes o doente a procurar um sistema paralelo de saúde, retardando a chegada ao serviço de fisiologia para início do tratamento. Entre as causas culturais, o que mais lhe chamou a atenção foi o “tabu”, ainda bastante arraigado e difundido, caracterizado pelo pânico da população ao saber que existem doentes em seu grupo social, levando o doente a procurar tratamento em outros municípios.

#### **C. Outras características:**

O estudo de caso controle desenvolvido por RIBEIRO (1993), no Rio de Janeiro, aponta o uso diário de bebidas alcoólicas, a falta de estrutura familiar, o nível de escolaridade, o trabalho sem vínculo empregatício, o fato de morar só, e a história passada de tratamento da tuberculose com abandono, como importantes marcadores da não aderência ( $p < 0,05$ ).

COMBS, et al. (1987), em um estudo multicêntrico, realizado pelo CDC (Centers for Disease Control ) verificaram que 40% dos doentes que utilizavam o esquema triplice (dois meses com isoniazida, rifampicina e pirazinamida e quatro meses com isoniazida e rifampicina), não aderiram ao tratamento, e os fatores associados a não adesão foram a idade superior a 60 anos, estado civil solteiro, e uso de drogas, ( $p < 0,001$ ). Por outro lado, características como sexo, raça, nível educacional, uso de bebidas alcoólicas, fumo e uso de outros medicamentos não estavam associados a não aderência ao tratamento.

BURMAN et al. (1997), acompanhando doentes no período de 1984 a 1994 que participavam do programa de terapia supervisionada na área metropolitana de Denver, apontaram como causa da não aderência o uso abusivo de álcool e o fato de morar só. ( $p < 0,0001$ ).

Por outro lado o problema da não aderência ao tratamento não é exclusivo do Programa de Controle da Tuberculose. A seguir são relatados alguns trabalhos que discutem a não aderência em outros serviços de saúde.

Pesquisa realizada por BECKER et al., em 1977, com mães de crianças obesas para avaliar a aderência ao tratamento, revelou que quando as mães tinham conhecimento da severidade do problema elas aderiam mais facilmente ao tratamento.

HAYNES, TAYLOR, SACKETT (1976), analisando diferentes pesquisas referentes a não aderência ao tratamento, aponta como fatores importantes a esquizofrenia, paranóia e desordem da personalidade, os sintomas ocasionados pela doença, o tempo de espera para atendimento na clínica, a forma de administração das drogas, a duração do tratamento, o número de medicamentos prescritos, e o custo do tratamento. Já a possibilidade do indivíduo organizar o seu tempo para comparecer à clínica foi apontado como fator importante para aumentar a aderência ao tratamento.

FIGUEROA, RODRIGUES, ALFARO, (1993), em pesquisa realizada em Guadalajara, México, com famílias de Diabéticos do tipo II, encontrou uma forte associação entre o descontrole do tratamento e o fato de pertencer a uma família nuclear que não apoia os seus enfermos na realização do mesmo.

BERCINI (1992), em um estudo de caso numa comunidade de baixa renda do município do Rio de Janeiro, analisou a fala das mães que não levavam seus filhos para serem vacinados, mostrando através das representações sobre as doenças infantis a causa da não vacinação. A autora conclui que são as condições materiais de vida que em primeiro

lugar explicam a não aderência, parcial ou completa, aos programas de vacinação, sendo que os fatores institucionais, tais como, as falsas contra-indicações ou falta de vacinas também deixam se fazer presentes, confirmando que existe uma verdadeira imbricação das causas da não vacinação.

Enfim, as pesquisas têm mostrado que nem sempre há um fator especial ou fatores específicos que possam ser os responsáveis pela não aderência, ao contrário, parece haver uma rede de fatores na qual, em populações específicas, uma mesma causa pode ser relevante para um grupo mas não para outro. Assim, para doenças diferentes e grupos diferentes o modo de vivenciar a doença é diverso, sendo que os fatores relacionados ao serviço e/ou ao doente muitas vezes não são suficientes para explicar isoladamente a não aderência ao tratamento.

### 3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

As definições de “saúde” e “doença” variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais. A doença é normalmente parte integrante das dimensões psicológicas, sociais e culturais do indivíduo. O conceito de doença é abrangente, e deve ser considerado para se compreender melhor como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e respondem aos mesmos.

De acordo com GOOD (1994), corpo doente não é apenas objeto de cognição e conhecimento, de representação do estado mental e do trabalho da ciência médica. Ele é ao mesmo tempo, um agente de experiências. Em outras palavras, a doença está presente no organismo vivo e é experimentada como uma alteração do seu modo de vida. Assim, a doença pode ser considerada como um evento subjetivo condicionado ao entendimento e às experiências anteriores do doente com os respectivos sinais e sintomas. Uma mesma doença em indivíduos diferentes terá importância diferente. Assim, é possível sentir-se doente sem apresentar uma doença no sentido biomédico, isto é, como um conjunto específico de sinais e sintomas decorrentes de distúrbios anatomo-fisiológicos, e vice-versa. (TURCKETT, 1976).

Os passos desencadeados pela doença estão condicionados à sua evolução, ao entendimento e experiência com estes sinais e sintomas, pela ocorrência anterior e pela inquietação causada pelos mesmos, em outros momentos e atualmente. Novos sintomas, principalmente quando acompanhados de dor, motivam o indivíduo a tomar alguma atitude. (COE, 1970).

Do ponto de vista do doente, portanto, a doença é um fenômeno subjetivo, de percepção individual e refere-se ao fato deste não se sentir bem e tender a modificar suas ações normais, ou seja, sentir-se doente. (COE, 1970). É a condição ou qualidade de estar doente. (TURCKETT, 1976). Para GEERTZ (1989), há um hiato de informações entre o que nosso corpo nos diz e o que devemos saber a fim de não adoecer. “Há um vácuo que nós mesmos devemos preencher, e nós o preenchemos com a informação ou desinformação fornecida pela nossa cultura. A fronteira entre o que é controlado de forma inata e o que é controlado culturalmente no comportamento humano, é extremamente mal-definida e vacilante. Pode-se dizer que algumas coisas são inteiramente controladas intrinsecamente,

como as alterações no organismo doente, e outras culturalmente, como a percepção destas alterações. Quase todo o comportamento humano representa o resultado interativo e não dedutivo dos dois”.(GEERTZ, 1989, p. 62).

Além disso, a interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal, não apenas porque a doença muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, vizinhos, amigos e terapeutas, e o conhecimento médico do indivíduo está continuamente sendo reformado. (ALVES, 1993) “A enfermidade não é um fato, mas um conjunto de significações” (ALVES, 1993, p. 268). E é a partir deste conjunto de significações que o doente irá definir quais as medidas a serem adotadas, se ele deverá procurar a família, um amigo, atendimento médico, ou um outro tipo de auxílio. Quando o mesmo opta pela assistência médica, entrará em um sistema com regras pré determinadas. Inicialmente suas informações com relação à enfermidade serão avaliadas. Após esta avaliação, doente e médico devem negociar até chegar a uma mútua e aceitável definição do problema. Desta negociação deve resultar um tratamento que será ou não adotado pelo doente nos próximos dias. Nas doenças crônicas, em particular, o paciente tem mais oportunidades para contar a sua história, para ser influenciado pelo serviço de saúde ou por intervenções alternativas, uma vez que o mesmo retornará com frequência para novas avaliações.

A família, os vizinhos e amigos frequentemente acompanham o doente para a consulta médica, decidindo com ele ou por ele o tratamento a ser adotado. (ALONZO, 1984).

Assim, a doença é um processo. Não é um momento único, nem uma categoria fixa, mas uma seqüência de eventos que tem dois objetivos: (1) entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e, (2) se possível, aliviar o sofrimento. A interpretação do significado da doença emerge através deste processo. Para LANGDON (1995), em termos gerais os seguintes passos caracterizam a doença como processo:

- (1) Reconhecimento dos sintomas: Os eventos iniciam como reconhecimento do estado de doença, baseado nos sinais que

indicam que o todo não vai bem. O reconhecimento de determinados sinais como indicadores de doença, depende da cultura. Não são universais, como pensado no modelo biomédico. A situação ambiental, seja do grupo ou da natureza, faz parte também de possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar a doença.

(2) Diagnóstico e escolha de tratamento: Uma vez que um estado de sofrimento é reconhecido como doença, o processo diagnóstico se institui para que as pessoas envolvidas possam decidir o que fazer. Este momento inicial normalmente acontece dentro do contexto familiar, onde os membros da família negociam entre eles para chegar a um diagnóstico que indicará qual o tratamento a ser escolhido.

(3) Avaliação: Uma vez realizado um tratamento, as pessoas envolvidas avaliam os seus resultados. Em casos simples, a doença desaparece após o tratamento, mas frequentemente a doença continua e se torna uma crise que ameaça a vida e desafia o significado da existência.

Para a autora o processo terapêutico não é caracterizado por um simples consenso, mas é melhor entendido como uma seqüência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos, com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. Assim ela identifica duas fontes principais de divergências: uma se encontra na própria natureza dos sinais da doença, e a outra nas diferentes interpretações das pessoas. (LANGDON1995, P.15).

O indivíduo que não aderiu ao tratamento, por exemplo, possivelmente reconheceu os sinais e sintomas da doença, escolheu um serviço para auxiliá-lo e recebeu um esquema de tratamento. Porém, uma vez iniciado, interrompeu, parecendo não haver um consenso quanto à seqüência de negociações a serem realizadas entre os profissionais do Programa de Pneumologia Sanitária e o doente.

A antropologia médica tem demonstrado que o valor dado a uma determinada doença tem uma influência importante sobre as decisões tomadas em resposta

ao episódio particular da mesma (KLEIMANN, 1980). Por outro lado, também os fatores sociais são evidenciados na construção da doença e na busca do tratamento, nas dificuldades enfrentadas pelo doente junto aos indivíduos que o cercam e no processo de adaptação a esta nova situação, que embora temporária, pode alterar o seu convívio com o grupo.

Para a biomedicina, a doença é considerada como um fenômeno exclusivamente biológico. Um fenômeno universal e objetivo, caracterizado por alterações no corpo. (COE, 1970). A linguagem da doença com sua ênfase fisiológica e clínica é usada pelos profissionais de saúde para interpretar a subjetividade do “sentir-se doente” que as pessoas trazem até eles. (TUCKETT, 1976). Além desta subjetividade decorrente do sentir-se doente, evidencia-se uma diversidade de experiências de doença entre diferentes grupos de indivíduos. Isto talvez explique porque um mesmo tratamento quando instituído em indivíduos diferentes leva a não aderência por parte de uns, enquanto outros o realizam por seis meses ou mais, recebendo alta por cura ao final do período. Há uma variedade de doenças e também uma grande variedade de indivíduos a serem atendidos pelos serviços de saúde, sendo que o modelo biológico está focado nos distúrbios biológicos ou psicológicos, genéticos, nutricionais e traumas. (ALONZO, 1984). O médico observa partes do doente e a história contada pelo mesmo, ficando o diagnóstico e o tratamento na dependência de como ela é contada e como é interpretada pelo médico, uma vez que o doente concebe a doença diferente do médico. (MECHANIC, 1980).

Outra dificuldade a ser apresentada é a adaptação do doente a nova situação. A doença é um fenômeno social quando visível aos outros, quando induz a modificações nas interações sociais entre o doente e as pessoas que o cercam. (COE, 1970). Em determinada situação o doente pode ser excluído do seu grupo ou sentir a necessidade de se afastar do mesmo.

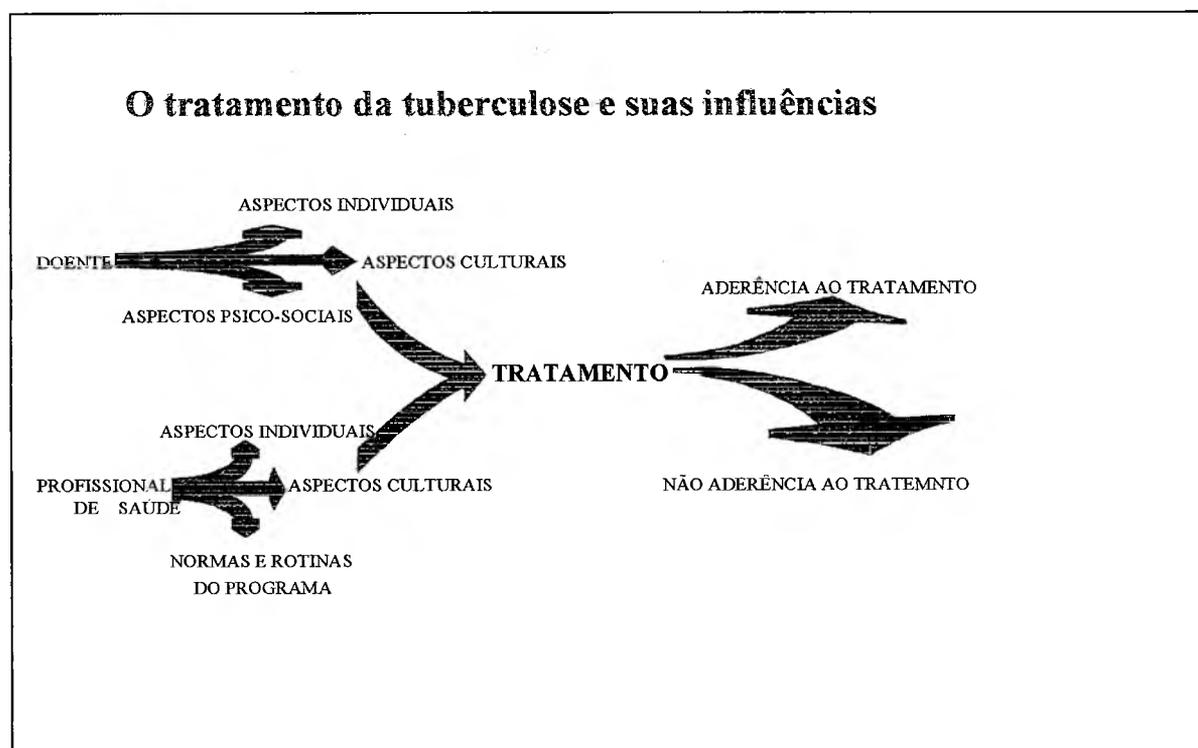
Portanto, é em relação a esta diversidade de fenômenos: - biológicos, culturais e psico-sociais - apresentados pelos indivíduos, que se dá o processo diagnóstico e o tratamento do doente de tuberculose, existindo certos elementos que se mostram importantes nesta relação, certas constâncias que, se resgatadas, comporão o fenômeno que se quer estudar.

Conhecer a realidade dos doentes pode ser um indicador das operações globais para a melhoria do tratamento. Aprender a representação dos indivíduos doentes acerca de sua própria doença e do tratamento da mesma, pode apontar novos caminhos para a interação entre doentes e profissionais de saúde, levando posteriormente a uma diminuição nos índices de não aderência ao tratamento da tuberculose.

Assim, considerando a categoria percepção como uma representação significativa ou simplesmente representação, em que o sentir, o imaginar e inclusive o conceber, são modos distintos de perceber, a percepção deve ser entendida como uma reflexão incompleta da realidade que nos cerca, relacionada aos aspectos individuais, culturais e psico-sociais de cada indivíduo.

E a partir desta discussão é possível estabelecer o seguinte quadro referencial:

QUADRO 1



Doente e serviço de saúde seriam influenciados por determinados fatores culturais e apresentariam modos particulares de percepção da doença e do seu tratamento, semelhantes ou não. Esta interação resultaria na forma com que o tratamento seria conduzido, sendo que a meta a ser alcançada pelo serviço é a cura.

Temos então de um lado o doente, com suas características individuais, com sua percepção da doença tuberculose, seus sinais e sintomas, suas causas, seu tratamento e as conseqüências para o indivíduo doente e o seu grupo. Todas estas relações são influenciadas por sua cultura e sua condição sócio econômica. Do outro lado temos o profissional de saúde que possui sua cultura associada às normas e rotinas do Serviço de Pneumologia Sanitária, determinado pelo Ministério da Saúde, e é a partir desta interação que todo o processo irá se desenvolver. Quando o doente procura o serviço de saúde parece iniciar um processo de negociação do qual o doente participa informando ao profissional de saúde o seu problema e após ser definido o diagnóstico, o tratamento é instituído. É esta interação que deverá ser aqui discutida, pois o pressuposto básico deste trabalho é o de que não se pode estudar o fenômeno da não aderência ao tratamento da tuberculose numa população ou segmento desta, sem conhecer as suas representações, sua percepção da doença tuberculose e do seu tratamento. Isto equivaleria a descontextualizar a questão, tratá-la como se fosse independente de todo um conjunto de valores, normas e crenças que permeiam a interação das pessoas com os episódios do adoecimento e com as medidas propostas para o seu tratamento. Seria tornar o fenômeno eminentemente biológico sem avaliar os fatores aqui representados.

A partir desta interação, dois fenômenos podem ocorrer; o tratamento preconizado pelo serviço de saúde é aceito, ocorre a interação entre serviço e doente e após seis meses o doente recebe alta, ou seja, para os profissionais de saúde ele está curado. Por outro lado o tratamento pode ser interrompido e este doente poderá ser fonte de infecção para outras pessoas, disseminando o bacilo no meio ambiente, para seus familiares, amigos e outros. Os profissionais de saúde tem conhecimento deste mecanismo de transmissão e até mesmo do risco que estes doentes apresentam de desenvolver uma tuberculose por bacilos resistentes e propagá-los, porém como o doente percebe esta relação, qual a sua explicação, é o que se quer analisar.

#### 4. OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são:

- Identificar as possíveis diferenças na percepção da doença tuberculose em relação às suas causas, manifestações clínicas e tratamento, entre os indivíduos que aderem e os que não aderem ao tratamento.
- Descrever a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento da tuberculose em relação aos indivíduos que não aderem ao mesmo.
- Relatar as medidas adotadas pelo Serviço de Pneumologia Sanitária frente ao doente que não aderiu ao tratamento.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. O MÉTODO QUALITATIVO

A metodologia deste estudo é essencialmente qualitativa, visando um maior conhecimento sobre a não adesão ao tratamento, ainda que, de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória, “uma vez que o conhecimento reveste-se de um caráter aproximado, isto é, é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercitam a apreensão, a crítica e a dúvida”. (MINAYO, 1989). Assim, este trabalho aborda um conjunto de expressões humanas constantes no processo do tratamento da tuberculose e nos sujeitos, nos significados e nas representações dos indivíduos que realizam este tratamento.

A pesquisa qualitativa tem sido utilizada para explorar os “motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressam pela linguagem comum e na vida cotidiana”. (MINAYO & SANCHES, 1993, p. 24). Para descrever com detalhes determinados procedimentos, crenças e conhecimentos relacionados com assuntos de saúde que dizem respeito à população bem como aos profissionais de saúde, ela busca a opinião dos entrevistados sobre determinado assunto. (VARKEVISSER, PATHMANATHAN, BROWNLEE, 1995). Ao contrário do que se poderia pensar, ela não auxilia apenas na busca de informações que conduzam a uma pesquisa quantitativa, também possui um papel importante no aprofundamento das questões levantadas pela pesquisa quantitativa, visando uma compreensão profunda acerca de determinadas situações ou problemas, a respeito dos quais temos pouco conhecimento, ou um aprofundamento em relação a situações já conhecidas.

Devemos lembrar que os “fenômenos referentes à saúde são complexos, e o reconhecimento de sua complexidade dinâmica é requisito indispensável para pensá-lo cientificamente: não existe nenhuma simplicidade nos microfenômenos, o fato aparentemente mais simples é um complexo de relações. E é nesta simplicidade aparente que os sujeitos individuais projetam sua visão de sociedade e da natureza, a historicidade das relações e condições de produção, seus infinitos culturais, seus fetiches, seus fantasmas e seus anseios de transcendência”. (MINAYO & SANCHES, 1993).

Esta busca do conhecimento na pesquisa qualitativa tem características próprias, como o fato da análise qualitativa recorrer a indicadores não freqüenciais

suscetíveis de permitir inferências; assim a presença (ou a ausência) pode constituir um índice tanto ou mais frutífero que a frequência de aparição da informação. Segundo BARDIN (1979) a pesquisa qualitativa pode funcionar sobre “corpus” reduzidos e estabelecer categorias mais discriminantes, visto não estar ligada, enquanto análise quantitativa, a categorias que dêem lugar a frequências suficientemente elevadas para que os cálculos se tornem possíveis. A compreensão exata do sentido é, neste caso, capital. Além do mais, o risco de erro aumenta porque se lida com elementos isolados ou com frequências fracas.

Segundo MINAYO (1989), numa amostra quantitativa, definida a população, busca-se um critério de representatividade numérica, que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar. Numa busca qualitativa preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão em relação, seja ao grupo social, a uma organização, a uma instituição, a uma política ou a uma representação. Seu critério portanto não é numérico.

A amostra ideal deve refletir o todo em suas mais variadas dimensões, sendo que no decorrer da pesquisa pode se fazer necessário incluir mais indivíduos ou buscar outras fontes de informação. Alguns autores propõem a vigilância interna através da triangulação, como prova eficiente de validação, pois ela consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista através de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta. Portanto, “a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. (MINAYO & SANCHES, 1993).

