**CONHECIMENTOS E OPINIÕES DE USUÁRIOS SOBRE O
VALOR DO EXAME DE ESCARRO, DE UM SERVIÇO DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO VISANDO A
QUALIDADE DAS AMOSTRAS PARA O DIAGNÓSTICO DA
TUBERCULOSE PULMONAR PELO MÉTODO
BACTERIOLÓGICO.**

LÚCIA DE LOURDES SOUZA L. CAMPINAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Epidemiologia da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo para obtenção do grau de
Mestre.

Área de concentração:
Epidemiologia

**ORIENTADOR: PROF. ASSOCIADO
RINALDO NIERO**

São Paulo
1999

Tuberculose

Tuberculose

... dura !
... fura !
... perdura !
... perdura !
... dá gastura !
... não é pura !
... não é formosura !
... ninguém atura !
... mas tem cura !

Douglas Carlyle Belcullfiné
São Paulo, 02/09/97

Aos meus pais, Sebastião e Tereza.

Ao meu irmão Micael, com eterna saudades...

Ao Gil, pela paciência e estímulo
constante.

Às minhas filhas, Patrícia e Carla,
que tentaram compreender os
momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que cruzaram meu caminho. À todos minha sincera gratidão!

-Ao Prof. Associado Rinaldo Niero - pela paciência na orientação.

-À Prof^a Dr^a Marília Belluomini - colaboradora.

-À Prof^a Dr^a Alice Moreira Derntl - pelo incentivo constante.

-Às Bibliotecárias e funcionários da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública USP.

-Ao Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica do Núcleo IV, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

-À equipe de saúde do CRFÒ, em especial à Dra Neife Zina.

-Aos amigos e alunos do Centro Universitário São Camilo.

- Aos pacientes do CRFÒ, que com boa vontade não se negaram a dar a entrevista. À todos, o meu eterno agradecimento. Estarão sempre presentes em minha memória.

RESUMO

Campinas LLSL. **Conhecimentos e opiniões de usuários sobre a importância do exame e das amostras de escarro, no diagnóstico da tuberculose pulmonar.** São Paulo, 1999. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

A tuberculose continua sendo um sério problema de saúde pública no Brasil. O coeficiente de mortalidade vem tendo aumento significativo, apesar de todo o avanço tecnológico no campo dos recursos diagnósticos e de tratamentos disponíveis. Esta pesquisa teve como objetivo identificar conhecimentos e opiniões de usuários num serviço de saúde do Município de São Paulo – Brasil, sobre