É preciso ressaltar que além das características da amostra em uma pesquisa qualitativa, esta é uma área que lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de faixa etária, ou por qualquer outro motivo, tem um substrato comum de identidade com o investigador, tornando-os solidamente imbricados e comprometidos. Como lembra Lévi Strauss (1975): “Numa ciência, onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é uma parte de sua observação.”(MINAYO comentando Lévi Strauss, 1997,p.14). E a cientificidade tem que ser pensada aqui como uma idéia reguladora de alta abstração, e não como um sinônimo de modelos de normas rígidas. Na verdade, o trabalho qualitativo caminha sempre em duas direções: numa elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e toma direções privilegiadas. (MINAYO, 1993).

Quanto à validade interna: sabe-se que a análise quantitativa mostra-se muito eficiente para captar alguns aspectos da realidade, porém falha quando se pretende aprofundar a análise. Por outro lado a análise qualitativa permite ao pesquisador trabalhar com o universo de “significações”, porém ao analisar os fatos fornecidos pelos atores sociais, é preciso ir além da mera descrição dos fenômenos, não se pode considerar a versão das pessoas sobre este fato como a própria verdade.

O estudo tem limitações por se referir a uma condição em particular, e permite apenas a identificação e exploração de algumas variáveis freqüentemente relacionadas à não aderência ao tratamento permitindo levantar hipóteses sobre outras causas de abandono além das já estudadas, e das conseqüências da doença para as pessoas afetadas.

A partir destas considerações e com as técnicas empregadas pela antropologia, gostaria de fundamentar que a escolha da abordagem qualitativa na antropologia médica visa compreender a vida cotidiana, as necessidades e as visões de mundo das pessoas que vivem em diferentes comunidades, de diferentes origens culturais e sociais, além de estudar como todos estes fatores relacionam-se com a saúde e a doença, sendo sua preocupação fundamental melhorar a saúde e a assistência à saúde da população. (HELMAN, 1994). Portanto a escolha do método qualitativo se deu em função da necessidade de conhecer melhor o que pensam estes doentes que não aderem ao tratamento no Serviço de Pneumologia Sanitária de Florianópolis.

## 5.2. COLETA DE DADOS

Os indivíduos selecionados são (1) doentes que abandonaram o tratamento básico para tuberculose, (2) doentes que receberam alta por cura, após o mesmo tratamento no Serviço de Pneumologia Sanitária de Florianópolis a partir de agosto de 1997 (esquema I - duração de seis meses, fazendo uso de Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida), e (3) profissionais de saúde pertencentes à equipe do serviço de Pneumologia Sanitária da Policlínica de referência do município de Florianópolis.

Os dados desta pesquisa foram coletados em três etapas, atendendo ao princípio da triangulação, combinando e cruzando dados encontrados junto ao Serviço de

Pneumologia Sanitária do Estado de Santa Catarina, do município de Florianópolis e junto aos doentes após o tratamento.

1. Junto ao Serviço de Pneumologia Sanitária do Estado de Santa Catarina: foram coletados todos os dados aqui descritos, referentes a não aderência ao tratamento no estado de Santa Catarina e sobre a estruturação do Programa a nível estadual.

2. Junto ao Serviço de Pneumologia Sanitária do município de Florianópolis: foi observado o processo de atendimento aos doentes, rotinas do serviço, procedimentos específicos, local de atendimento. Nesta etapa várias conversas informais ocorreram e foi permitido, após solicitação formal, o meu acesso aos arquivos, registros e prontuários dos doentes. Foram levantados então os registros de todos os doentes que não aderiram ao tratamento da tuberculose durante o segundo semestre de 1997 e daqueles que receberam alta por cura, tomando o cuidado de selecionar apenas os que apresentavam tuberculose pulmonar positiva, e cujo teste para o Vírus da Imunodeficiência Adquirida fosse negativo, ou não realizado. Assim, foram excluídos os doentes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, uma vez que indivíduos com esta doença poderiam apresentar características específicas para a não aderência ao tratamento. Isto é, sendo a Tuberculose considerada para este indivíduo uma doença oportunista, sua percepção da doença Tuberculose poderia ser confundida com a percepção frente a AIDS.

Após o levantamento dos registros, foram localizados os prontuários para a coleta dos dados de identificação dos doentes, resultados de exames, data de início e término do tratamento e/ou abandono, e endereço completo para a realização das entrevistas.

Inicialmente foram selecionados 30 doentes, dos quais 17 não aderiram ao tratamento, sendo que 3 haviam retornado e reiniciado o tratamento após contato telefônico ou visita domiciliar, realizada pelo serviço social, 2 foram a óbito e 1 estava residindo em Itajaí. Dos 11 indivíduos restantes, foram identificados os endereços e diariamente, no decorrer dos meses de janeiro a abril, tentou-se localizá-los para se realizar as entrevistas. Os casos que não aderiram ao tratamento correspondem a doentes que iniciaram o tratamento a partir de janeiro de 1997. Com relação as altas por cura, foram selecionados 13 prontuários, correspondendo às altas ocorridas nos meses de agosto a outubro de 1997. Destes, um doente foi excluído por apresentar tuberculose miliar.

3. A terceira etapa constituiu-se do trabalho de campo propriamente dito que ocorreu no período de janeiro a abril de 1998, sendo utilizada entrevista semi-estruturada para obter informações contidas na fala destes atores sociais. (Anexo 01 ).

A entrevista semi-estruturada articula duas modalidades: a aberta ou não estruturada, onde o informante aborda livremente o tema proposto e a estruturada que pressupõem perguntas previamente formuladas. (MINAYO, 1997).

Do roteiro de entrevista constavam dados de identificação do doente retirados do prontuário médico ou fornecidos pelo próprio entrevistado, e dados sobre a representação da doença e do seu tratamento. Para o grupo que não aderiu ao tratamento era verificado também o motivo da não aderência.

Já os profissionais de saúde foram selecionados por categoria profissional e entrevistado aqueles que se encontravam no serviço no momento das visitas. estes foram indagados sobre como percebiam o doente que não aderiu ao tratamento da tuberculose e o que era feito para impedir que isto ocorresse, além disso buscou-se informações sobre o serviço oferecido e mais especificamente sobre o tratamento ora instituído.

Durante o desenrolar da pesquisa foi utilizado um “diário de campo”, onde foram anotadas observações e percepções que muito auxiliaram na análise.

As entrevistas foram realizadas no domicílio ou local de trabalho dos doentes, gravadas com a permissão dos mesmos e depois transcritas para o papel, respeitando a forma e as expressões idiomáticas dos informantes, (apenas um doente não permitiu a gravação da entrevista, uma vez que estava no local de trabalho, de modo que as informações foram anotadas e transcritas em seguida). Um doente que recebeu alta por cura não aceitou realizar a entrevista.

No desenvolvimento das entrevistas sentiu-se a necessidade de conhecer também a família e o local de trabalho de alguns doentes, para complementar algumas informações. Assim, em determinados momentos da entrevista, alguns familiares participaram da mesma ao lado do doente, e em outras situações voltou-se ao domicílio para conversar apenas com o familiar, (esposa, mãe ou irmã).

Após a entrevista com os doentes retornou-se ao Serviço de Pneumologia Sanitária do município de Florianópolis para entrevistar os profissionais de saúde.

### 5.3. A CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS

O Serviço de Pneumologia Sanitária caracteriza como abandono a falta a duas consultas mensais consecutivas, ou o não comparecimento ao Serviço de Saúde por 60 dias consecutivos, ou 30 dias sem tratamento.

Considera-se abandono primário quando o doente é diagnosticado como um caso de tuberculose, mas não inicia o tratamento.

No presente estudo foi utilizada a definição de abandono do Serviço de Pneumologia Sanitária para selecionar os doentes que aqui foram classificados como não aderentes ao tratamento, incluído assim, apenas os indivíduos que interromperam o tratamento após o início, portanto, os abandonos primários foram excluídos.

## 6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa de campo foi realizada seguindo o relatório Belmont, (POLIT & HUNGLER, 1995 p. 295-300), atendendo portanto aos seguintes princípios éticos fundamentais:

**Princípio de beneficência:** "Acima de tudo não causar dano". Isenção de dano.

Para atender a este princípio as perguntas realizadas foram criteriosamente analisadas para evitar danos ao indivíduo. Após a entrevista, quando solicitado, foi entregue por escrito o endereço para contato.

Quanto à isenção de exploração, os sujeitos foram inicialmente interrogados se concordavam ou não em participar da pesquisa, determinando o tempo aproximado que seria despendido com a mesma.

Esta pesquisa trouxe um benefício potencial, uma vez que aumentou o conhecimento do doente sobre suas condições, seu tratamento, seja através da oportunidade de introspecção ou por meio da interação durante a entrevista, o que fez com que três doentes que não aderiram ao tratamento retornassem ao serviço para nova avaliação.

O risco de um sofrimento emocional decorrente da introspecção, medo do desconhecido, receio de repercussões eventuais, raiva em relação ao tipo de pergunta que seria feita, existia, porém apenas um entrevistado demonstrou insatisfação com as perguntas realizadas e evitou respondê-las.

Com relação ao tempo gasto nas entrevistas, as mesmas tiveram duração aproximada de uma hora ou mais dependendo da disponibilidade dos entrevistados.

**Princípio de respeito à dignidade humana:** O direito de decidir se queria ou não participar da pesquisa foi respeitado e todos foram orientados quando solicitaram informações ou esclarecimentos acerca do propósito do estudo ou fizeram perguntas específicas sobre a doença tuberculose e seu tratamento.

Na última entrevista era esclarecido com detalhes a natureza do estudo ao participante e o mesmo era incentivado a retornar ao tratamento. Isto não era realizado na primeira entrevista uma vez que poderia interferir no andamento da pesquisa.

O direito à privacidade foi assegurado uma vez que as entrevistas não foram mais invasiva do que o necessário. Todos os nome aqui relatados são fictícios e quanto aos profissionais de saúde, durante a análise das entrevistas, os mesmos não serão classificados conforme o cargo que ocupam para que não sejam identificados uma vez que o número de profissionais que trabalham neste serviço é reduzido.

## 7. O CONTEXTO DO ESTUDO

Escolhi trabalhar com doentes de tuberculose por ter desenvolvido minhas atividades profissionais nos últimos anos na rede Básica de Saúde, especialmente no Programa de Pneumologia Sanitária, onde um dos problemas que enfrentava era o fato de alguns doentes não aderirem ao tratamento. Nesta época realizei inúmeras visitas domiciliares tentando convencê-los da importância do tratamento, sendo algumas bem sucedidas, porém outras não, e estes doentes continuam em suas casas e em seu ambiente de trabalho, contaminando outras pessoas, o que muito me inquieta. Assim, conhecer um pouco estas pessoas, poderá auxiliar na busca dos faltosos e na interrupção da cadeia de transmissão da doença.

O local escolhido para desenvolver este trabalho foi o Serviço de Pneumologia Sanitária do município de Florianópolis. O mesmo pertence a Secretaria Estadual da Saúde e tem como população alvo os indivíduos residentes em Florianópolis e municípios vizinhos, como Palhoça São José e Biguaçu. Está localizado à Rua Esteves

Júnior, 390, no Centro de Florianópolis, Bloco H, sala nº 29, 1º andar da Policlínica de referência regional, e conta com uma equipe de trabalho formada pelos seguintes profissionais: 3 (três) médicos, 1 (um) assistente social, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) técnico de enfermagem e 2 (dois) técnicos em atividades de saúde. A demanda é variada, atendendo em média 40 (quarenta) pessoas por dia, das 7 às 19 horas, de segunda a sexta-feira. A área física é composta por 2 (dois) consultórios médicos, 1 (uma) sala de espera, 1 (uma) sala para a abertura de prontuário, entrega de exames, entrega de fichas e aplicação do PPD divididas por estantes que servem de arquivo, 2 (dois) banheiros para funcionários e 1 (uma) sala de consulta de enfermagem.

Atualmente o Programa está sendo implantado no município de Palhoça, com o objetivo de facilitar o acesso ao serviço, evitando assim grandes deslocamentos uma vez que o doente deve comparecer mensalmente ao serviço para reavaliação e retirada do medicamento.

Neste serviço são atendidos os sintomáticos respiratórios e os doentes encaminhados para a avaliação do Tisiologista, com diagnóstico de Tuberculose confirmada ou não. Os pacientes são agendados no próprio serviço, vindos com encaminhamento médico ou como demanda espontânea. No serviço de atendimento, o paciente é recebido por um profissional da equipe de enfermagem que irá verificar o encaminhamento e agendar a consulta médica para o mesmo dia ou para o dia seguinte, conforme horário de chegada.

Durante a primeira consulta é avaliado o histórico e exame físico do paciente e caso o mesmo apresente sinais e sintomas compatíveis com tuberculose é preenchida uma solicitação para exames de rotina: pesquisa de BAAR ( Bacilo Álcool Ácido Resistente) no escarro (três amostras) cultura e Raio X de tórax. De posse desta solicitação médica, o doente é encaminhado ao Lacen (Laboratório Central) para a coleta do escarro e a uma Clínica de referência para a realização do Raio X de tórax. O retorno para receber o resultado dos exames ocorre em média após 5 dias, quando os mesmos são avaliados. Caso fique estabelecido o diagnóstico, é instituído o tratamento, sendo nos casos de tuberculose pulmonar (HIV(-)) recomendado o esquema I (definido anteriormente).

Não faz parte da rotina do serviço a solicitação de pesquisa do vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida), porém dependendo da avaliação médica o mesmo é solicitado uma vez que, doentes HIV positivos necessitam de um tratamento diferenciado.

Após a consulta médica o doente é encaminhado à enfermeira, assistente social ou agente de saúde do serviço, que irá orientá-lo quanto ao horário de ingestão do medicamento, (rifampicina + isoniazida ao levantar, em jejum, e a pirazinamida após a ingestão de algum alimento). Neste momento são fornecidos os medicamentos para 30 dias e agendado o retorno, que a partir desta data será mensal (tempo mínimo de tratamento 6 meses).

Nos casos em que o doente vem encaminhado por outro serviço com os resultados dos exames, o tratamento é instituído imediatamente.

Segundo as normas do programa, a recomendação dada quanto aos cuidados referentes à transmissão da doença é procurar proteger a boca com um papel ou com a própria mão ao tossir, evitando que os bacilos sejam expelidos no ambiente e possam infectar outras pessoas. O isolamento do doente não é mais preconizado.

Durante o atendimento de enfermagem são preenchidas as fichas de notificação compulsória e investigação de agravos de notificação, bem como o boletim de informação do paciente e a carteira de identificação, onde serão agendados os retornos. Os contatos domiciliares são convidados a comparecer ao serviço para uma avaliação, com o objetivo de identificar novos casos ou instituir a quimioprofilaxia conforme se faça necessário. Tanto na ficha de notificação quanto nos outros instrumentos preenchidos, há um espaço para a inclusão do endereço, que deve ser o mais completo possível, já levantando a possibilidade de uma visita domiciliar, caso o doente não retorne no prazo determinado. Esta é também a oportunidade oferecida pelo Serviço para que o doente esclareça suas dúvidas a respeito da doença e de seu tratamento.

Periodicamente a assistente social faz um levantamento do número de faltosos e entra em contato por telefone com os mesmos. Quando esta medida não surte efeito, ela vai até o domicílio para verificar a causa do não comparecimento. Nesta oportunidade é realizado um novo agendamento ao Serviço de Pneumologia para reavaliação. O medicamento só é levado ao domicílio quando o doente se encontra acamado

e nenhum familiar tem condições de ir buscar. Para os doentes que se encontram hospitalizados é fornecido medicamento para uma semana, e após a alta hospitalar os mesmos devem comparecer ao serviço para tomar conhecimento da rotina de tratamento.

Nas consultas subsequentes são avaliadas as intercorrências e/ou os problemas com a medicação, sendo solicitados novos exames dependendo da evolução da doença. Ao final do sexto mês outro Raio-X de tórax é solicitado, e após a avaliação final do doente o médico decidirá pela alta por cura ou pelo prosseguimento do tratamento.

Para o doente pulmonar positivo sem intercorrências, a visita mensal nada mais é do que uma avaliação rápida (em média de 5 minutos) e a entrega dos medicamentos. Apenas naqueles que apresentam alguma alteração clínica é que esta rotina é alterada.

## 8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Com base em MINAYO, “a fase de análise deve apontar três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar as questões sobre o assunto, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte”. (MINAYO et al., 1997, p. 69).

Na análise foram trabalhadas categorias mais gerais, formuladas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, como sexo, faixa etária, procedência, estado civil, escolaridade, ocupação, baciloscopia ao iniciar o tratamento, existência de telefone para contato (para os doentes), e tempo que trabalha neste setor (para os profissionais de saúde). ( Anexo 3).

As outras categorias foram formuladas a partir da coleta de dados, tais como: a percepção sobre a doença, sua etiologia, relatos sobre a transmissão, razões para buscar o serviço de saúde, motivo da não aderência, sinais e sintomas da tuberculose, tratamento e reações adversas decorrentes do mesmo, e mudanças frente a doença, (para os doentes).

A participação dos profissionais de saúde foi analisada a partir de problemas por eles levantados como a falta de medicamentos, as reações adversas, as causas da não aderência, o resgate dos faltosos.

Finalmente, foram cruzadas algumas informações reveladas por doentes e profissionais de saúde na tentativa de compreender os motivos da não aderência ao tratamento.

Para direcionar esta análise os três grupos, doentes que concluíram o tratamento, doentes que não aderiram ao tratamento e profissionais de saúde foram identificados nas entrevistas pelas letras A, B e C respectivamente. (Anexo 4). E o número utilizado após a letra permite identificar a entrevista caso isso se faça necessário.

## 8.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO

Levando-se em conta a abordagem qualitativa de orientação antropológica na área da saúde, relatarei o desenvolvimento do trabalho de campo para que possam ser avaliadas as dificuldades, e verificado até que ponto algumas situações podem ter interferido nos resultados.

Como anteriormente relatado, após a seleção dos doentes a serem entrevistados, iniciei a busca dos endereços. Nesta primeira etapa busquei mapas detalhados dos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu, uma vez que não conheço todos estes municípios.

Como os entrevistados residiam em diferentes municípios o deslocamento para a realização das entrevistas foi realizado em transporte coletivo e em alguns momentos, a pé. O fato de utilizar este meio de transporte facilitou a localização dos endereços uma vez que no próprio ônibus encontrei pessoas que conheciam o endereço ou sabiam informar com detalhes sua localização. Porém, em certos momentos, apesar da existência de um endereço detalhado, os doentes não foram encontrados. Por exemplo, em determinada situação, localizei a rua e o domicílio no Balneário de Cachoeira do Bom Jesus, porém os moradores não lembravam de ninguém com aquele nome. Após explicar o motivo da visita e de fornecer maiores detalhes à proprietária da casa, que morava ao lado, esta lembrou que havia alugado o imóvel para um grupo de aproximadamente 20 pessoas que vendiam cocada na praia. Atualmente eles deveriam ser encontrados no Balneário de

Ponta das Canas. Procurei aquela localidade e após entrar em contato com algumas pessoas, localizei uma senhora que fazia parte do grupo, a qual informou que a pessoa procurada não residia mais ali, havia mudado para o município de Itajaí em busca de outro emprego, e os colegas não tinham outras informações.

Outra dificuldade encontrada na busca dos faltosos era o fato de não conhecê-los, pois quando um informante pedia uma descrição do doente, estatura, cor dos olhos e cabelos, local de trabalho, apelido eu não sabia informar.

Em outra ocasião na Localidade de Morro das Pedras, após entrar em contato com vários moradores e pessoas no Mercado Central, todos afirmavam não conhecer a pessoa e a rua fornecida pelo Programa como sendo de sua residência. Assim, em contato com funcionários do Posto Policial da localidade, fui informada de que em Florianópolis não existia rua com o nome “Bom Senhor Jesus”, porém próximo ao Posto Policial havia a rua “Sagrado Coração de Jesus”. Localizada esta rua interroguei vários moradores, porém nenhum tinha conhecimento da pessoa procurada. A não existência de um ponto de referência e o fato da casa não ser numerada, também dificultaram a busca e após percorrer toda a rua o endereço não foi localizado.

Situação semelhante foi evidenciada em outro caso onde constava do endereço Bairro, nome da rua, número da casa e ponto de referência, porém no supermercado apontado como referência os funcionários relataram não conhecer a referida pessoa, como também em outros pontos comerciais próximos (vídeo locadora, bar e casa de material de construção). Após perguntar a 20 pessoas que moravam nas proximidades, retornei sem realizar a entrevista, uma vez que a residência não foi localizada.

Destes três casos os dois primeiros não aderiram ao tratamento enquanto o terceiro se tratava de um caso de alta por cura.

Estas informações evidenciam as dificuldades enfrentadas pelo Serviço para localizar os doentes e também uma falha do próprio Serviço, uma vez que os dados referentes ao local de residência do doente são coletados na primeira consulta e a veracidade do mesmo só é pesquisada caso o doente não compareça.

Para CUMMINGS et al. (1998), os doentes que mudam para outros municípios ou estados negligenciam o tratamento com maior frequência que aqueles que permanecem no mesmo município. E são estes doentes que quando não curados serão fonte de transmissão da tuberculose nestas localidades.

Quando discuti o problema da qualidade dos endereços com os profissionais que acompanham os doentes, os mesmos informaram que os dados referentes ao endereço do doente são detalhadamente coletados:

*“Estes pacientes têm todos um prontuário onde se pega todos os dados nos mínimos detalhes e quando ele passa do dia de vir aqui, a assistente social e o motorista da Policlínica vão até a casa dele...” (C 20)*

Porém o próprio serviço relata a dificuldade em encontrar certos endereços.

## 8.2. DADOS GERAIS A RESPEITO DOS DOENTES

### 8.2.1. Sexo:

Quanto ao sexo, os doentes entrevistados que não aderiram ao tratamento eram todos do sexo masculino. As poucas mulheres que poderiam vir a fazer parte deste grupo eram HIV positivas ou haviam reiniciado o tratamento quando da busca dos prontuários. O fato de serem homens pode implicar numa forma própria de responder ao tratamento. Para ROGERS (1991), homens jovens tendem a explicar sua saúde em termos de resistência física, estar apto a desempenhar suas atividades, enquanto as mulheres jovens falam mais em vitalidade, energia, estar apta a enfrentar determinadas situação. Na meia idade as idéias são mais complexas, e há uma grande ênfase para o bem estar físico e mental, e pessoas idosas, principalmente os homens, se preocupam em estar aptos a fazer determinadas coisas. Por outro lado, idéias de satisfação, felicidade, são também freqüentemente expressas. Segundo este autor, além da diferença entre homens e mulheres, existe a diferença quanto a classe social. Assim, quanto maior o nível educacional, das mulheres em particular, maior é a dimensão do conceito. (ROGER, 1991).

ELSEN (1985), realizando uma pesquisa qualitativa em Florianópolis mostra que para os homens o fator que determina se o indivíduo está ou não doente é a capacidade que o mesmo apresenta de desempenhar o seu trabalho, sendo que as doenças crônicas, que não interferem nas atividades normais, são aceitas sem que o indivíduo venha a procurar assistência médica.

O grupo que recebeu alta por cura também era formado em sua maioria por homens, sendo que apenas uma mulher foi entrevistada.

Em levantamento realizado junto ao Serviço de Investigação dos Agravos de Notificação compulsória do Estado de Santa Catarina, dos casos de tuberculose notificados no ano de 1997, na Grande Florianópolis, 75,3% eram do sexo masculino, e no município de Florianópolis este percentual é ainda maior, compreendendo 79,23% dos casos notificados.

### 8.2.2. Faixa etária

A idade dos doentes variou entre 19 e 60 anos, concentrando-se na faixa etária de 30 a 40 anos no grupo que não aderiu ao tratamento (6 doentes), e destes, três ao serem entrevistados estavam com 31 anos. No grupo que aderiu ao tratamento 5 doentes apresentavam idade entre 30 e 50 anos. Esta distribuição guarda proporção com a literatura, que aponta a tuberculose como uma doença que atinge principalmente adultos jovens. Um estudo sobre a Vigilância da Tuberculose na região Européia da OMS em 1995, mostra as incidências específicas por idade e sexo e estabelece a seguinte classificação: em países com incidência de Tuberculose menor que 20/100.000 habitantes, a distribuição dos casos foi idêntica para os dois sexos até o grupo etário de 15 - 24 anos, a partir do qual a incidência nos homens se tornou o dobro da das mulheres. Já nos países com incidência de tuberculose maior ou igual a 20/100.000 habitantes, o pico de incidência nos homens é observado no grupo de 45 - 54 anos, e nas mulheres, nos grupos com 25 - 34 anos e com idade superior ou igual a 65 anos, e as taxas específicas por sexo diferiram significativamente a partir dos 35 anos de idade. (PERROCHEAU, SCHOEBEL, VEEN, 1998). Na Tanzania 80% dos casos com baciloscopia positiva se apresentam entre indivíduos de 15 e 54 anos de idade. (MURRAY, 1990). Em Santa Catarina 69% dos casos notificados em 1997 pertenciam ao grupo de 20 a 49 anos.

Para ELSÉN (1985), idade, sexo, condições sócio-econômicas e outros não devem ser analisados de forma independente, mas são fatores que afetam diretamente o comportamento das famílias com relação a concepção de saúde e doença.

### 8.2.3. Município de residência

No que diz respeito a procedência, fazem parte da amostra indivíduos pertencentes à grande Florianópolis. Nos dois grupos predominam os moradores do

município de Florianópolis (6 entrevistados). Porém, no grupo que aderiu ao tratamento, um doente residia em Biguaçu e outro em São José, e no grupo que não aderiu ao tratamento, além dos dois municípios já citados, dois doentes residiam no município de Palhoça. Estes municípios estão implantando o Programa de Pneumologia Sanitária, mas muitos doentes ainda preferem realizar o tratamento na capital. Apenas um doente que não aderiu ao tratamento apontou a distância como problema:

*“O Serviço lá é bom, me deram todo o remédio, o único problema é que é longe, tem que pegar ônibus até o centro e depois ir a pé até lá . Aqui o serviço é muito ruim, só tem um médico e se a gente não vai cedo não pega ficha...” (B 12)*

#### **8.2.4. Estado civil:**

Quanto ao estado conjugal houve uma diferença marcante entre os dois grupos. Nos que aderiram ao tratamento predominam os casados (7 casados de 8 entrevistados), sendo apenas 1 solteiro com 19 anos, enquanto naqueles que não aderiram ao tratamento 4, dos 11 eram solteiros, sendo que todos possuem 31 anos ou mais e 2 são separados. Destes 6 doentes, 4 residem com membros da família, dois apenas com a mãe, um com os pais e um com os filhos.

Em uma pesquisa quantitativa realizada no Rio de Janeiro (RIBEIRO, 1993), na distribuição quanto ao estado civil houve um predomínio de solteiros no grupo que não aderiu ao tratamento da tuberculose (48,7%), em relação aos que aderiram ao tratamento (35,4%), porém sem significância estatística.

#### **8.2.5. Escolaridade:**

No item escolaridade foi verificado nos dois grupos que, em sua grande maioria, os doentes cursaram apenas o primeiro grau, porém, dois dos indivíduos que não aderiram ao tratamento apresentavam 2º grau completo.

Dois casos foram classificados como ignorados, uma vez que não foram localizados para realização das entrevistas e nos respectivos prontuários médicos estes dados não foram preenchidos.

### 8.2.6. Ocupação:

A ocupação dos diferentes componentes dos grupos é heterogênea, predominando no grupo que não aderiu ao tratamento a característica de vendedor, sendo que um vendia cocada na praia, outro possuía uma venda junto à casa com pouquíssimas mercadorias, e dois apresentavam um emprego formal de vendedor. Ainda neste grupo, dois informaram estar desempregados e outro apesar de afirmar ser mecânico, desempenhava suas atividades apenas quando solicitado, em troca de uma “gorjeta” ou de bebida alcoólica (segundo informa a mãe). Um doente, que dizia ser vidraceiro, também só desenvolvia suas atividades quando solicitado, sendo que, no dia da entrevista não tinha nenhum trabalho marcado. Outro não tinha ocupação (andariço), tendo sido internado por várias vezes na Colônia Santana e às vezes é avistado pelos funcionários deste Hospital andando nas proximidades, porém não foi localizado para a entrevista.

No grupo que aderiu ao tratamento, apenas um indivíduo cuja profissão é de pedreiro, no momento se encontrava desempregado, todos os demais estavam desenvolvendo as atividades referidas.

Portanto, quando avaliada a existência de um trabalho formal os trabalhadores sem ocupação e com trabalho informal aparecem apenas no grupo que não aderiu ao tratamento, (Tabela 6).

**Tabela 6. Número de doentes que aderiram ou não ao tratamento, segundo a ocupação.**

<b>Ocupação</b>	<b>Doentes que aderiram ao tratamento</b>	<b>Doentes que não aderiram ao tratamento</b>
<b>Trabalho formal</b>	<b>05</b>	<b>04</b>
<b>Trabalho informal</b>	<b>-</b>	<b>04</b>
<b>Sem ocupação</b>	<b>-</b>	<b>01</b>
<b>Desempregado</b>	<b>01</b>	<b>02</b>
<b>Aposentado</b>	<b>02</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>11</b>

Serviço de Pneumologia Sanitária/ Florianópolis/SC

Isto vem ao encontro dos dados encontrados por RIBEIRO (1993), no Rio de Janeiro onde a ausência de trabalho foi seis vezes mais comum entre aqueles que não aderiram ao tratamento do que entre os que concluíram o mesmo.

### 8.2.7. Resultado do exame Bacteriológico ao iniciar o tratamento

No início do tratamento, a baciloscopia direta do escarro apresentou uma relação inversa nos dois grupos. No grupo que aderiu ao tratamento, predomina as baciloscopias positivas com três cruces enquanto que o grupo que não aderiu ao tratamento (5 casos) apresentou baciloscopia positiva, porém apenas com uma cruz. Isto mostra que os doentes deste grupo são fonte de infecção, e estão disseminando o bacilo nos locais que frequentam, porém, se a capacidade de infectar for avaliada em função do número de cruces apresentadas na baciloscopia, o grupo que não aderiu ao tratamento, quando do diagnóstico da tuberculose, estava disseminando menos bacilos no meio do que o grupo que aderiu.

Um ponto que deve ser levado em consideração é que aqui não foram avaliadas as baciloscopias posteriores ao início do tratamento, não sendo possível afirmar qual era o resultado da baciloscopia do doente que não aderiu ao tratamento no momento da entrevista.

No prontuário médico de um dos entrevistados não constava o resultado da baciloscopia uma vez que o mesmo iniciou o tratamento no Hospital Universitário. Este caso foi entrevistado, porém o mesmo não sabia informar o resultado dos exames, e quando entrei em contato com o hospital, as três amostras pesquisadas foram negativas e não havia resultado de cultura. Apesar deste caso não fazer parte do grupo predeterminado para a pesquisa ele foi incluído uma vez que o mesmo se tornou fonte importante de informações para a análise do problema.

Segundo ROUILLON (1991), o abandono do tratamento e a ingestão irregular do medicamento, ao mesmo tempo que prolonga a vida do paciente aumenta o número de focos de infecção na comunidade, pois estes doentes continuam transmitindo o bacilo da Tuberculose para os seus contatos domiciliares e extra-domiciliares e às vezes se tornam excretores crônicos do bacilo da tuberculose.

### 8.2.8. Existência de telefone para contato

O número do telefone é um dado que o serviço valoriza muito uma vez que quando o doente atrasa ele é chamado pela assistente social a comparecer ao serviço através do telefone. No grupo que não aderiu ao tratamento, 5 de 11, afirmaram não ter qualquer número de telefone para contato, enquanto no outro grupo 3 não apresentaram telefone para contato. O contato telefônico é o principal meio de busca dos faltosos, portanto todos os que não referem ter um telefone para contato, quando não comparecem ao Serviço para

a realização do tratamento devem ser visitados imediatamente pela assistente social, porém a falta de um veículo muitas vezes a impede de realizar a visita, levando o doente a reiniciar o tratamento devido a demora no retorno.

### 8.3. O DOENTE E AS PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA

O primeiro ponto a ser avaliado diz respeito à percepção da doença tuberculose considerando o processo através do qual a doença é padronizada, interpretada e tratada, o que Kleinman denomina de Modelo Explicativo. O modelo explicativo é definido como “o conjunto das idéias de todos os envolvidos no processo clínico sobre um episódio de doença e seu tratamento”. Os modelos explicativos são sustentados pelos pacientes e pelos médicos, e “oferecem explicações sobre a doença e o tratamento para orientar as escolhas entre as terapias e os terapeutas disponíveis, assim como para elaborar os significados pessoais da experiência da doença”. (KLEINMAN, 1980, p.104-118).

Estes modelos são construídos pelo doente como respostas a um episódio particular de doença; não se confundindo com as crenças generalizadas sobre as doenças sustentadas pela sociedade. De acordo com KLEINMAN (1980), os Modelos Explicativos leigos tendem a ser idiossincráticos, mutáveis, e fortemente influenciados pela personalidade e por fatores culturais. São em parte, conscientes, mas também inconscientes, e caracterizados por “imprecisão”, multiplicidade de significados, mudanças frente a falta de exatidão nos limites entre as idéias e a experiência. Por outro lado, os Modelos Explicativos dos médicos também são elaborados para tratar de um episódio em particular, mas são baseados principalmente na seqüência causal exclusiva da lógica científica. Portanto, os Modelos Explicativos são utilizados pelos indivíduos para explicar, organizar e manejar episódios particulares de mal estar. O contexto de um modelo explicativo pode incluir a organização social e econômica e a ideologia dominante (ou religião) da sociedade onde o indivíduo adoeceu e consultou.

No decorrer deste trabalho serão apresentados alguns pontos relacionados com os Modelos Explicativos, vistos a partir do doente e do serviço de saúde tais como: a etiologia da condição, a caracterização dos sinais e sintomas, a severidade da doença e os tratamentos indicados para a condição.

8.3.1. **A etiologia da condição:** a explicação da doença para o indivíduo doente e sua família.

É interessante conhecer a visão dos doentes quanto a etiologia da tuberculose pois as representações que as pessoas possuem sobre a origem das enfermidades são as orientadoras das escolhas terapêuticas e preventivas, sendo essas representações diretamente relacionadas com o contexto social e cultural dos indivíduos. Os modelos leigos normalmente possuem consistência e lógicas internas, o que ajuda o doente a encontrar sentido e motivo para o que lhe aconteceu.

Nas entrevistas realizadas a etiologia da tuberculose foi explicada por alguns como se a origem do problema estivesse relacionada ao seu comportamento, a estilos de vida, e principalmente ao enfraquecimento do corpo como:

a) Relacionada ao uso do álcool, cigarro e drogas:

*“Eu tomava demais...”(B 10)*

*“Eu tomava muito. Sexta, sábado, domingo direto... um dia tomava e no outro dia ficava doente...”(B 9)*

*“É como eu disse, de certo é do cigarro...”(A 8)*

b) Relacionada à própria alimentação e ao enfraquecimento do organismo.

*“Eu morava em uma boca que tinha droga todo dia, eu fumava maconha e usava cocaína, mas só cheirava, aí eu ficava sem comer 2 a 3 dias, você sabe, com a droga a gente fica forte, não tem fome... aí fui enfraquecendo...”(B 17)*

c) Relacionada a aspectos do meio ambiente, como o excesso de frio ou de calor:

*“Eu tusso por causa da água gelada...”(B 10)*

*“Ele já tosse por que toma muita água gelada, a água tem que ser que é um gelo, só toma água de geladeira, sempre assim. É perigoso de pegar uma pneumonia...”(mãe B 10)*

*“Isto aí eu quero crer que começou a aparecer tipo de uma pontada, eu trabalhava com uma assadeira, uma na frente, outra do lado e uma tremenda câmara frigorífica atrás. Chegava o caminhão de carne e eu tinha 80 kg de carne para descarregar, 80 kg nas costas, congelada, aí um calor danado, eu vermelho igual a um camarão, só podia dar pontada. Antes não sofria de nada, não tinha tosse... Sempre fumei, mas nisso eu me cuido muito, tomo leite todo dia. Só do cigarro não foi a tosse...”(A 1)*

d) Relacionados à religiosidade:

*“Antes eu não estava na Igreja... por que eu era da Assembléia, daí, quando eu saí da Assembléia aí Deus me falou que eu ia ficar doente, pois lá tem as profecias né, se eu não voltasse para a Igreja eu ia ficar doente...”(B 9)*

*“As vezes Deus mostra a doença para as pessoas que se afastam da Igreja para eles voltarem, e Deus também mostra a cura sem tratamento nenhum, para as pessoas saberem que quem manda em tudo é Ele. Quem tira a vida é aquele lá em cima...eu não quero doença para mim...”(B 17)*

e) Relacionadas ao enfraquecimento do corpo:

*“Primeiro eu tive um problema de pulmão né que eu tive um acidente daí bati a cabeça no muro, daí fui obrigado a operar aqui, por que no bater eu bati o lado então acho que isso aí causou esta doença, o corpo ficou fraco eu fumo um cigarro mas... de repente já ajudou para essa doença aí...”(A 5)*

*“Estava com o organismo fraco por isso peguei...Por que eu não estava almoçando. Eu saía de casa só com o café da manhã e ia trabalhar, aí lá pelas 16*

*horas comia um salgadinho e só ia jantar e almoçar as 20 horas. Ai baixou a resistência.. (B 18)*

*“Eu acho que foi de uma gripe. Tinha gripe e uma dorzinha aqui do lado. Eu sempre tive pontada, depois não deu mais, mas eu tinha uma dor no lado que eu não dei bola, eu ia pescar, pegava muito vento sul e chuva. Eu acho que aquilo ali e a tosse que nunca passava, eu já tinha há algum tempo, e daí deu isso...”(A 7)*

Muitas vezes, as teorias leigas sobre a etiologia das doenças são multicausais, e um mesmo doente, no decorrer da entrevista, pode apontar fatores diferentes para a mesma. A presença destes diferentes fatores causais não é raro ocorrer, porém, um pode prevalecer em relação a outro (FOSTER E ANDERSON, 1978). BLAXTER (1983), em pesquisa qualitativa realizada com um grupo de mulheres sobre algumas doenças, entre elas a tuberculose, também verifica esta multicausalidade. As mesmas apontavam como causas da doença: infecção, hereditariedade ou tendência familiar, fatores do meio ambiente como clima, o vício, as condições de trabalho, doenças secundárias devido a traumas ou ainda negligência e a doença como consequência da pobreza. ELSÉN (1985), em pesquisa realizada com famílias em Florianópolis sobre o conceito de saúde e doença também apontou a estação do ano, clima, alimentação e condições de higiene como fatores responsáveis pela etiologia da doença.

Nas entrevistas aqui descritas a multicausalidade aparece quando um mesmo doente refere fatores diferentes como causa da doença (B 9). Outro aspecto que deve ser ressaltado é a relação estabelecida entre o enfraquecimento do corpo pelo uso do álcool, cigarro e drogas, alimentação, clima e as mudanças bruscas de temperatura levando ao enfraquecimento do corpo e ao aparecimento da doença em decorrência deste enfraquecimento.

### **8.3.2. A noção de contágio e os cuidados com a transmissão:**

Sendo a Tuberculose uma doença infecto contagiosa as formas de transmissão do ponto de vista da manutenção da doença na comunidade é importante, porém quando os doentes falam sobre a transmissão repetem conceitos do serviço e ressaltam a pessoa do médico:

*“Eu tomava no copo dos outros e daí peguei...”(B 10)*

*“Eu peguei esta doença de um amigo lá do bar. Ele também tinha, e deve ter passado para mim... é tuberculose ...”(B 19)*

*“Também o médico disse para mim, já que você começa a tomar o comprimido já não vai ter problema com a família, mas a gente sempre evita...”  
(A 3)*

*“O médico mandou cuidar, pediu para eu beber num copo só e comer num prato só. Essas coisas pode passar no copo que eu bebesse, mas não tem jeito. Porque fazer uma panela para cada um daí apura, daí não dá para fazer aí, é muito sacrifício... Outra coisa não precisava cuidar...”(A 8)*

*“Na época deram algumas orientações e eu me retirei de casa, fui morar com a minha irmã uns 2 -3 meses, por causa das crianças. Me pediram proteção de máscara quando estivesse próximo das crianças, dos idosos e das pessoas doentes, e quando tossisse, se tivesse tosse, mas eu não tinha...”(B 11)*

*“Essa doença passa, o pessoal no Hospital usava tudo máscara, mas em casa não. A minha pequena estava com começo e foi tratada...”(A 7)*

A preocupação com a transmissão da doença aparece principalmente no relato de um pai que afirma ter saído de casa para evitar o contágio, já os outros relatam alguns cuidados mas sem dar muito valor ao problema.

Um outro jovem que ao ser entrevistado afirma que seu irmão e seu pai também realizaram o mesmo tratamento e acha que foi ele quem transmitiu a doença para seus familiares.

*“Essa doença passa, mas quando você não está tomando o remédio. Quando você está tomando o remédio ela não passa, mais, entendeu. Eu acho que foi assim que o médico explicou...Eu acho que fui eu que passei para eles aqui em casa. No começo eu não sabia que tinha esta doença, se eles não pegaram de mim*

*eu não sei da onde eles pegaram também. Já tem pessoas na minha casa que tem tuberculose, então quer dizer que não sou só eu. Até na mesma época que eu fiz o tratamento meu outro irmão, este que está em casa, também foi tratar, a mesma data da carteirinha dele é a minha...ele também tratou e depois foi meu pai ele está fazendo o tratamento agora...”(A 5)*

As explicações, portanto quanto aos cuidados para evitar a transmissão da doença são as mais variadas, desde indivíduos que afirmam que quando estão tomando o remédio não transmitem mais, até aqueles que se isolam devido a transmissão. Nestas explicações não foi possível verificar diferenças marcantes entre os indivíduos que aderem ou não ao tratamento e a preocupação com a transmissão.

Quanto aos cuidados que deveriam ser adotados com relação a transmissão da doença, pode ser observado que muitas informações foram fornecidas pelos diferentes serviços de saúde que os doentes freqüentaram e não era a opinião própria do indivíduo. Era o discurso do Serviço sendo repetido pelo doente. Por outro lado, é possível observar que apesar do doente (A 8) relatar os cuidados necessários para evitar a transmissão, o mesmo afirma não ser possível separar os utensílios domésticos, levando a um questionamento: até que ponto as orientações fornecidas pelos serviço de saúde são passíveis de ocorrer, tendo em vista as mais variadas condições sociais dos doentes?

### 8.3.3. O nome Tuberculose:

O nome tuberculose apesar de ser conhecido há séculos por diferentes grupos populacionais, parece não ser reconhecido, e muitas vezes é até evitado, uma vez que os doentes quando interrogados sobre qual era o seu problema, ou qual era a sua doença, descreviam:

*“Eu tinha pneumonia, me deu uma gripe muito forte e daí a médica descobriu que era pneumonia....”( no decorrer de toda a entrevista ela se referia à doença como uma pneumonia das fracas, uma coisa simples). (A 4)*

*“O que eu tinha não era tuberculose, era uma outra doença que precisava a mesma medicação, por isso eu fui tratar lá...”(após esta resposta ele recusou-se a continuar a entrevista).(A 6)*

*“Meu pulmão tem uma poeira...” (A 2)*

Isto se repete no grupo que não adere ao tratamento:

*“Não disseram o nome da doença, só me trataram e pronto...”*

*Eu acho que era problema de pulmão...” (B 13)*

*“Eu tinha um problema no pulmão fazem 8 meses. O cara disse que era mancha no pulmão... nicotina do cigarro que está no pulmão...” (B12)*

*“Se eu não tratar vai passar para uma tuberculose, né, se não tratasse...” (B 9)*

Apenas oito entrevistados, quatro do grupo que aderiu ao tratamento e quatro do grupo que não aderiu ao tratamento disseram ser “tuberculose” a sua doença, todos os outros se referiram à doença como “um problema no pulmão” que poderia receber as mais diferentes denominações. Quando em contato com o serviço de saúde um profissional relatou que muitas vezes o doente evita a denominação Tuberculose devido ao estigma, ao medo de perder o emprego e do afastamento de familiares e amigos devido à doença. Por outro lado durante a entrevista um profissional relatou que todos os doentes após definido o diagnóstico é informado que sua patologia é denominada Tuberculose.

#### **8.3.4. Os sinais e sintomas descritos pelos doentes:**

Apesar do Serviço de Saúde identificar a tuberculose pulmonar por comprometimento do estado geral do doente, febre baixa vespertina com sudorese, inapetência, emagrecimento, tosse produtiva e dor torácica, acompanhada ou não de escarros hemoptóicos, para os entrevistados os sinais mais referidos eram a tosse, o emagrecimento, a fraqueza e dois entrevistados referiram hemoptise. Assim, muitos relacionavam a cura com o fato de conseguirem recuperar o peso inicial, ou voltarem a executar suas atividades normalmente.

*“Foi só uma fraqueza, um desmaio só, e me levaram para o hospital...eu estava bem magro... com 53 quilos agora estou com 71.”(B 13)*

*“Isso foi assim eu tinha muita tosse, uma tosse, tosse a noite, e eu suava frio, mas eu não sabia o que era isso, eu achava que a tosse era por causa do cigarro...(A 3)*

*“Isso é que eu não sei, começou com uma dor nas costas, começou a tosse e dava uma dor que respondia aqui no peito... Quando eu me senti mal fui na Universidade, fiz uns exames e o médico ia me internar, mas fomos três, quatro vezes lá no Hospital para ver se tinha vaga, mas não tinha vaga. Eu não podia nem caminhar, para subir este morro eu tinha que descansar três vezes, só eu sem nada de coisa para carregar, eu estava feio...”(A 8)*

*“Deu uma tossida, e no que eu tossi uma coisa arrebentou por dentro, e aí vai sangue né, aí eu comecei a sangrar, não parava...”(B 9)*

Quanto aos sinais e sintomas o mais referido foi a tosse, provavelmente por ser um dos sinais visíveis da tuberculose, seguido de outros como o emagrecimento e a hemoptise. Por outro lado a febre não foi citada apesar da sudorese, que aparece em decorrência da mesma, ter sido apontada por alguns doentes.

O fato de um indivíduo apresentar um ou mais sintomas anormais, pode não ser suficiente para que ele seja considerado doente. O adoecer é um processo social, que envolve outras pessoas e depende destes sintomas serem considerados anormais pelo paciente e seus familiares, ou não. ZOLA (1973), ressalta que esta definição pode variar na medida em que um sintoma determinado seja comum ou não na sociedade em questão, e se o mesmo se adapta aos valores maiores daquela sociedade ou grupo. Se o sintoma é muito comum, provavelmente será considerado normal, e por conseguinte aceito de forma fatalista. O mesmo autor constatou, por exemplo, que o cansaço é frequentemente considerado normal, mesmo que seja algumas vezes, característica de uma doença grave.

### **8.3.5. Razões para procurar um Serviço de Saúde:**

No grupo estudado, os motivos que levaram os indivíduos a procurar o serviço de saúde foram os mais variados possíveis, nem sempre estando associados aos sintomas da tuberculose. Em algumas situações a tuberculose foi descoberta durante o tratamento de outras patologias:

*“Eu não sentia nada, absolutamente nada. Não tinha sintoma nenhum, a não ser uma gripe muito forte que me deu...justamente na época que aconteceu a descoberta, eu tinha uma gripe muito forte, que me deu, daí ela (a médica) começou a examinar os exames radiológicos já com outra ótica. Daí que ela percebeu, pois até então ela examinava nos exames radiológicos apenas a questão dos tumores na coluna e numa destas, ela pediu mais especificações, daí acusou...”(B 11)*

*“Eu estava mal. Primeiro começou uma dor no âmus, aí fui no médico, daí deram uma injeção de Voltaren, aí vim para casa, mas não fiquei bom à noite, daí voltei para fazer exame da próstata. Daí a médica do centro deu um remédio para mim , daí passou na hora, mas depois de novo deu a dor, daí fui lá no HU (Hospital Universitário) e eles fizeram uma drenagem. Daí depois de uns 4, 5 dias eu comecei a colocar sangue pela boca. Eu tinha uma tosse muito forte, eu comecei a botar sangue, sangue, quer dizer, eu catarrava sangue. Aí eu fui lá e eles fizeram radiografia e tudo, daí eles me internaram. Eu fiquei bastante dias e ainda saía sangue pela boca...”(A 7)*

*... “quando eu vi que estava ruim mesmo eu resolvi procurar o médico, porque eu não estava me sentindo bem. Daí eu fui e procurei este médico lá do centro, fiz um monte de exames . Eu fui direto para a INAMPS...”(A 5)*

Em determinadas situações, a busca do Serviço de Saúde só ocorreu devido a hemoptise. Estes doentes apresentavam outros sintomas durante alguns meses, mas por considerá-los sem importância, não buscavam tratamento. Apenas um sangramento intenso fez com que os mesmos procurassem o serviço de saúde. Este problema aparece relatado nos dois grupos:

*“Um dia levantei cedo, tem um vizinho meu aqui do lado que estava carpinando, daí eu fui lá também, aí eu falei assim carpinando eu vou lhe ajudar, daí já limpamos a frente toda. Ele disse é uma boa. Pois é, então vou pegar a enxada. Aí quando peguei a enxada e fui na frente da casa, daí deu uma tosse seca, daí eu fui ali e escarrei, saiu uma bolinha de sangue. Aí eu falei para o vizinho e... tá feia a coisa, estou escarrando sangue de manhã cedo, isto era uma segunda cedo*

*né... mas não dei bola para aquilo, daí deu uma cossiquinha na garganta e de novo, saiu uma pelotinha maior, e atrás daquilo disparou. Ai era sangue que não parava. Estourou, não parava, não parava. Daí daquele jeito que eu estava, de pijama, peguei e me mandei para o hospital daí cheguei lá no hospital Florianópolis, o médico não mandou fazer biboca nenhum só me deu uma receita e me mandou para a farmácia. Daí vim aqui, fui na farmácia, cheguei ali ele disse assim: se está sangrando, isso aí é coisa de hospital não adianta, mas o médico disse que era pra tomar... daí não tomei mas realmente parou. Daí eu estava sentado, e eu já nem o cigarro punha na boca de medo de me dar aquela tosse... aí eu peguei e sentei ali e daí a pouco me deu uma cossiquinha eu mandei a mulher fazer um sopinha só pra mim comer, lavei de novo... aquilo uahhhh, uahhhhhh, pra dormir, eu dormia sentado por que eu tinha medo de vir aquele sangue demais e de morrer afogado, e morre mesmo. Um pinico, não tenho vergonha de dizer um pinico urinol, eu enchi uns dois, três, envolta da cama. Era direto, daí eu peguei e disse não, me mandei de novo, só que daí eu menti lá. Te atenderam ontem? Daí eu disse: não, é a primeira vez que eu estou vindo aqui. Mas não estiveste aqui não? Não, começou hoje. Ai eles, né, eles me mandaram fazer raio X. Ai o médico disse: é, aqui tem alguma coisinha, vai fazer outro, o negócio aqui não está bom, não gostei deste raio X daí mandou fazer outro mas não ficou pronto no dia. Daí era para voltar no outro dia. Daí quando eu voltei no outro dia as 9 horas, aí a médica lá que estava lá disse: ohm João, tem um problema aí, nós vamos descobrir. Daí essa médica disse: vamos até o fim. Eu disse: quem sabe, sabe. Eu estou aqui por que vocês sabem, se eu soubesse eu não estava aqui. Ela disse: não, eu vou descobrir o que tem, vai bater outro, daí foi que ele descobriu que era tuberculose. Daí ela me encaminhou para a Centro, para pegar o remédio, Graças a Deus fiz certinho seis meses não pifei nem falhei...”(A 3)*

*“Foi num sábado. Eu tinha uma dor de cabeça muito forte, pegava aqui assim a dor, tomava remédio e não adiantava. Ai tá, eu estava mal, aí não liguei, achei que era dor de cabeça simples, normal. Ai eu sei que passou uns dois meses, eu saía muito para dançar, bebia muito, também misturava bebida, Ai num domingo a noite... no sábado à tarde eu estava colocando um catarro bem sujo, até parecia que era de cigarro, mas eu nunca fumei na minha vida. Daí eu chamei a mãe e*

*mostrei. O que é isso, ela disse, anda fumando? Eu disse: nunca fumei, Deus o livre, nem suporto pessoa que fuma perto de mim. Ai minha mãe ficou pegando no meu pé dizendo que eu estava fumando. Não fumei e nunca vou fumar. Ai sai no sábado e eu bebi muito, assim, vodka, conhaque, cerveja, maracujá, um monte de bebida forte assim eu misturei. E ai o clube acabava uma hora, dai vim embora de pé. Vim eu mas uns colegas meus. Ai tinha um caminhão de abacaxi na frente, dai eu peguei no abacaxi ele estava quente, não sei se foi aquilo. Aquele abacaxi eu raspei no muro ali perto e nós comemos ali, e estava meio quente, um jeito quente. Ai eu vim embora. Estava meio quente, me deitei, ai 3 horas da manhã eu me acordei tossindo. Deu uma tossida, e no que eu tossi uma coisa arrebentou por dentro, e ai vai sangue né, ai eu comecei a sangrar, não parava. Parecia uma torneira direta. Ai a minha esposa chamou a mãe, ela disse isso ai é cachaça, e quando a mãe chegou ela se assustou por que a minha cama era só sangue ai ela botou a almofada por traz de mim, e eu fiquei quase a noite toda sangrando. Elas botavam uma toalha no meu colo, dai botavam outra, e já botavam outra. Ai deu 7 horas da manhã a mãe disse: vai para o hospital. Cheguei lá, bateram Raio X, não acharam nada e me mandaram de volta. Vim para casa, cheguei em casa 2 horas da tarde, fui almoçar comecei a sangrar. Não fiz nada, esperei a mãe até as 7 da noite. Quando a mãe chegou, já estava mais melhor...dai chegou um monte de colega meu, vizinho e vizinha., Dai sentei no sofá e aquela ânsia de vômito estava direto, ai eu fui para o quarto. Não agüentei, no outro dia fui para o hospital eles bateram o Raio X e só olharam, e me internaram na hora. Ai fiquei lá 7 dias, ai vim embora por que não conseguia comer. Ai tinha um senhor do meu lado que fazia tudo no quarto, ai vim embora. Foi indo, foi indo, e fiquei bom. Agora assim estou bem...”(B 9)*

Outro fato importante é que apesar dos sintomas descritos por estes doentes e do aparecimento da hemoptise eles precisaram comparecer duas vezes ao Serviço de Saúde para que o problema fosse identificado, sendo que um mentiu para ser atendido novamente.

O caso mais grave foi relatado por uma jovem que procurou cinco médicos até que o tratamento da tuberculose fosse iniciado

*“... fui em uns cinco médicos até descobrir que eu tinha pneumonia...”*

(A 4)

### **8.3.6. O papel da família e dos amigos na identificação do problema e na busca do tratamento de saúde.**

A família e os amigos parecem influenciar os doentes que não aderem ao tratamento de forma significativa. São os membros da família que acompanham o doente para a realização da primeira consulta ou que sugerem determinado tipo de tratamento. Por outro lado, no grupo que aderiu ao tratamento, apenas uma entrevistada revelou que seu marido a acompanhava em todas as consultas e a incentivava na realização do tratamento.

Fica a pergunta, se a família não estivesse presente, incentivando o doente a buscar tratamento médico, será que ele teria procurado o serviço de saúde?

No decorrer do tratamento a influência da família diminui, uma vez que os sintomas desaparecem, ou seja, a forma aparente da doença, a tosse, a sudorese e o emagrecimento, levando os familiares a pensar que o mesmo está curado.

*“Foram eles aqui de casa que me mandaram fazer o tratamento... e o meu amigo lá do bar também me indicou, disse que o tratamento era bom...”* (B 19)

*“Ele tossia a noite toda e não deixava ninguém dormir...”* (mãe B 19)

*“Eu estava com um probleminha de pulmão. Foi minha esposa que me obrigou a procurar atendimento médico...”* (B 18)

*“Sei lá, é que eu estava aqui em casa e me deu um branco, um desmaio, e meu irmão me levou no hospital, e lá eles bateram uma chapa e eu fui descobrir que tinha essa doença... foi lá no Hospital...”* (B 10)

*“... quando eu voltei o meu marido me levou em um monte de médicos, ele ficou muito preocupado...”* (A 4)

Nos relatos aqui apresentados a figura da mãe, da esposa, do irmão, do amigo e do marido se fizeram presentes na decisão em procurar um serviço de saúde.

### 8.3.7. O tratamento e outros cuidados relacionados com a doença:

O tratamento dos bacilíferos deve ser a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente a fonte de infecção e compete aos serviços de saúde promover os meios necessários para garantir que todo o indivíduo com diagnóstico de tuberculose possa ser adequadamente tratado. Alguns aspectos a serem descritos são:

a) **Quanto ao regime de tratamento:** apesar do Ministério da Saúde determinar que o tratamento deverá ser realizado em regime ambulatorial, no serviço de saúde mais próximo da residência do doente, e que a hospitalização é admitida somente em casos especiais e por um período reduzido, não é esta a realidade vivenciada pelos doentes, uma vez que vários diagnósticos de tuberculose neste grupo foram realizados em nível hospitalar, e as Unidades que prestam o atendimento básico de saúde foram procuradas por apenas quatro doentes, (dois de cada grupo selecionado).

Este dado pode levar a dois questionamentos: ou a porta de entrada do Serviço de Saúde dos municípios de procedência dos doentes pesquisados é mesmo o Hospital, ou a procura por atendimento médico ocorre apenas quando o doente apresenta um quadro mais grave, onde se faz necessário o atendimento hospitalar. Dos casos avaliados, sete foram internados, e um só não foi internado por falta de vaga no Hospital Nereu Ramos.

*“...Depois de uns dias não tinha vaga, não tinha vaga, eu disse: quer saber de uma coisa, eu vou é fazer o tratamento em casa, e Graças a Deus me curei, estou são...”(A 8)*

b) **Quanto ao esquema terapêutico adotado:** os entrevistados estavam fazendo uso do Esquema I, (verificar anexo 01). Apenas um dos entrevistados recebeu além da rifampicina + isoniazida e da pirazinamida o etambutol, pois já havia abandonado o tratamento anteriormente.

**c) Quanto aos horários determinados para a ingestão do medicamento:**

apesar dos profissionais de saúde indicarem a ingestão da isoniazida e da rifampicina em jejum e da pirazinamida após o café, esta recomendação nem sempre era seguida.

*“Ah agora eu não lembro, parece que eu tomava de manhã, é, de manhã antes do café e a noite depois da janta, é...”(B 13)*

*“Eu tomava acho que seis comprimidos por dia, o vermelho e aqueles branquindo, depois só comia mamão, banana, leite...”(B 10)*

*“O antibiótico é que corta a doença, desse eu tomava quatro comprimido de manhã antes do café e do outro eu tomava dois depois do café, esse antibiótico eu tomei uns três meses, depois só fiquei tomando o outro, ainda tem um pouco de remédio lá em casa... Todo dia eu voltava lá do INAMPS com uma monte de remédio...”(B 17)*

Um dos doentes entrevistados apesar de ter recebido alta por cura ainda tinha 40 comprimidos de rifampicina + isoniazida em sua casa. Isto se deve a uma falha do Serviço que forneceu mais medicamento do que o necessário, ou do doente, por não ter ingerido diariamente o medicamento. Segundo informações da esposa, ele foi orientado pelo Serviço para ingerir o medicamento até acabar.

**d) Quanto a associação entre diferentes medicamentos:** um doente fazia uso de drogas anti-convulsivas:

*“...eu preciso deste remédio (ele mostrou o medicamento) toda vida, é para os nervos, eu tomo todo dia, e eu consigo consultar na Colônia Santana, e pego lá. sempre que a pessoas não pode comprar eles doam...”(A 8)*

E uma mulher fazia uso de contraceptivos orais.

No decorrer da entrevista nenhum dos entrevistados relatou ter recebido orientações mais detalhadas com relação à associação entre os diferentes medicamentos.

**e) Quanto as reações adversas ao medicamento:** a reação adversa ao medicamento apareceu em vários relatos, de doentes de ambos os grupos, porém no grupo

que aderiu ao tratamento os doentes mostravam uma vontade de superar esta dificuldade e continuar com o tratamento apesar das reações. Este fato pode ser observado a seguir:

*“...realmente o comprimido pra mim, eu sou ruim de engolir. Por que eu tinha a língua presa, daí eu operei mas ela ficou boba, aí eu falei para o Doutor: eu não engulo com esta casca todinha, daí o que eu fazia, eu descascava o remédio, colocava um pouquinho de água no copo e ponhava o pó ali e tomava, daí punha mais um pouco de água mexia o copo e tomava mais um gole O médico disse: não, se o teu estômago está agüentando, está se acostumando, tudo bem, senão tem que tomar injeção. Já pensaste quantos mil comprimido que eu tomei, tudo picado de injeção eu iria virar uma peneira, graças a Deus. Me deu muita dor de estômago, daí eu fui e reclamei para ele e ele disse: realmente isso é o comprimido, ele é muito forte. Oh, tinha hora que eu me via azul. Tinha hora, Deus que me perdoe, que dava vontade até de parar, daí eu dizia para ele, e ele disse: não esquente a cabeça, vai tomando o remédio que uma hora passa. Eu acostumei, daí eu parei, no dia que era para parar, parei.*

*P: E o médico não deu um outro remédio por causa deste problema?*

*Não. Não deu, ele disse que não, que realmente isso era do próprio comprimido. Porque eu estava tomando fora da cápsula era onde que provocava. Mas eu estava com medo, aquela dor direto ali, nos primeiros dias foi bravo...Olha, você sente que não se acostuma com aquele remédio. É que graças a Deus meu organismo era forte, daí foi passando, e no final eu não sentia mais nada, estava sentindo bem legal, dormia bem, comia bem. Daí a última vez que eu fui lá, que era a última né, daí tive alta, daí falei então tá bom...”(A 3)*

*“O remédio foi bom. No primeiro dia fiquei meio ruim. Eu tive que tomar seis comprimido de um tipo mais dois do outro, daí era bastante para tomar. Eu bebia e vomitava bastante, não ficava bom do estômago, mas eu fui tomando, fui tentando pois tinha que tomar...”(A 8)*

Este é o relato de um doente que abandonou o tratamento.

*“Esses são os remédios...mas daí esse aqui eu tomava e vomitava tudo de volta, saia tipo de um sangue, (se referindo a rifampicina), o dia todo eu não comia nada. Dava uma fraqueza e eu não saía da cama. Um dia eu tomei ele e fui lá na Celesc pagar a luz. Eu peguei o Biguaçu aqui e eu tinha acabado de tomar o remédio. Quando eu saltei lá em baixo na Celesc, que eu fui descer para a rua de baixo, me deu uma tontura e eu caí, e quando vi estava em uma casa, a mulher que me deu água e daí eu melhorei. Esse remédio me dá muita fraqueza ...eu não consigo me alimentar bem. E o médico explicou, ou eu me tratava ou fazia a cirurgia mas eu vim para casa para tomar esses 11 comprimidos, mas eu não consegui. Daí eu parei, não voltei mais e tenho vergonha de voltar... Se eu tomar, eu fico na cama...”(B 9)*

f) **Quanto ao tamanho da cápsula e a dificuldade na ingestão:** este problema foi levantado por um doente em relação a rifampicina + isoniazida pois a mesma vem em uma capsula de aproximadamente um centímetro de comprimento. A dificuldade foi assim descrita:

*“Eu fiz o tratamento bem direitinho. Tomava um remédio de manhã, só que não conseguia tomar em jejum. Falei para o médico e ele disse que eu poderia tomar alguma coisa antes. Eu tenho dificuldade de tomar remédio, até, o anticoncepcional que é bem pequeno é ruim de engolir. É que quando eu era pequena uma vez eu engoli uma bala inteira e depois disso eu não consigo tomar remédio. O remédio de depois do café era pior ainda, pois não era tão lisinho, mas era pouca coisa, era só pouco remédio que eu tomava. Dois dias depois, ou 1 ou 2 semanas depois, já me senti melhor, já melhorei. Eu só continuei tomando o remédio por que o médico disse que não podia parar. Eu ia buscar o remédio até antes de acabar. O meu marido às vezes fechava tudo aqui, só deixava um funcionário nos fundos, para me levar no médico buscar o remédio. Eu recebi alta...eu estou curada. Quem não faz o tratamento certo fica magro. Eu conheço um senhor que é vendedor, que tem essa doença e que não trata, ele é bem magro. Ele falou que ele morava no interior e ninguém conhecia a doença, só quando ele veio para a cidade que começou a tratar, mas parou...”(A 4)*

### 8.3.8. O doente e a ingestão de bebida alcoólica:

Quanto aos alcoolistas, dois, que apresentaram alta por cura, afirmaram ter parado com a ingestão do álcool, sendo que um deles parou enquanto realizava o tratamento, porém não por ordem médica:

*“Então é o seguinte eu bebia uma cachaça lascada não vou te negar, porque eu bebia. Era um pé de cana. Eu já estava consumindo por dia uns 2 litros de cachaça. A minha vida estava na pinga, eu já estava dependendo dela. Eu levantava de manhã e só pensava nela. Perdi quantos empregos bons. Na época que eu estava empregado, às vezes quantos negócios errados que eu fiz. Hoje eu penso, este tratamento me trouxe isso também. Eu agradeço a Deus e a Nossa Senhora Aparecida que eu tenho muita fé, que eu parei com a cachaça também, desde o momento que eu fiz o tratamento. Até hoje não sei o que é isso, cachaça na minha boca. Eu aproveitei o embalo, se eu não fizesse assim, que coisa ruim não seria. Então não precisei ficar aí internado, a minha família cansou de dizer para mim internar, que tem que se internar, porque você é alcoólico... Não tem nada de alcoólico, vai tudo da pessoa. Se a pessoa disser: não quero mais, não quer. Então eu já aproveitei o embalo do remédio, pois se eu fiquei 6 meses sem beber porque eu não fico o resto. Parei, parei graças a Deus. Tai a mulher que não me deixa mentir, os filhos, não foi bom. Pergunte pra eles... é ruim nos primeiros dias, nos primeiros dias é triste, a gente fica tudo perdido. Dá uma vontade, dá água na boca, mas daí tudo mundo diz assim: para parar de beber a gente não pode ir onde tem gente bebendo. Não senhor. Aí que tem que estar no meio daqueles que tão bebendo no bar e tudo. Sabe por que? Daí você vai odiando o cheiro eu não posso com o cheiro da cachaça, entendeste? Então agora eles tão tomando a cachaça ali... a minha cervejinha eu tomo, mas é bem diferente. Eu tomo a minha cervejinha, uma cervejinha se a gente toma não faz mal se a gente está com sede tomar uma, 2, ou 3 não faz nada. O negócio é o seguinte, se você tomar uma cervejinha e comer uma comida de sal ela rebate, e a cachaça é o capeta. Tanto que a pessoa fica ali já não sabe o que faz, fica valente, fica rico, fica pobre, fica relaxado. Então hoje eu fico dando conselho para os amigos. Dizem que se conselho fosse bom não seria de graça, era bem medido, mas cada uma pra si como diz aquela música: eu vivo a minha vida e vocês vivem a sua, se eu não vou poder ajudar, estorvar eu não vou...”*

*P: E foi assim que o médico mandou parar de beber e você chegou em casa e parou?*

*Não, ele não mandou. Ele não falou ele disse assim: esse tratamento, ele não impede de beber, entendeste? Ele não impede, pode beber. Você deve saber melhor do que eu, tinha gente que ia comigo pegar o comprimido e descia no bar beber uma. Vem cá, como é que o comprimido vai fazer efeito se você toma o comprimido e toma a cachaça atrás? Não pode fazer. Então é aquela coisa que você está se matando mais ainda, né? Se uma já está prejudicando, é duas coisa. Então é bem uma coisa, ou bem outra. Eu pensei comigo assim: ao menos uma cervejinha, a gente pode tomar. Daí o médico disse: eu não estou te proibindo de nada. Tua cabeça, teu mestre, entendeste? Não, eu pensei, vou fazer certinho o tratamento sem ponhá uma gota na boca...Então o médico não mandou eu parar, mas eu, graças a Deus e a fé que eu tenho em Nossa Senhora Aparecida..., sou muito religioso, se eu não me agarrar com Deus e com Nossa Senhora Aparecida eu vou me agarrar com quem? Nas parede aí. Eu tenho que agradecer a ele. Se ele me deu saúde, eu me encarrego do resto. Então eu já aproveitei o embalo, e já que eu fiquei 6 meses sem por nada na boca, quer dizer eu colocava o café, isso eu colocava, suco, refri, isso eu tomava, mas de álcool mais nada. Então porque eu não vou aproveitar o embalo? Se eu fiquei 6, posso ficar mais 6, e assim vou dobrando. Graças a Deus estou contente, minha família também, tudo...*

*Foi um vício que eu achava que não ia parar, acharam que era preciso me internar... Só uma força da gente mesmo. Quando uma pessoa tá dizendo para ti, tu aceita para agradar a pessoa, mas por dentro tá dizendo assim: a essa daí é pior do que eu e quer dar conselho para mim. E tem pessoas que a gente, sabe que é pior que a gente, e quer dar conselho para a gente. É difícil de aceitar. Eu não aceitava mesmo. Não aceitava. Vão cuidar da vida de vocês, deixa a minha! Coitada da mãe, dizia assim: meu filho, pare com essa vida, não quero morrer sem ver você parar com essa cachaçada. Tá mãe, um dia eu paro tá. Mas que dia? Um dia, mãe. Graças a Deus cheguei lá..."(A 3)*

*"Não bebi os cinco meses, fiquei sem beber nada, eu ia no bar e os amigos ofereciam, só um copo, mas eu dizia que não, pois se eu tomasse um copo, eu não iria agüentar e ia tomar mais e mais. Eu não bebi nada e terminei o*

*tratamento, tem gente que não terminou. Não vou tomar mais não, chega de comprimido, já deu para cicatrizar meu pulmão, é muito remédio, 5 meses, tomando 6 comprimido é muito...”(B 17)*

Entre os doentes entrevistados, é grande o número de alcoólatras, e a associação entre o uso do álcool e do medicamento é relatada por alguns como imprópria, referindo que a bebida alcoólica é prejudicial e não deve ser associada ao medicamento. Em outros momentos, o problema da associação entre a bebida alcóolica e o medicamento é realizada também pelos familiares.

*“O remédio eu dava todo dia de manhã para ele, mas ele colocava na boca e fazia de conta que engolia, mas não engolia. Um dia eu estava carpindo lá fora em baixo da janela do quarto dele e achei um monte de comprimido. Eu acho que ele tinha medo de tomar o remédio e não poder beber, de que fizesse mal, daí ele nem tomava o remédio...”*

*“Meu filho tem problema com bebida. Eu já fiz de tudo, uma vez ele ficou internado na Colônia Santana, mas foi só uma semana, pois quando eu fui lá para fazer uma visita ele já não estava mais. Estes tempos eu fui procurar uma clínica com um pastor, lá perto do morro. Ele foi comigo até lá, mas como precisava pagar 300 reais para fazer o tratamento, ele não quis pois ele disse que eu não teria dinheiro para pagar e ele não ia ficar... Ele saiu de manhã e só volta a noite, eu não sei o que fazer...”(Mãe B 12)*

Entre os entrevistados, seis eram alcoolistas sendo que: 2 aderiram ao tratamento e 4 não aderiram.

### **8.3.9. Comportamento frente ao auxílio oferecido pelo Serviço de Pneumologia Sanitária.**

Além do medicamento específico para o tratamento da tuberculose e dos exames diagnósticos, (pesquisa de BAAR no escarro, PPD e o Raio-X de tórax), o Serviço oferece passagem para os doentes que moram muito longe e um auxílio alimentação, que é conhecido como um sacolão ou rancho.

Estes alimentos não são entregues no Serviço de Pneumologia Sanitária, uma vez que são fornecidos por uma entidade não governamental, porém o controle é realizado pela assistente social, estes alimentos somente são entregues para aqueles doentes que comparecem mensalmente à consulta médica, após uma avaliação das condições sócio econômicas do doente e sua família. No grupo entrevistado, quatro doentes foram encaminhados para receber este auxílio.

*“Tem gente que precisa mais do que eu. Não peguei o rancho. E tem gente que não precisa, mas se aproveita da situação e não deixa para os outros...”*

*(B 17)*

*“...não, eu não quero mais. Só quero o remédio, só mais nada....”* (B 19)

*“...eu buscava o sacolão todo mês...”* (A 3)

*“Lá eles me deram um rancho... esta comida ajuda...”* (A 8)

Nas respostas podemos observar que os doentes que aderiram ao tratamento aceitaram o auxílio, enquanto os que não aderiram, não aceitaram.

O fato do doente rejeitar o auxílio oferecido pelo serviço pode também apontar para a necessidade de não manter outra ligação com o Serviço, além da consulta médica e da retirada dos medicamentos, pois receber outro auxílio fará com que o comparecimento do doente para o tratamento seja exigido, mais do que isso, estes alimentos são fornecidos às pessoas mais pobres, portanto, recebê-los implica em assumir a condição de “pobreza”, definida pelo serviço de saúde.

*“Eles me ofereceram um rancho e passe, eu fui um dia lá, mas vi tanta gente ruim, magrinho, que desisti. Se o cara não ganha para pagar três reais de passe e comprar uma comida, então não dá...”* (B 17)

*“...não, eu não quero mais. Só quero o remédio, só mais nada. Não quero mais nada, só o remédio. Deixa o sacolão lá para os pobres. É com o remédio que eu vou ficar bom, não com as compras...”* (B 19)

### 8.3.10. Identidade frente a doença, a doença como estigma:

Nas doenças crônicas muitas vezes ocorre uma mudança no estilo de vida e na identidade. As perspectivas de vida são alteradas, ou pode existir uma relativa normalidade apesar da incapacidade, utilizando-se estratégias para proteger o doente e preservar sua identidade. O doente tenta criar uma aparência de normalidade, pois um fator importante é a necessidade que o doente tem de manter a sua auto-imagem, o medo de perder o controle do presente e do futuro. (Gerhardt, comentando Strauss, 1989, p.140). Ele parece tentar manter a identidade normal frente à sociedade, para não ser afetado pela doença e pela terapia. Outro fator que pode levar o doente a esconder a doença é o medo de perder o emprego.

*“Não contei para ninguém e continuei trabalhando, eu trabalho de manhã e a tarde, por conta. Hoje estou de folga. Não precisei trabalhar...”(B.12)*

A mãe deste senhor relata que o mesmo não tem um trabalho fixo.

Nos casos avaliados, alguns doentes omitem ao grupo a que pertencem o fato de estarem realizando tratamento para tuberculose e de necessitarem de auxílio.

*“Fisicamente não interferiu em nada, só psicologicamente. Você se obriga a discriminar. Eu me obriguei a me isolar de tudo e de todos... só quem sabia da doença foram os familiares, os médicos do Cepon, né, e um ou dois amigos que sabiam por estreitamento social amistoso, relações assim mais freqüentes, a gente acaba trocando estas informações...”*

*P: E o senhor sentiu algum afastamento por parte deles?*

*Só me ocorreu uma vez. Uma pessoa amiga evitou a presença dos filhos perto de mim por que eu estava... aliás a nossa melhor amiga, mas eu não me magoei por que era nossa melhor amiga. Jamais eu ia poder condenar, porque realmente ela está no direito dela de preservar a saúde dos filhos...”(B.11)*

*“As crianças não sabem sobre o problema, nem minha mãe, nem os amigos e as pessoas que trabalham comigo. Não contei para ninguém...”(B.18)*

A doença é vista como algo ruim, “roupa suja”, “podre da gente”, como se o próprio doente fosse o culpado pelo aparecimento da mesma e por isso deveria esconder o problema do seu grupo.

*“...eu acho o seguinte: cada um para si e Deus para todos. Isso é assunto assim, para mim é uma coisa da família de cada um. Roupa suja se lava em casa, então é assim: os único que sabiam, era a minha família. Mas assim vizinhos, conhecido, alguns, sabem como é, por que a gente não é de ficar quieto sempre, está conversando alguma coisa, daí eu gosto de conversar com Deus e todo mundo, sei conversar, penso que sei, mas não é assim não, ninguém sabia do meu problema, acho que eu sabendo está bom, eu e a família. então não precisa saber dos podre da gente, ninguém precisa saber...(A 3)*

Outros porém parecem não esconder o fato de estarem em tratamento, e não relatam dificuldade de relacionamento decorrente da doença:

*“Os vizinhos sabiam, eu contava, mas ninguém, ninguém se afastou. A amizade era a mesma. Essa doença hoje em dia não tem mais...(A 2)*

*“Eles sabiam, mas ninguém tinha medo de nada continuou tudo a mesma coisa. Eu ia lá, eles vinham aqui...”(A 8)*

O medo da morte em decorrência da doença também foi relatado.

*“Veio os crente fazer oração para mim umas quantas vezes. Só diziam que era para mim ter fé em Jesus Cristo e se Deus quiser não era nada. Eu, vamos ver, as vezes eu dizia eu vou morrer, agora eu não escapo mais... eu me sentia mal, eu não podia nem caminhar, agora eu recuperei.... se eu desistisse do tratamento eu morria né, então eu tinha que tomar o remédio, nem que ficasse ruim. Ah... desistir é pior. Se desistir daí morre mais ligeiro, tem que tentar ver se faz o tratamento, ver se sara, né...”(A 8)*

### 8.3.11. A não aderência ao tratamento do ponto de vista do doente:

A não aderência é muito mais discutida pelos doentes que terminam o tratamento do que pelos faltosos. Quando esta pergunta era realizada aos faltosos eles afirmavam que o tratamento era de seis meses, mas como eles se encontravam bem, não voltaram.

*“...sei lá, esquecia, e enjoava do remédio...”(B 10)*

O fato de se sentir curado, foi a justificativa utilizada para explicar a não aderência ao tratamento. Os sinais e sintomas desapareceram e apesar de ter recebido as orientações sobre a necessidade de continuar o tratamento por seis meses, estas não foram seguidas. A percepção do doente, com relação a sua condição, parece ter sido o fator principal no momento de decidir sobre a continuidade ou não do tratamento.

*“... eu parei porque eu estava bom, quer dizer achava...”(B 19)*

*“...porque agora eu parei não vou tomar mais não, porque agora chega de comprimido. O que acaba mesmo com a doença é o antibiótico e esse já acabou faz tempo...”(B 17)*

*“...oficialmente eu não ganhei alta. Eu me dei alta por que me senti bem, me senti curado, daí não procurei mais. Daí eles me procuraram uma ou duas vezes, mas eu disse que estava bem, que não sentia mais nada, não tinha sintoma nenhum...”(B 11)*

*“O tratamento não foi ruim, só que eu tomei só um mês só. Depois já estava bom, era para voltar pegar mais mas eu não voltei...”(B 19)*

*“Eu não gosto de tomar remédio, eu gosto mesmo de fitoterapia. Eu estou tomando suco de cebola...Enquanto eu estiver me sentindo bem vou ficar assim. Para mim eu estou bem, eu estou legal...e não sei que tratamento iria procurar se não me sentisse bem, não me sinto doente...”(B 18)*

Um dos doentes havia abandonado o primeiro tratamento, porém, retornou e havia recebido alta por cura. Este justificou seu abandono assim:

*“Desisti por causa de depressão. A mulher faleceu, daí bebia...Tomava um pouco, fiquei internado por causa da bebida umas três vezes...”(A 1)*

Ele era internado em hospitais e clínicas para tratamento do alcoolismo durante o tratamento da tuberculose e não recebia o medicamento para a tuberculose durante estes internamentos.

#### 8.4. A PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Em um segundo momento cinco profissionais de saúde que exercem suas atividades no Serviço de Pneumologia Sanitária de Florianópolis foram entrevistados e descreveram um pouco do que pensam do serviço. Dos cinco profissionais entrevistados, 3 trabalham neste setor há mais de 10 anos e os outros dois, há menos de 5 anos. Durante as entrevistas os profissionais discutiram sobre o funcionamento do serviço e quando interrogados sobre os doentes alguns problemas foram apontados.

##### 8.4.1. Importância do Serviço:

Todos os profissionais entrevistados relatam a importância do programa, a relação com outros serviços e a preocupação com o número de casos existentes.

*“Eu acho bom. No Brasil tem dois programas que funcionam bem, um é o de Tuberculose e outro é o da Lepra. O nosso funciona atualmente bem. Ele tem uma certa história, tem o apoio do Gapa, dos alcoólicos anônimos. Do ponto de vista geral, o programa funciona bem. É um programa aberto, não precisa tirar ficha. Ele é encaminhado, ele é atendido, O problema é que a nível de Ministério da Saúde está faltando medicação, mas parece que já foi sanado...”(C 20)*

*“Eu acho importante, por que a tuberculose é uma doença que está se espalhando rapidamente, apesar de já ter uma cura a tanto tempo. Parece que hoje em dia a gente está retrocedendo, está se espalhando. As pessoas não valorizam o*

*tratamento, as pessoas até começam, depois param. Acho que é um serviço importante, até educativo, principalmente com relação aos cuidados gerais...”(C 21)*

#### 8.4.2. Problemas encontrados:

Quando interrogados sobre as dificuldades enfrentadas pelo serviço, estas foram relacionadas com o doente, com problemas sociais, os doentes de AIDS ou com outros setores envolvidos no tratamento, como o Ministério da Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e os Hospitais, porém não com aspectos do próprio serviço. O problema está “fora”, “nos outros”. E podem ser divididos em:

a) **Aspectos relacionados ao doente:** as condições sociais, falta de alimento, moradia foram enfatizadas por este grupo.

*“De um modo geral o nosso problema são os doentes: o alcoólatra e o doente portador de AIDS. E o problema social também, porque a tuberculose pode dar em qualquer pessoa, mas preferencialmente ela dá nas pessoas que não têm o que comer. O problema social é grave, os problemas estão mais ligados aos aspectos sociais dos doentes do que ao programa...”(C 20)*

#### b) Aspectos relacionados com o tratamento:

- A falta de medicamento:

Sem o medicamento, todas as estratégias para diminuir o número de doentes que não aderem ao tratamento podem ser esquecidas, pois o pré-requisito para a melhoria da aderência é sem dúvida, assegurar que as drogas estejam à disposição de todos e sejam gratuitas.

*“Faltou. Faltou agora, este final do ano passado até agora faltou. Estava faltando etambutol, isoniazida e rifampicina + isoniazida de meia dose. A gente conseguiu um pouco, daí remaneja daqui, remaneja daí. Daí é assim: o etambutol só veio um pouquinho, daí é dado prioridade para aqueles pacientes que estão com esquema de falência, estão em uma situação com etambutol e etionamida, que é importante. Para aqueles que tem intolerância, então a gente meio que*

*seleciona. Aquele paciente que é um abandono e que precisava tomar etambutol com rifampicina + isoniazida, este não tomou, ficou com o esquema simples.*

*Isoniazida, nós ficamos praticamente janeiro e fevereiro sem abrir quimioprofilaxia nova, pois não adianta abrir quimio sem remédio, o pouquinho que tinha a gente garantiu para aqueles que era mais importante. Não tem aqui e não tem onde comprar.*

*A gente tenta fazer com o que tem aí. Agora não tem rifampicina pura, agora só tem rifampicina em xarope, então a gente está dando xarope para adulto. Vai levar um saco de vidro e toma um vidro por dia, praticamente ele toma 30 ml este vidro tem 50 ml, ele toma 2 vidros a cada 3 dias daí ele leva 15 vidros. Aí tem que ficar bem claro a intolerância... Não tinha isoniazida, também não tem rifampicina pura, chegou tudo agora em fevereiro. A de comprimido está em falta desde setembro. A gente vai tentando substituir por etionamida. Não é o ideal mas bota a estreptomicina... Agora é que praticamente normalizou. Tem isoniazida, já chegou o etambutol. Agora praticamente está tudo normal, só não tem a rifampicina de meia dose, mas que também não faz tanta falta. A rifampicina tem para comprar. Eu até telefonei na farmácia do SESI. Era uma criança, e se tivesse que mudar o esquema de tratamento ia ficar por mais um ano. A mãe até era técnica de enfermagem, e disse, que se tiver que mudar, daí quem sabe eu compro. Eu liguei para o SESI e era 6 reais e pouco. Dava para 10 dias. Daí ela disse: então eu prefiro comprar. Aí eu compro para a menina e aí quando chegar... Aí manteve o tratamento, não mudou. Daí um mês ela comprou, então assim quando o paciente pode ....”(C 22)*

- A reação adversa ao medicamento:

A intolerância ao medicamento é um aspecto que deve ser constantemente observado, pois a toxicidade aos medicamentos pode converter-se em uma das causas de fracasso se não forem tomadas as medidas adequadas. Para BELLUOMINI, em pesquisa sobre a seqüência do tratamento de curta duração da tuberculose pulmonar em Unidades Sanitárias no Vale do Paraíba, as reações mais apontadas foram náuseas, vômito e outras perturbações gástricas. (BELLUOMINI & TAGUSAGAWA, 1984).

Quanto aos profissionais entrevistados, a intolerância medicamentosa é assim analisada:

*“Quando ele vem aqui ele já sabe que as drogas podem apresentar vômito, alergias, náuseas, então se o paciente apresentar qualquer destes sintomas e ele não puder tomar o remédio, ele é orientado para voltar ao serviço. Vai ser levantado qual a droga que está lhe fazendo mal. O que acontece é que muitas vezes faz mal, e eles param de tomar o remédio e não aparecem mais. O próprio programa tem algumas normas, se tem uma droga que faz mais mal, ela é substituída por outra.*

*Os efeitos colaterais são maiores em alcoólatras do que em não alcoólatras. Eles têm uma tendência a maiores efeitos colaterais a medicação que os outros. A Hidrazida (Isoniazida) por exemplo, dá mais efeitos colaterais em alcoólatras que em não alcoólatras, os efeitos hepáticos...”(C 20)*

#### **8.4.3. Como o profissional de saúde analisa a não aderência ao tratamento. As causas da não aderência:**

Para CHAULET (1987), a não aderência pode ser consequência da negligência e incompetência dos encarregados do Programa a nível central, nacional ou local, outros como RIBEIRO (1993) e BURMAN et al. (1997), apontam o uso de bebida alcoólica e o fato de morar só como fatores importantes e as vezes não controláveis.

Para os profissionais de saúde entrevistados a responsabilidade ficou distribuída entre o doente e os fatores externos:

a) **Fatores relacionados ao doente:** problemas de âmbito social e comportamental como no relacionamento com a família, bebida, álcool, “são relaxados”, a doença não é problema e portanto não é dada importância para os sinais e sintomas apresentados.

*“...uns porque são relaxados, outros porque não tem condições de vir, e outros acham que têm 3 meses de tratamento e dá positivo, então não venho mais... mas tem que terminar o tratamento. São seis meses, a gente explica, chama e explica de novo, daí eles voltam. Tem uns que não voltam....é que são relaxados mesmo, não têm força de vontade. Tem pessoas que tem, mas tem uns que não tem...”(C 23)*

*“São muitos que usam drogas e eles acabam não vindo, as vezes eles deixam a família e a família não sabe para onde eles foram. Ou então solteiro, mora com o pai e com a mãe, mas o pai e a mãe não dão mais conta, daí vai para a casa de uma irmã casada, aí eles também não agüentam mais porque ele bebe e tudo, a família tenta dar suporte, mas chega uma hora em que eles também não agüentam, e desistem. Tem várias vezes que é problema de bebida, drogas, preso e tudo, chega uma hora que a família não agüenta. Geralmente é vício da droga e do álcool, porque aí ele acaba ficando fora da realidade, ele não tem consciência, então não tem como levar a sério...”(C 22)*

*“A gente está conseguindo melhorar o nosso índice de abandono agora janeiro deu dois ou três, fevereiro deu quatro, parece. Nesta época é terrível porque janeiro, fevereiro eles se largam nas praias, e esse negócio do horário, eles tiram férias, quer dizer, tiram férias não, mas eles acham outras freguesias, tem outras preocupações e daí... E mesmo tem aquele que não adianta. A gente tem visto que, têm uns pacientes, tem aqueles que tem na cabeça que não podem trabalhar, que realmente estão convencidos da doença, tem os que são alcoólatras, e outros que são normais e que não assimilaram que estão doentes ou que realmente não estavam com esta doença...é uma questão de conscientização da necessidade do tratamento. Ele sente que precisa. Tem paciente que não é sintomático e faz o tratamento direitinho, e outros que são e nem por isso fazem o tratamento direito. Eu acho que é uma questão de educação da própria pessoa, tem pacientes aí que não têm nada a perder, para eles a tuberculose é o de menos, são doentes problemáticos, eles querem saber o que vão comer no dia seguinte, se eles vão arrumar o dinheiro para a cachaça, para a droga a necessidade dele é outra, a tuberculose é só mais uma aporrinhação...”(C 24)*

*“Principalmente no começo, porque são muitas drogas, é muita medicação... se a gente pega por exemplo, um paciente que tem HIV, que já vem com um monte de medicação também, eles começam a tomar mas eles desanimam. Aí começa a tomar mas acha que está melhor, não tem mais os sintomas, daí ele acha que está curado e para...”(C 21)*

b) **Fatores externos:** como a dificuldade em chegar ao programa, a falta de alimento e os efeitos colaterais provocados pelos medicamentos.

*“...muitos é falta de alimentação, que o tratamento aqui eles são bem tratados. A gente conversa, dá orientação. Acho certas coisas erradas, dizer que você tem que comer certas coisas, como uma vez fizeram uma entrevista aqui, e eu fiquei calada. Quando a pessoa voltou, ela falou: eu não tenho nada disso. Uma verdura que é um absurdo, uma banana está 50 centavos o quilo, então muitos não têm feijão com arroz, é caro também. Se tivesse uma ajuda, né. E tem gente mais simples que diz que não tem. Eu já fiz entrevista que a mãe disse não, eu posso comprar. Então ótimo, se a senhora pode comprar é ótimo...”(C 22)*

*“... primeiro muitos pacientes abandonam porque depois de algum tempo ele se sente melhor e acha que está curado, outro ao meu ver, é a dificuldade que ele tem de chegar até o programa, outro são os efeitos colaterais, todos os medicamentos tem efeitos colaterais, e a pessoa é obrigada a toma-los, outro os sociais, outros tem tantos problemas que a tuberculose é só mais um deles...”(C 20)*

#### 8.4.4. O resgate do faltoso

Para CHAULET (1987), existem problemas reais que o pessoal das Unidades Sanitárias devem levar em conta a fim de encontrar uma solução para a não aderência. Com a quimioterapia atual, é possível adequar o tratamento com o modo de vida e problemas do paciente, e não é razoável solicitar ao paciente que cumpra um tratamento indicado pelo médico, sem considerar seus problemas. O resgate do faltoso pode ser uma medida eficaz durante o tratamento, pois irá desenvolver um contato pessoal entre profissional de saúde, doente e sua família. É a partir da visita domiciliar que os fatores que impedem a continuidade do tratamento são identificados e solucionados.

*“Muitos têm dificuldade de transporte... daí a assistente social conversa e eles dão passe para a pessoa. A assistente social vai na casa da pessoa, explica, e muitos voltam. Outros não voltam, e quando voltam começam o tratamento tudo de novo...”(C 22)*

“...eu acho que a gente está conseguindo buscar mais, a Marta tem conseguido ir mais atrás, tem se preocupado um pouco mais. E a gente assim, entre nós, embora não tenha nada escrito, nada oficial, dentro daqueles retratamento por exemplo, a gente encaminha para ganhar o rancho, então as vezes eles voltam só para ganhar o rancho, por que eles sabem que durante uns meses eles tem aquilo lá. Então agora a gente não dá mais para quem é retratamento após abandono, não vai para o rancho de cara, esperara 1, 2, 3 meses para ver como a coisa vai caminhar para depois encaminhar, se vem daqueles pacientes que vem uma vez depois não vem mais, nunca faz exame, o João não está colocando de novo no tratamento. Vamos pedir exame, vamos encher o saco do cara, só vamos recolocar, vamos reexaminar o pulmão dele, vamos fazer exame de escarro, para daí retratar, porque primeiro era norma até do programa qualquer um que abandonou o tratamento e voltou ao serviço tem que retratar. Tudo bem, a gente vai retratar, mas antes disso vamos ver como é que ele está, com tudo isso, se é um daqueles que vem aqui, por que dá uma louca ele não vem mais, aí tu não está recolocando no tratamento. Por que daí, tu pode reparar, tu tem 500 vezes o abandono do mesmo paciente, em um ano tu tem o mesmo paciente abandonando 3 vezes, daí ele vem, pega no começo do ano, depois volta em maio, sabe, o mesmo paciente 2, 3 vezes no mesmo ano... Quando é um paciente que a gente conhece, meio perigoso, já telefona, não está no Nereu. Hoje hospital nenhum ganha medicamento se não trouxer toda a documentação do paciente, e se ele está internado toda semana a gente liga onde está este paciente, pra onde foi, teve alta, então a gente tem conseguido amarrar um pouco mais, é uma forma de melhorar...”(C 24)

“...a gente vai lá, conhece a família deles, também eles se sentem mais a vontade, eu acho bem interessante. Acho que a maioria dos que eu visito, eles voltam ao tratamento, mas têm uns que eu visito que eles não querem nem me receber: eu não vou mais fazer o tratamento. Principalmente quem faz uso do álcool e outras drogas. Esta semana eu fui fazer visita, aí o paciente disse: eu não quero falar, eu não vou fazer o tratamento não. E ele já estava quase no fim. Aí eu chamei, perguntei: o que esta acontecendo? Ele disse que voltou a beber. Aí a gente começa a conversar, dá oportunidade para ele, daí ele falou, contou a vida dele, aí eu

*procurei escutar. Dai comecei a argumentar: mas está só faltando alguns meses para o senhor terminar seu tratamento. Ai ele começou a colocar empecilhos: não tenho dinheiro, não tenho isso, não tenho aquilo...E aqui a gente tenta favorecer ao paciente. Quando o problema é financeiro a Prefeitura de Florianópolis, ela está dando passe, e a Maria recebeu uma doação em dinheiro, e ela deu para a gente comprar alguns passes para as Prefeituras que não dão: Biguaçu, São José, Palhoça, dai para estes outros a gente comprou...Mas a gente fornece passe para o senhor, dai conversei, dai ele voltou a fazer o tratamento. Isso é raro, porque geralmente quando a gente chega e eles não querem atender, por mais que a gente insista. Eu acho que das visitas que eu fiz desde o tempo que estou aqui, acho que umas 10 visitas que eu fui que não fui bem recebida, agora o resto geralmente .... E destas que eu fui mal recebida eles não voltaram, mesmo que a gente explique que é importante levar o tratamento a sério, principalmente os que têm crianças, que pode passar a doença, a gente fala dos filhos...ele deve querer o bem, a gente puxa esta questão: você pode passar para o seu filho, vamos evitar isso, mas muitas vezes eles acabam não vindo. Então quando o problema é passe, tem como resolver, quando o problema é medicação também tem, pois tem gente que começa a medicação, porque tem aquele medicamento em jejum e depois do café, espera 1 hora e toma mais 4 , tem gente que não se adapta a isso, mas daí o médico muda, pode tomar estes depois do almoço vai tentando achar um momento que seja melhor para ele, que não vá agredir tanto e geralmente consegue, dá certo.*

*P: E o usuário de drogas e o alcoolista, é feito algo mais?*

*Você sempre tenta ver se ele tem interesse em se tratar, porque a gente pode encaminhar para o CAPS aqui, e o NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial), em frente ao Hospital Infantil. Ali eles atendem pessoas que tem problema, todo tipo de problema, psicológico assim, que precisa de acompanhamento. Então a gente tenta encaminhar para serviços que atendam. Também tem esses grupos, tem um grupo no Rio Vermelho, para pessoas que usaram drogas, que têm AIDS, eles ficam lá, eles plantam tudo, é uma outra rotina, é diferente da rotina deles, mas tem que se submeter a rotina deles. Tem gente que se submete a isto e dá certo. É para sair daquele círculo que é o dele. De repente até ele para, mas daí encontra um amigo na venda e diz que um copinho não vai fazer mal, não tem problema, daí acaba tomando um copinho e daí volta tudo de novo né, e o álcool é progressivo, não*

*adianta. Ele vai voltar de novo da onde ele parou, volta a dependência. O que a gente tenta fazer é investigar se ele não tem vontade de tratar, se ele mostrar interesse eles são encaminhados se não, não.*

*P: Tem muitos que mostram interesse?*

*Alguns até falam, mas aí depois a gente tenta amarrar, marcar, mas daí eles dizem: deixa para a próxima, e desistem...”(C 21)*

São muitas as soluções apontadas pelos profissionais de saúde para impedir a não aderência ao tratamento, desde a análise individual de cada situação até mudanças na estrutura do serviço, especialmente, na parte educativa.

*“...eu acho que o que a gente tem que reforçar é a parte educativa principalmente, por que se ele não tiver consciência de que tem que levar o tratamento seis meses, ou nove meses, ou um ano, ele não vai levar até o fim não... daí a gente tem que reforçar, por isso é que a gente vai atrás fazer a visita quando eles faltam, ou telefona, explica que o bacilo ainda está aí, tem que fazer o tratamento até o final senão ele volta, pode ser que vire um bacilo resistente à medicação. Tem que explicar que tem cura até um certo ponto, daqui a pouco ele pode pegar um bacilo resistente e ele pode não mais curar, e a população toda corre risco. Se você pega um bacilo simples destes tudo bem, mas se você pega um resistente é um risco que você corre. Eu acho que a gente tem que dar mais ênfase a este trabalho educativo. É pela educação que a gente vai fazer com que eles entendam que têm que levar o tratamento a sério, por isso que a gente conversa bastante com ele da primeira vez. Pode ser muita informação mesmo, daí na segunda vez a gente fala novamente com ele, vê o que ele está achando, como ele está se sentindo, se está muito difícil levar o tratamento até o final...” (C 21)*

## 8.5 A RELAÇÃO ENTRE DOENTE E SERVIÇO DE SAÚDE:

Para que o tratamento tenha êxito, deve haver um consenso entre doente e profissional de saúde sobre a necessidade e importância do mesmo. A busca de um consenso, para que haja uma interpretação adequada da condição do paciente, foi denominada de negociação por STIMSON & WEBB (1975). Neste processo, cada parte

tenta influenciar a outra com relação ao resultado da consulta, diagnóstico dado e tratamento prescrito. Segundo Helman “os pacientes podem tentar amenizar a gravidade de um diagnóstico ou a severidade de um tratamento. Particularmente, podem tentar adequar diagnósticos e tratamentos para que façam sentido para eles, ou seja, segundo a visão leiga da doença.” (HELMAN, 1994, p.129). O modelo da negociação assume que o indivíduo ativamente manipula o seu envolvimento com o serviço de saúde, ele usa sua definição da situação para guiar a seu propósito, o que ele acha certo e vantajoso, e nisto, ele inclui outros participantes, percebe, define situações, interesses, táticas, estratégias e comportamentos passados. Neste caminho o indivíduo produz e reage desempenhando vários papéis. A doença vista desta forma é o resultado de um processo de construção social, onde existem diferentes níveis de negociação: o nível pessoal, incluindo o paciente e a família, e o paciente e seu médico, e o nível institucional onde está incluído o profissional engajado no diagnóstico e tratamento. Neste modelo ainda, a decisão do médico é a resposta para a representação do paciente e a aderência ou não ao tratamento ocorre em função de ambos. Inicialmente, o doente e a família definem a situação, e determinam quais os sintomas são mais importantes, de forma a considerar quais medidas deverão ser adotadas ( GERHARDT, 1989). Nos doentes aqui entrevistados, a multicausalidade da doença apareceu com frequência. Um mesmo indivíduo no decorrer da entrevista aponta vários fatores como os responsáveis pelo aparecimento da doença. Depois da identificação da doença pelo indivíduo doente, ele irá buscar auxílio. Caso o tratamento médico seja o escolhido, o próximo passo é definir onde o mesmo será encontrado, podendo ser em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, porém o doente é peça fundamental neste processo. Como foi observado anteriormente os doentes descrevem seus sintomas, as teorias leigas sobre a causalidade da doença e assumem as teorias e definições apresentadas pelo serviço de saúde.

É a partir da consulta médica que irá ocorrer o processo para converter o julgamento leigo no diagnóstico médico. Segundo GERHARDT (1989), é um processo de negociação onde os julgamentos leigos apertam o gatilho, ou seja, o doente chega para o médico com suas definições e com um diagnóstico, que será ou não confirmado pelo médico, e neste momento será definido um tratamento. Muitas vezes este tratamento é definido única e exclusivamente pelo médico. Por mais que o doente queira manifestar suas preferências por uma ou outra forma de administração do medicamento, esta está definida e

difícilmente poderá ser alterada. Um dos doentes falou sobre este problema da medicação e sobre a escolha do médico para conduzir o seu tratamento.

*“Eu até pedi que se tinha injeção, pra mim seria melhor, mas ele diz que o tratamento é este e me deu mais um outro remédio. (este doente tinha em sua casa Rifampicina + isoniazida, Pirazinamida e Etambutol)... Eu estava com 2 médicos: um era mais exigente e o outro era assim, que tanto faz como tanto fez. Dai no final, eu fui mais com aquele que disse: se quiser tomar o remédio, tome, se não quiser...O outro já exigia, o outro até ameaçou a me internar de novo...”(B 9)*

A definição do diagnóstico deveria levar o paciente e o médico a uma interação, a um processo de barganha, onde três fases são importantes: a legitimação, isto é, ser aceito como paciente; a confiança no julgamento do médico, onde o paciente tenta convencer o médico iniciando o estágio de barganha; e, em particular, o comprometimento mútuo que é vital para o sucesso da negociação. A educação, ideologia e habilidade do paciente, freqüentemente influenciam em sua participação no jogo, e a linguagem usada pelo médico também é um fator importante para o diagnóstico e tratamento. (GERHARDT, 1989). O médico está numa posição de barganha com o paciente e tenta a cooperação. A aderência ou não ao tratamento dependerá da família, dos amigos e principalmente da aceitação ou não ao tratamento instituído pelo médico.

No tratamento da tuberculose aqui analisado existem normas pré estabelecidas, as quais são apenas comunicadas ao doente, uma vez que o tratamento é padronizado pelo Programa de Pneumologia Sanitária, e poucas podem ser as alterações realizadas por este serviço a fim de atender às necessidades individuais. Assim, ou o doente aceita as normas estabelecidas e conclui o tratamento, ou ele é rotulado como um indivíduo que trará problemas para o Serviço e é classificado como “O doente que irá abandonar o tratamento.” As maiores dificuldades parecem acontecer durante este processo de negociação, entre o “profissional de saúde e o doente” ou por problemas individuais ou com a medicação e o profissional de saúde não tem conseguido reverter este quadro.

Nos doentes que aderem ao tratamento há uma certa ligação com o serviço e apesar das dificuldades o tratamento é concluído.

*“O atendimento para mim foi ótimo, para mim foi nota 10. Dizer que tem gente que reclama... Quer dizer, eu fui muito pelo médico. Tinha a assistente social lá que dava o medicamento, mas era por intermédio do médico, era ele que receitava...”*

*Não era todo mês que eu consultava. Eu ia pegar o remédio, às vezes o médico pegava a chapa e mandava fazer mais um exame. Agora eles gostavam de mim, porque todo mês eu levava uns 40 saquinhos destas bolsinhas plásticas de supermercado, pois lá tem dificuldade, eles vão entregar o medicamento e não tem . Tem uma senhora lá, ela dizia: lá vem o homem da sacola ... (A 2)*

Em outros momentos o Serviço parece não atender às necessidades do doente:

*“...as explicações foram vagas, muito superficiais, não chamo nem de rápido...” (B 11)*

Freqüentemente médico e doente avaliam o sucesso de um tratamento ou medicação de maneiras distintas. “O desaparecimento de um sinal ou sintoma identificável, não é acompanhado necessariamente do desaparecimento do estado da doença”. (HELMAN, 1994 p. 132-133). E na tuberculose realmente se o doente realiza o tratamento corretamente em pouco tempo irá apresentar melhora não sentindo mais a necessidade de ingerir as drogas prescritas.

*“Para mim eu estou bem, eu estou legal...” (B 18)*

*“...oficialmente eu não ganhei alta. Eu me dei alta por que me senti bem, me senti curado...” (B 11)*

Para HELMAN (1994), o tratamento médico só será bem recebido pelos pacientes se ele fizer sentido para os mesmos, segundo os seus modelos explicativos. “O consenso sobre a forma e o propósito do tratamento são tão importantes aqui quanto o consenso na denominação do diagnóstico. Se o medicamento prescrito provocar mal-estar

no paciente ou se ele não se sentir realmente doente provavelmente não seguirá o tratamento”. (HELMAN 1994, p.133).

Como foi observado nas entrevistas com alguns doentes que não aderiram ao tratamento da tuberculose, médicos e pacientes avaliam o sucesso do tratamento de forma diferente. No caso específico da Tuberculose, o desaparecimento dos sintomas identificáveis não é acompanhado necessariamente do desaparecimento do bacilo, e da cura definitiva da enfermidade. Portanto, cabe ao Serviço de Saúde investigar a interpretação do doente e daqueles que o cercam sobre o tratamento e mostrar a importância de continuar ingerindo as drogas durante os seis meses, mesmo que os sintomas já tenham desaparecido a algum tempo. E para facilitar este processo de negociação parece ser importante que os profissionais de saúde conheçam um pouco mais o doente, a percepção dele sobre a origem, significado e prognóstico da condição, bem como a influência da doença sobre outros aspectos de sua vida, tais como aspectos individuais, culturais e sociais.

O serviço de saúde precisa familiarizar-se com a linguagem do sofrimento específica de cada doente. O diagnóstico e o tratamento fornecido pelo médico deve fazer sentido para o doente em termos de sua percepção da doença. Segundo MECHANIC, (1968) o êxito das interpretações do médico sobre os problemas do paciente vai depender se estas são ou não acreditáveis, segundo as experiências do paciente, e em que medida ele antecipa as reações do paciente aos sintomas e ao tratamento. Apenas com uma real comunicação a assistência à saúde será efetiva.

Outro fato levantado nas entrevistas é o tratamento hospitalar. Os doentes que foram atendidos no Hospital Universitário, apenas relataram como dificuldades a falta de medicamento, a falta de vaga para transferência para outro hospital e um afirma não ter gostado da comida. O problema maior é encontrado nos Hospitais Estaduais, como a não existência de vagas, a necessidade de retornar ao serviço para ser reavaliado, a necessidade de mentir dizendo que não havia comparecido anteriormente ao serviço para poder ser atendido e o fato de um doente dizer que caiu da maca enquanto aguardava atendimento. É possível observar nas entrevistas que a organização do serviço hospitalar tem um papel primordial no início do tratamento, uma vez que a porta de entrada para o Serviço de Pneumologia Sanitária em muitos casos tem sido o hospital. É neste momento, quando o doente busca a assistência médica pela primeira vez que irá iniciar o processo da negociação com o serviço de saúde, sobre por que tratar, como tratar, internar ou não... Portanto a tuberculose quando avaliada a partir do ponto de vista dos doentes e dos profissionais de

saúde é um processo complexo que deve ser analisado com cuidado e pode determinar o êxito ou não do tratamento.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho surgiu da preocupação em conhecer a realidade dos doentes que não aderem ao tratamento da tuberculose, a partir da compreensão da representação ou percepção dos indivíduos doentes acerca de sua doença e tratamento, objetivando a sugestão fundamentada em novos caminhos para a interação entre doentes e profissionais de saúde, que possam levar a diminuição nos índices de não aderência. Assim, este estudo partiu do pressuposto de que não se pode estudar o fenômeno da não aderência ao tratamento da tuberculose descontextualizando a questão, ou seja, tratando-a como se fosse independente de todo um conjunto de valores, normas e crenças que permeiam a interação das pessoas com os episódios de adoecimento e com as medidas propostas para o seu tratamento.

Para compreender a saúde e a doença, é importante evitar “culpar a vítima” e não julgar suas más condições de saúde como decorrente apenas da cultura em que vive, e procurar considerar também sua situação econômica e social. Os fatores econômicos exercem papel importante, uma vez que a pobreza e o desemprego podem resultar em desnutrição, habitações superlotadas, vestuário inadequado, estresse psicológico e abuso de álcool. A cultura não deve ser analisada isoladamente, mas como componente de um complexo de influências, que se refere àquilo em que as pessoas acreditam e ao modo como vivem, sem no entanto supervalorizá-la na interpretação da maneira como as pessoas apresentam seus sintomas aos profissionais da saúde.

Parece claro que os programas de assistência à saúde devem sempre ser planejados não apenas com referência aos aspectos médicos, mas levando em consideração as crenças de uma comunidade sobre suas doenças e como eles devem ser tratados, bem como o contexto político e econômico em que os mesmos vivem.

A doença, na maneira como é vivenciada pelo indivíduo, é a resposta subjetiva do mesmo e de todos que o cercam, ao seu mal estar. Particularmente é a maneira como eles interpretam a origem e a importância do evento, o efeito deste sobre o seu comportamento e relacionamento com outras pessoas, e as diversas providências tomadas pelo mesmo para remediar a situação. A definição de doença, não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere à mesma. Em outras palavras a mesma enfermidade ou o mesmo sintoma podem ser interpretados de maneiras completamente diferentes por dois pacientes vindos de culturas e

contextos distintos. Estas diferenças irão influenciar também seu comportamento subsequente, e os tipos de tratamento procurados por eles. (HELMANN, 1994). O modo como cada doente discute seu estado e sua doença, demonstra estas variações individuais.

Para que o tratamento médico seja bem recebido pelo doente, este deve fazer sentido para o mesmo, segundo seus modelos explicativos. O consenso sobre a forma e o modelo do tratamento se mostraram tão importantes, quanto o consenso na denominação do diagnóstico, pois muitos doentes ao sentirem os efeitos colaterais das drogas prescritas, ou quando não mais se sentiram realmente doentes, abandonaram o tratamento.

A forma com que o doente determina a causa de sua patologia é importante na busca do tratamento, portanto um mesmo doente pode realizar o tratamento médico, procurar auxílio na religião e tomar outros cuidados como evitar o uso de bebida alcoólica, evitar o vento... E neste momento é preciso que o serviço de saúde respeite a posição do doente e suas formas alternativas de cura.

Segundo HELMANN (1994), os efeitos terapêuticos das crenças, e um bom relacionamento entre o profissional e o doente devem ser valorizados em todas as culturas, em todas as partes do mundo, ao longo da história.

Sendo assim, a partir da análise das falas dos indivíduos no presente estudo, ainda foi possível verificar que:

Os doentes aqui entrevistados, que não aderiram ao tratamento são do sexo masculino e podem apresentar uma percepção própria da doença, uma vez que muitas pesquisas têm demonstrado diferenças entre homens e mulheres quanto a explicação sobre saúde e doença. ELSEN (1984), realizando pesquisa em uma vila de pescadores em Florianópolis mostra que para os homens o fator que determina se o indivíduo está ou não doente é a capacidade que o mesmo apresenta de desempenhar o seu trabalho, sendo que as doenças crônicas, que não interferem nas atividades normais, são muitas vezes aceitas e o indivíduo nem chega a procurar assistência médica.

Apesar do grupo que não aderiu ao tratamento ser formado por homens que socialmente deveriam ocupar o papel de figuras ativas e mantenedoras de suas famílias, muitos dependiam de outros membros da família como: a mãe, filhos ou dos pais para o seu sustento, mesmo antes de adoecer.

O grupo aqui estudado procurou assistência médica, porém, onze doentes, quando perceberam que os sintomas haviam desaparecido, interromperam o tratamento. O fato de estar apto a trabalhar não pode ser aqui tratado como o responsável pelo abandono

uma vez que neste grupo, muitos não apresentavam um trabalho fixo e remunerado e os que apresentavam, a interrupção das atividades não foi apontada como um fator importante, o que foi importante foi o desaparecimento dos sintomas.

A etiologia da tuberculose na visão do doente é multicausal. A doença pode se originar pela ação de elementos externos ao indivíduo, como a religiosidade, e aspectos relacionados com mudanças no seu próprio comportamento, tais como alimentação, uso de álcool, cigarro e outras drogas. Percebe-se porém, que estes fatores nem sempre são apontados como os causadores da doença, sendo por vezes considerados como os responsáveis pelo enfraquecimento do corpo, que leva à doença. Portanto estes seriam elementos que predis põem o organismo a adoecer. E a doença aparecerá em decorrência deste enfraquecimento. A influência das teorias científicas não parecem fazer parte da explicação da doença adotada por este grupo.

Quanto ao cigarro ele aparece em muitas entrevistas como a causa da tuberculose, principalmente naqueles casos onde ocorreu hemoptise. A associação cigarro/problema pulmonar parece ser comum para este grupo.

As formas de transmissão da tuberculose percebidas pelos indivíduos mostraram-se relacionadas ao discurso do Serviço de Saúde dirigido ao doente. Este discurso é repetido pelos mesmos após a consulta médica, não sendo expresso como um conceito próprio que faça parte seu dia a dia. Ainda com relação a transmissão, são poucos os doentes que se reconhecem como fonte de infecção para sua família, amigos e outros, sendo que de todos os entrevistados apenas um demonstrou esta preocupação.

As informações oferecidas pelo serviço quando são contrárias às representações dos doentes e seus familiares, não são aceitas. O doente e seus familiares têm sua percepção da doença, que precisa ser compreendida e respeitada pelo profissional. O fato de não reconhecer a doença pelo nome “tuberculose”, mesmo após o início do tratamento pode estar relacionado com um estigma ocasionado pela doença, porém, isto não impede o doente de procurar um tratamento. A doença é associada a um problema pulmonar, recebendo as mais diferentes denominações como “Pneumonia”, “Mancha no Pulmão”, “Problema de Pulmão”. A busca por atendimento médico não ocorre logo no início dos sintomas, mas apenas quando o quadro se agrava com a hemoptise ou uma fraqueza intensa, ou seja, quando outras pessoas possivelmente já foram infectadas. Isto está vinculado ao “sentir-se doente”, a tosse e o emagrecimento podem ser vistos como normais, uma vez que não interferem nas atividades diárias, podem ser doenças simples ou

nem mesmo doença. A maioria dos doentes busca o atendimento hospitalar devido à gravidade do problema ou por acreditar ser o atendimento ambulatorial do hospital um local de fácil acesso para o doente que necessita de atendimento gratuito.

No grupo estudado a confirmação diagnóstica em alguns casos só ocorreu após várias visitas ao serviço de saúde, levando a questionar a qualidade dos mesmos.

A família exerce um papel importante na busca do tratamento, porém sua influência parece reduzir a medida em que os sintomas desaparecem.

O tratamento é conduzido por alguns de forma apropriada, porém quando são descritos os horários e doses de ingestão dos medicamentos, estes são os mais variados, o que nos faz levantar duas hipóteses: ou realmente a ingestão está sendo incorreta ou os entrevistados não recordam quantos comprimidos ingeriam diariamente, e por isso a informação é incorreta. O que foi comprovado é que doentes que receberam alta por cura bem como doente que abandonaram o tratamento mostraram possuir envelopes contendo estes medicamentos em suas casas. De certa forma a atitude de definir sobre a medicação demonstra a não passividade ante ao poder médico, o que pressupõe a interpretação própria para seus sinais e sintomas. Desta forma o doente está determinando o que é mais apropriado tomar ou fazer em algumas circunstâncias. E mesmo aqueles doentes que receberam alta por cura podem não ter realizado os seis meses de tratamento.

Quanto a explicação para a não aderência ao tratamento foi possível observar que: alguns doentes não percebem a gravidade do problema e acreditam que estão curados, não necessitando mais dos medicamentos, e não voltam ao serviço. Outros não se adaptam ao esquema terapêutico, voltam ao serviço solicitando auxílio, porém não são compreendidos; decidem interromper o uso da medicação. E a terceira explicação seria o alcoolismo, o receio de ingerir medicamento e bebida alcoólica faz com que o doente deixe a medicação em troca do álcool, ou o doente é internado para realizar o tratamento para o alcoolismo e o tratamento da tuberculose é abandonado, ele não leva o medicamento para o hospital e o hospital não tem a preocupação em providenciar os mesmos.

Apesar da falta de medicamentos ser apontada pelos profissionais como um problema que pode levar a não aderência ao tratamento, os doentes entrevistados não perceberam esta falta, uma vez que ela foi contornada pelos próprios profissionais ao utilizar esquemas alternativos.

Nenhum entrevistado demonstrou ter alguma queixa com relação ao atendimento recebido, porém analisando as entrevistas pode-se observar que a interação

entre doente e serviço de saúde parece não ocorrer no grupo que não aderiu ao tratamento, uma vez que o doente afirma saber que o tratamento é de seis meses, mas decide não concluí-lo. Por outro lado, o serviço acusa o doente de falta de interesse pelo tratamento, caracterizando-o como relaxado, alcoólatra, ou com outros problemas. Já no grupo que aderiu ao tratamento parece existir um processo de negociação onde doente e profissional de saúde interagem, e apesar dos efeitos colaterais e outros problemas enfrentados o sucesso é alcançado.

A busca dos faltosos nem sempre atinge seus objetivos; ou porque ela é tardia ou porque o doente não é encontrado, uma vez que o endereço oferecido ao serviço não é anotado de forma completa, talvez pelo fato destas pessoas mudarem de endereço com frequência, ou omitirem a informação correta evitando a aproximação dos profissionais de saúde.

## 10. CONCLUSÕES

A análise das entrevistas a partir dos objetivos propostos por este trabalho não permite identificar diferenças claras entre os indivíduos que aderem e os que não aderem ao tratamento quanto a percepção da doença tuberculose em relação às suas causas e manifestações clínicas. Porém, quanto ao tratamento a explicação para a não aderência parece estar baseada no fato do doente se sentir curado após alguns meses de tratamento, e no fato dele não perceber a importância de continuar o tratamento por 6 meses conforme o preconizado pelo serviço, uma vez que os sinais e sintomas que o levaram a procurar o tratamento desapareceram. Além disso não parece haver uma preocupação quanto a transmissão da doença para as outras pessoas. Outros parecem não se adaptar ao esquema terapêutico, voltando ao serviço solicitando mudanças, porém nem sempre estas mudanças são possíveis e as vezes, o doente pode não ser compreendido e voltar para a sua residência sem resolver o seu problema; estes indivíduos decidem então interromper o uso da medicação. E a terceira explicação possível seria o alcoolismo, o receio de ingerir medicamento e bebida alcoólica faz com que o doente deixe a medicação em troca do álcool.

Outras características que podem diferenciar os dois grupos são: os indivíduos que não aderiram ao tratamento, não aceitaram a cesta básica oferecida pelo programa, a maioria relatava não ter um telefone para contato e não exerciam uma atividade formal.

Quanto a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento da tuberculose em relação aos indivíduos que não aderem ao tratamento, as principais causas apontadas são: a falta de interesse pelo tratamento, caracterizando o doente como relaxado, alcoólatra, ou com outros problemas. E em outros momentos foram apontados fatores externos como a condição social como determinantes da não aderência.

A principal medida adotada pelo Serviço de Pneumologia Sanitária frente ao doente que não adere ao tratamento é a busca dos faltosos que nem sempre atinge seus objetivos por dificuldades do próprio serviço ou devido as características já descritas dos doentes. Os problemas mais relatados foram o tempo entre o abandono e a visita e o fato do doente não ser encontrado.

Portanto os dados levantados podem levar a concluir que o problema da não aderência ao tratamento está relacionado a características próprias da doença em cada

indivíduo, seus sinais e sintomas e a outros fatores como a ingestão de bebida alcoólica e as reações específicas ao medicamento. E no momento em que o indivíduo não se sente mais doente, não tem mais sinais e sintomas aparentes ou tem sérias reações devido a medicação ele para com o tratamento. Ou quando os sinais e sintomas desaparecem e a necessidade de ingerir bebida alcoólica aumenta o indivíduo parece achar melhor parar com o medicamento e voltar a ingerir o álcool, uma vez que para ele a associação bebida alcoólica e medicamento é imprópria. E é neste cenário que o profissional de saúde parece desempenhar um papel importante, no sentido de auxiliar e orientar o tratamento da melhor forma possível, mostrando ao indivíduo que apesar dos sinais e sintomas já não estarem mais presentes a doença poderá reaparecer se o tratamento não for realizado corretamente.

Quanto aos familiares, quando os sinais e sintomas da tuberculose desaparecem a preocupação com o doente também parece diminuir, portanto eles só poderão auxiliar o doente se forem informados sobre a importância da continuidade do tratamento por no mínimo seis meses.

Assim conhecer com detalhes a história de cada doente poderá permitir ao profissional de saúde conduzir melhor o tratamento e diminuir o número de casos de não aderência ao tratamento nesta população.

## II. SUGESTÕES

A partir da principal constatação de que o doente e o profissional de saúde apresentam uma visão diferente da doença tuberculose, não existindo uma interação entre os dois grupos que permita ao profissional conhecer quem é o seu doente, quais as dificuldades por ele encontradas na realização deste tratamento e como facilitar a realização do mesmo, apresento as seguintes sugestões:

Os profissionais de saúde necessitam conhecer melhor quem são os indivíduos que frequentam os serviços, que vem em busca de tratamento. Conhecer sua família, seu modo de vida, e principalmente sua visão da doença, o que esta representa para os mesmos. E a partir destas informações explicar ao doente o diagnóstico e qual o tratamento preconizado pelo serviço para alcançar a cura. É preciso criar um ambiente em que o doente sinta-se a vontade para questionar o tratamento, expondo todas as suas dúvidas. Este primeiro contato pode ser decisivo no relacionamento com o doente, porém este não pode ser o único, é preciso que doente e familiares tenham livre acesso ao serviço sempre que acharem necessário.

A visita domiciliar pode fazer parte da rotina do serviço, para todos doentes que segundo a avaliação do profissional de saúde é considerado de risco para a não aderência, pois conhecendo o ambiente onde o doente se encontra pode ser mais fácil orientá-lo quanto ao tratamento. Para isso os endereços devem ser detalhados e confirmados na realização da primeira consulta ou através do telefone fornecido para contato.

O doente precisa compreender todos os detalhes do tratamento para ter melhores condições de avaliar as conseqüências da não aderência, quando esta decisão é tomada.

Os doentes alcoólatras, usuários de drogas e com outras intercorrências devem ter acesso fácil a um serviço diferenciado que possa auxiliá-los durante o tratamento.

Um atendimento diferenciado, deveria ser instituída para que doente e familiares reconheçam o problema e possam discutir suas dúvidas em grupo e com os profissionais de saúde. Não um grupo que vise discutir apenas o tratamento biomédico da Tuberculose, mas que esteja aberto a outras terapias.

A doença tuberculose deve ser apresentada para as comunidades através dos meios de comunicação de massa para que seja facilmente reconhecida por qualquer

indivíduo e para que o estigma que pesa sobre os doentes desapareça e o seu convívio social não seja alterado durante o tratamento. É preciso repensar as estratégias adotadas pelo Serviço de Pneumologia Sanitária junto aos doentes e seus familiares, muitos problemas são externos ao serviço e não podem ser resolvidos por estes profissionais, porém uma maior interação entre profissional de saúde e doente pode melhorar o processo de negociação frente ao tratamento. O tratamento não pode estar centrado nas necessidades do serviço, mas sim do doente e de seus familiares.

É importante que sejam adotadas medidas para que fatores como a falta de medicamentos, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde e principalmente os problemas relacionados com a interação entre doente e profissional de saúde não levem o indivíduo a não aderir ao tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONZO, A. A.. An illness behavior paradigm: a conceptual exploration of a situational - adaptation perspective. **Soc. Sci. Med.** v. 19,n.5. p.499-510, 1984.
- ALVES, P. C.. A experiência da enfermidade: considerações teóricas, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul/set, 1993.
- ANDERSEN, S.; BANERJI, D.. A sociological inquiry into an urban tuberculosis control programme in India. **Bull Wld Hlth Org**, Geneva, n. 29, p. 685-700,1963.
- ASCH, S., LEAKE, B., ANDERSON, R., GELBERG,L.. Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? **Am J Respir Crit Care Med.**, Los Angeles, v. 157, p.1244 - 1248, 1998
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BECKER, M.H., MAIMAN, L.A., KIRSCT, J.P., HAEFNER, D.P., DRACHMAN, R.H.. A test of health belief model in obesity. **Jouranal of Health and Social Behavior**, n. 18, p.348-366,1977.
- BELLUOMINI, M. & TAGUSAGAWA, H.K. Sequencia do tratamento de curta duração da tuberculose pulmonar em unidades sanitárias do Vale do Paraíba, 1980 - 1981, **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 18, p. 466-475, 1984.
- BERCINI, M.A.. **Não vacinação: a fala das mães - um estudo de caso numa comunidade de baixa renda do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1992. Tese de Mestrado (Curso de Pós-Graduação do Instituto Fernandes Figueira), Fundação Osvaldo Cruz .
- BETHLEM, N.. **Pneumologia**, 3. ed., Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Ltda., 1984.
- BLAXTER, M.. The causes of disease women talking. **Soc. Sci. Med.** v. 17, n.2, p. 59 - 69, 1983.
- BRASIL, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. **Boletim Epidemiológico**, Ano II, n.5, p. 1-12, maio, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Livro de registro e controle de dos casos de Tuberculose**, 1989.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Pneumologia Sanitária. **Manual de Normas para o Controle da Tuberculose**. 4. ed. Brasília, 1995.

- BURMAN, W. J.; COHN, D.L.; RIETMEIJER, C. A.; JUDSON, F. N.; SBARBARO, J. A.; REVES, R. R. Noncompliance with directly observed therapy for tuberculosis - Epidemiology and effect on the outcome of treatment. **Chest**, New York, v. 111, n. 5, p.1149-1154, may, 1997.
- CANTWELL, M. F.; McKENNA, T.; McCRAY, E.; ONORATO, I.D.. Tuberculosis and race/ethnicity in the United States impact of socioeconomic status. **Am J. Respir. Care Med.** Atlanta, v. 157, p. 1016-1020, 1998.
- CASTELO FILHO, A., PIGNATARI, A.C.C., JARDIM, J.R.B., LONGO, J.C.. Tratamento quimioterápico antituberculose. Eficaz ou efetivo? **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v.9 n.3 p.121-132. Set. 1983.
- CHAULET, P.. Complice with anti-tuberculosis chemotherapy in developing countries. **Tubercle**. n.68, p. 19-24, 1987.
- CHUAH, S. Y.. Factories associated with poor patient compliance with antituberculosis therapy in Northwest Perak, Malaysia. **Tubercle**. v. 72, n.4, p. 261-264, dec.,1991
- COE, R.M.. **Sociology of Medicine**. New York: McGraw-Hill, 1970.
- COMBS, D.L.; O'BRIEN, R. J.; GEITER, L.; SNIDER, D. J.. Compliance with tuberculosis regimes: results from USPHS therapy trial 21. **Am Rev Respir Dis.**, Atlanta, 135, A138.1987.
- CONGRESSO PANAMERICANO DE TUBERCULOSIS Y ENFERMIDADES DEL APARATO RESPIRATORIO DE LA UNION LATINA AMERICANA DE SOCIEDADES DE TISIOLOGIA (ULAST), (17.: 1971: Asunción - Paraguai). El tratamiento ambulatorio en los programas de controle de la tuberculosis en la América Latina. Maracaibo - Venezuela, 1972.
- CUMMINGS, K.C.; MOHLE-BOETANI, J.; ROYCE, S. E.; CHIN D. P.. Movement of tuberculosis patients and the failure to complete antituberculosis treatment. **Am J Respir Crit Care Med**. v. 157, p. 1049-1052, 1998.
- DICK, J.; LOMBARD, C.. Shared vision - a health education project designed to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. **Int J. Tuberc Lung Dis**. v.1, n. 2, p. 181 - 186, 1997.
- ELSEN, I., **Concepts of Health and Illness and related behaviors among families living in a Brazilian Fishing Village**. California, 1985. Doctor of Nursing Science in the

Graduate Division of the University - California), University of California, San Francisco School of Nursing.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Levantamento de dados sobre vacinação - Santa Catarina - Gerência de Imunização - 1990 a 1996. Florianópolis, 1997.

\_\_\_\_\_. Levantamento de dados sobre Tuberculose - Santa Catarina - Serviço de Pneumologia Sanitária - 1986 a 1996. Florianópolis, 1997.

\_\_\_\_\_. Levantamento de dados sobre Tuberculose - Santa Catarina - Serviço de Pneumologia Sanitária. Florianópolis, 1998.

FIGUEROA, I.A.V., RODRIGUEZ, M.G.A., ALFARO, N.A.. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético Tipo II , **Salud Pública de México**, México, v. 35, n. 5, p. 464-469, sep/oct. 1993.

FOSTER, G. M., ANDERSON, B. G.. **Medical Anthropology**. New York: Wiley, p. 53-70, 1978.

FOX, W.. Compliance of patients and physicians: experiences and lessons from tuberculosis. I **British Med J.**, London, 287, p.33-35, 1983.

\_\_\_\_\_. Compliance of patients and physicians: experiences and lessons from tuberculosis. II **British Med J.**, London, 287, p.101-105, 1983.

\_\_\_\_\_. Organization and administrative considerations in the diagnosis in the treatment of pulmonary tuberculosis in the developing countries. **Tubercle**. n. 16, p.332- 461, 1968.

FUKUDA , M. H., **The history of public health and the modern state**. 1. ed. Amsterdam Atlanta: Editions Rodopi, 1994.

FUKUDA , M. H., Framingham Tuberculosis Demonstration: 1917-1923. **Harvard-Yenching Institute Bulletin**, Harvard University, New Yourk, v.16, p. 62-63, 1995.

\* GEERTZ, C.. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1989.

\* GERHARDT FILHO, G.. Tratamento intermitente da tuberculose no Brasil. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v.17, n.3, p.01. Set.1991.

\* GERHARDT FILHO, G., MIRANDA, J. A , TEIXEIRA, R.T.. Quimioterapia da tuberculose em pacientes previamente tratados com esquema 2RTZ/\$RH. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v.18, n.2, p.120. 1992.

- GERHARDT FILHO, G.; HIJJAR, M.A.. Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose no Brasil. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v.19, n.1, p.04-10. Mar.1993.
- GERHARDT FILHO, G.; RIBEIRO, S. N.. Eficiência do tratamento da Tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, p.95-98. 1995.
- GERHARDT, U.. **Ideas about illness. Na intellectual and Political history of medical sociology**. London: M. Macmillan Distribution Ltda, 1989.
- GOOD, B. J.. **Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective**. New York: Cambridge University Press, 1994.
- GODOY, I.. Tuberculose. **Rev. Bras. Clín. Terap.**, v. XIV, n. 6, p. 191 -196, junho 1985.
- GONÇALVES, H. D. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1988.
- HAYNES, R.B., TAYLOR, D.W., SACKETT, D.L.. **Complice in Health care**. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1976.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HIJJAR, M. A.. **Aspectos do Controle da tuberculose numa população favelada - Favela do Escondidinho, Rio de Janeiro, 1985**. Tese de Mestrado (Curso de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias), Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- HOPEWELL, P. C.; SANCHEZ-HERNANDEZ, M.; BARON,R.B.. Operational evaluation of treatment for tuberculosis. **Am Rev. Respir Dis.**, v. 129: p. 439-443, 1984.
- IRURZUN, R.N.; HASPER, I.; GARCIA, L.E.. Retratamiento por tuberculosis, incumplimiento del tratamiento anterior y su relación com el mismo. **Revista Argentina del Torax**, v.51, n.1, p.17-30, dec.1990.
- JOB, J.R.P.P., GOZZANO,J.O.A., BERNARDES JR, O.R., MIRALHES,O.J.C., MIRANDA, M.A.P.. Informações que antecedem o diagnóstico de tuberculose pulmonar e tempo decorrido até o início do tratamento em pacientes matriculados em centro de saúde, São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.21-25, 1986.
- JORGE, R.C. & BERTHA P.. El cumplimiento del paciente tuberculoso en un centro particular y la importância del programa de control de tuberculosis. **Revista Peruana de Epidemiologia**. v. 5, n.1, p.28-31,mar. 1992.

- KLEIMANN, A.. **Patients and healers in the context of culture**. University of California Press, London: 1980.
- KRITSKI, A.; MARGARETH, D.; BIANCO, R.D.; MELO, F.F.;PINTO,W. P.; SCHECHTHER, M.; CASTELO, A.. Associação tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana**, Washington, DC, v.118, n. 9, p.542-553, jun.1995.
- KRITSKI, A. Renovando desafio. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, Rio de Janeiro, anoX, n. 77 p. 12, jan., 1997.
- LANGDON, E. J.. A doença como experiência: a construção da doença de seu desafio para a prática médica. **Antropologia em primeira mão**, Florianópolis, 1995.
- MAGALDI, C. M.. Há recursos. Por que fracassa o controle da tuberculose? **Saúde em Debate**, São Paulo: v 5, p.26-30, out/dez, 1977.
- MATINEZ, M. C.; GUISCAFRÉ, G. H.; FLEITAS, E. E.; CEDILLO, H. M. L.; MUÑOZ-COTA, M. C.; MUÑOZ, O. H.. Factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso y valoración de un programa de vigilância familiar. **Rev. Med. IMSS**. México: v. 20, n. 6, p.667-675, nov/dec. 1982 .
- MECHANIC, D.. **Medical Sociology: a selective view**. New York: Tre Free Press, 1968.
- MELO, F. A. F.; IDE NETO, J.; SEISCENTO M.; PINTO, J. A.; AFIUNE, J. B.. Tuberculose multirresistente. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v.19, n.2, p.19-24, 42-49, mai.1993.
- \_\_\_\_\_. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo v.19, n.2, p. 73-82, jun.1993.
- MENDES, I. J. M., RUFINO NETO, A., COSTA, J., RUFFINO, M. C.. Fatores associados com a regularidade no tratamento da tuberculose. **Revista da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 67 - 71, jan/jun, 1979
- MENZIES, R.; ROCHER, I.; VISSANDJE, B.. Factors associated with compliance in treatment of tuberculosis. **Tubercle and Lung Disease**, Paris, n .74, p. 32-37,1992.
- MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento: metodologia da pesquisa social (qualitativa) em saúde**. Rio de Janeiro, 1989. Tese de doutorado da ENSP/FIOCRUZ.
- MINAYO, M. C. & SANCHES, O. Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3) 239 -262, jul/set, 1993.

- MINAYO, M. C.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- MURRAY, C.J.L., STYBLO, K., ROUILLON, A.. Tuberculosis en los países endesarrollado: magnitud, intervenciones y costos. **Bol Unión Int Tuberc Enf Resp.**, v. 65, n. 1º p.6-26, mar. 1990.
- MURRAY, C.J.L.. Investigación económica, social y operacional sobre la tuberculosis: estudios recientes y algunas cuestiones prioritarias. **Bol Unión Int Tuberc Enf Resp.**, v. 66, p.163-171, 1991.
- NATIONAL TUBERCULOSIS INSTITUTE - **Summaries of NTF** - Bangalore. Impressos: p. 1-36, 1974.
- NOLAN, C.M.. Beyond directly observed therapy for tuberculosis. **Chest**, New York, v. 111, n. 5, p. 1149 - 1154, may, 1997.
- OBREGÓN, A.. La tuberculosis ey su tratamiento. **Comite nacional de lucha contra la tuberculosis y enfermedades del aparato respiratorio**, México, D.F, n. 74, p.1-2, 1997
- PERROCHEAU, A., SCHOEBEL, V., VEEN J. Vigilância de tuberculose na Região Européia da OMS em 1995: resultados do estudo de exequibilidade, **EUROSURVEILLANCE**, v. 3 N. 1 Jan/1998
- POLIT, D. F. & HUNGLER, B.P.. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- RAMACHANDRAN,P.& PRABHAKAR, R. Defaults defaulter action and retrieval of patients during studies on tuberculous meningitis in children. **Tubercle and Lung Disease**, Paris, n. 73, p. 170-173, 1992.
- RIBEIRO,S. N.. **Abandono do tratamento da tuberculose: aspectos do tratamento mal conduzido. Discussão de possíveis fatores como causa do abandono no tratamento específico da tuberculose e a situação bacteriológica após o abandono**. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social.
- ROGERS, W. S.. **Explaining health and illness: An exploration of diversity**. 1ª ed., Harvester Wheatsheaf, London, 1991.
- ROSEMBERG, J.. Quimioterapia da tuberculose. **Rer. Ass. Med.**, São Paulo, v.29, n.5/6, p. 94-100, mai/jun, 1983.

- ROUILLON, A., El programa de asistencia mutua de la UICTER. Contribución y significado. **Bol. Unión Int. Tuberc. Enf. Resp.**, v.66, n. 4, p. 175-188, 1991.
- SBARBARO, J.A.. Multidrug - resistant Tuberculosis. It is the time to focus on the private sector of medicine, **Chest.**, New York, v. 111, n. 5, p. 1149-1151, may, 1997.
- SILVA, M. G. C. da. **Tuberculose: auto-avaliação e revisão**. 1ed. Fortaleza: IOCE/ESP-CE, 110p, 1997.
- SINGAPORE TUBERCULOSIS SERVICE/ BRITISH MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Five-year follow-up of a clinical trial of three 6 - month regimens of chemotherapy given intermittently in the continuation phase in the treatment of pulmonary tuberculosis. **Am Rev Respir Dis.** v.137 p. 1147-1150, 1988.
- SNIDER, D. E., Resenã sobre el cumplimiento de las prescripciones en los programas de la tuberculosis. **Bol Union Int Tuberc.** v.57, n.3-4, p.255-260, 1982.
- SONTAG, S.. **A doença como metáfora**. Tradução de Mario Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- SOUZA, A.L.M., RIBEIRO, S.A., TUDISCO, E.S.. Avaliação nutricional de pacientes tuberculosos em tratamneto ambulatorial. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 167-170, dez. 1992.
- STIMSON, G. V. & WEBB, B.. **Going to see the Doctor: The Consultation Process in General Practice**. London: Routledge & Kegan Paul, 1975.
- STYBLO, K.. **Epidemiologia de la tuberculosis**. Washington, Dc.: Organização Pan-Americana da Saúde. (Documento PNSP), p. 75-89, 1989.
- TUCKETT, D. (editor). **An introduction to Medical Sociology**. London: Tavistock, 1976.
- VAN DER WERF, T. S. ; DADE, G.K.; VAN DER MARK, T.W.. Patient compliance with tuberculosis treatment in Ghana: factors influencing adherence to therapy in a rural service programme. **Tubercle**, v. 71, n. 4, p. 247-252, 1990.
- VARKEVISSER, C. M., PATHMANATHAN, J., BROWNLEE, A.. **Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud**, Série de Capacitacion ISS, vol.2, partel, Ottawa: CRDI, 1995.
- VIEIRA, C. A. B.. Trataemtno de tuberculose pulmonar no Brasil. **Revista da Divisão Brasileira de Pneumologia Sanitária**, v. 23, n. 89-90, p. 55-65, jan/jun 1979.
- WAKSMAN, Selman A.. **A Vitória sobre a Tuberculose de Hipócrates à Estreptomocina**. 1 ed. São Paulo: Cultrix LTDA., 1964.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Anti-tuberculosis drug resistance in the world: the WHO/IUATLD **Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance**, Geneva, Switzerland: WHO Global Tuberculosis Programme, 1997.

ZOLA, I. K. Pathways to the doctor: from person to patient. **Soc. Sci. Med.** n.7, p. 677 - 689, 1973.

## ANEXO I

### Esquema Básico de Tratamento da Tuberculose.

Esquema oferecido pelo Programa de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde.

Esquema I (indicado para casos novos de todas as formas de tuberculose, exceto meningite).

Fase do tratamento	Drogas
primeira fase (dois meses)	rifampicina + isoniazida pirazinamida
segunda fase (quatro meses)	rifampicina + isoniazida

Esquema I reforçado (indicado nos casos de tratamento em recidivas e retorno após abandono do Esquema I)

Fase do tratamento	Drogas
primeira fase (dois meses)	rifampicina + isoniazida pirazinamida e etambutol
segunda fase (quatro meses)	rifampicina + isoniazida etambutol

O esquema II (rifampicina, isoniazida e pirazinamida por 9 meses), é indicado na meningite tuberculosa e o esquema III (estreptomicina, etionamida, etambutol e pirazinamida por um ano), nos casos de falência de tratamentos anteriores.

## ANEXO 2

ENTREVISTA Nº: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### A - IDENTIFICAÇÃO:

1. Número do prontuário:
2. Nome:
3. Sexo: \_\_\_(M/F)
4. Idade:
5. Endereço:
6. Bairro:
7. Telefone:
8. Estado conjugal:
9. Escolaridade:
10. Ocupação:
11. Baciloscopia ao início do tratamento:
12. Data da Última consulta:

### B - Parte específica para os dois grupos

Entrevista não estruturada devendo levantar os seguintes pontos:

para os doentes:

- representação sobre a doença;
- percepção da doença;
- causas da doença;
- representação sobre transmissão;
- recursos que procurou ao adoecer;
- representação sobre tratamento;

para o grupo que não aderiu ao tratamento:

- verificar o por que da não aderência

para os profissionais de saúde:

- como eles vêem o serviço de tuberculose em que trabalham (o que acham do mesmo)
- como eles vêem o doente que não adere ao tratamento.
- a que se deve este fato.
- o que tem sido feito para impedir a não aderência ao tratamento.

Outros pontos a serem levantados no decorrer da entrevista:

Quais os aspectos que influenciam a percepção da doença para o indivíduo?

Desconforto sentido devido a doença.

A concepção de doença - como a pessoa define o seu problema.

Outras dificuldades que não estão diretamente relacionadas com a doença, mas que podem ser mais importantes que a doença atual.

Alterações na vida em sociedade, decorrentes da doença.

Dificuldade de ajustamento no trabalho e em suas atividades habituais.

Habilidade de conviver com a doença.

## ANEXO 3

### VARIÁVEIS UTILIZADAS NA ANÁLISE

#### Categorias gerais

• Nome da variável	• Descrição da variável	• Valor atribuído
• Sexo	• Sexo do doente e dos profissionais de saúde	• Masculino • Feminino
• Faixa etária	• Idade do doente	• Em anos
• Município de residência	• município em que o doente mora habitualmente	• Nome do município
• Estado civil	• Situação conjugal	• Vive com o companheiro (casado) • Não vive com o companheiro (solteiro e separado)
• Escolaridade	• grau de escolaridade	1ª a 4ª série 5º a 8º série 2º grau incompleto 2º grau completo 3º grau
• Ocupação	• Inserção no mercado de trabalho através de emprego fixo	Trabalho formal Trabalho informal Sem ocupação Despregado Aposentado
• Resultado do exame bacteriológico ao iniciar o tratamento	• Resultado em cruces, do exame de escarro direto realizado no momento do diagnóstico	Positivo (+) Positivo (++) Positivo (+++) Positivo (++++) Negativo
• Existência de telefone para contato	• Número de telefone para falar com o doente ou deixar recado	Sim Não

Categorias formuladas a partir da coleta de dados

• Nome da variável	• Descrição da variável	• Valor atribuído
• A etiologia da condição	• Descrição sobre a causa, origem da doença	Relato do doente e familiares
• A noção de contágio e o cuidado com a transmissão	• Descrição sobre a contagiosidade da doença	Relato do doente e familiares
• Tuberculose	• Descrição sobre o nome da doença	Relato do doente e familiares
• Sinais e sintomas	• Sinais e sintomas característicos da tuberculose	Relato do doente e familiares
• Razões para procurar o serviço de saúde	• Descrição sobre o que o levou a procurar o serviço	Relato do doente e familiares
• O papel da família e dos amigos	• Descrição sobre o comportamento de pessoas da família e amigos com relação ao doente e seu tratamento	Relato do doente
• Ingestão de bebida alcoólica	• Uso da bebida alcoólica, independente do teor alcóolico	Relato do doente e familiares
• O tratamento	• Tratamento realizado pelo doente	Relato do doente e familiares
• Auxílio oferecido pelo serviço de pneumologia sanitária	• Alimentos fornecidos aos doentes em dificuldade financeira	Relato do doente e familiares
• Identidade frente a doença	• Reconhecimento do indivíduo frente a doença	Relato do doente e familiares

• Nome da variável	• Descrição da variável	• Valor atribuído
• Não aderência ao tratamento	• Não cooperação com o tratamento; não realização do tratamento; abandono	Relato do doente, familiares e profissionais de saúde
• Importância do serviço	• Aquilo que é essencial ou o que mais interessa	Relato do doente e profissionais de saúde
• Problemas encontrados	• Dificuldades encontradas para o desenvolvimento do serviço	Relato dos profissionais de saúde
• Causas da não aderência	• motivos que levam o doente a desistir do tratamento	Relato dos profissionais de saúde
• O resgate do faltoso	• Fazer voltar a realizar o tratamento	Relato dos profissionais de saúde

## ANEXO 4

### GRUPO A

- Doentes que terminaram o esquema de tratamento preconizado pelo serviço. (Entrevistas 1 a 8).

### GRUPO B

- Doentes que não aderiram ao tratamento. (Entrevistas 9 a 19).

### GRUPO C

- Profissionais de saúde. (Entrevistas 20 a 24).

## RESULTADOS DO ESTUDO

SEXO:	GRUPO A aderiram ao tratamento	GRUPO B não aderiram ao tratamento	GRUPO C profissionais de saúde
Feminino	01	0	03
Masculino	07	11	02

IDADE:	GRUPO A aderiram ao tratamento	GRUPO B não aderiram ao tratamento
15 -20 anos	01	
20 - 30 anos	01	01
30 - 40 anos	03	06
40 - 50 anos	02	03
50 ou mais	01	01

PROCEDÊNCIA	GRUPO B aderiram ao tratamento	GRUPO B não aderiram ao tratamento
Florianópolis	06	06
Biguaçu	01	01
Palhoça	0	02
São José	01	02

TELEFONE PARA CONTATO:	GRUPO A aderiram ao tratamento	GRUPO B não aderiram ao tratamento
Sim	05	06
Não	03	05

ESTADO CONJUGAL:	GRUPO A aderiram ao tratamento	GRUPO B não aderiram ao tratamento
Casado	07	05
Solteiro	01	04
Separado	0	02

ESCOLARIDADE:	GRUPO A aderiram ao tratamento	GRUPO B não aderiram ao tratamento
1ª a 4ª série	03	05
5ª a 8ª série	04	02
2º grau incompleto	0	0
2º grau completo	01	02
3º grau completo	0	0
Ignorado	0	02

OCUPAÇÃO	GRUPO A aderiram ao tratamento	GRUPO B não aderiram ao tratamento	GRUPO C profissionais de saúde
Desempregado	0	02	0
Vendedor	01	04	0
Mecânico	0	01*	0
Jornalista	0	01	0
Aposentado	02	0	0
Agente de saúde	0	0	02
Assistente social	0	0	01
Enfermeiro	0	0	01
Médico	0	0	01
Garçom	01	0	0
Vidraceiro	0	01	0
Pedreiro	01	01	0
Cozinheiro	02	0	0
Músico	01	0	0
Sem ocupação	0	01	0

BACILOSCOPIA AO INÍCIAR O TRATAMENTO:	GRUPO A aderiram ao tratamento	GRUPO B não aderiram ao tratamento
positiva +	01	05
positiva ++	02	03
positiva +++	05	02
negativa	0	01

TEMPO QUE TRABALHA NO SETOR DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA	GRUPO C profissionais de saúde
1 a 5 anos	02
5 a 10 anos	0
10 a 15 anos	03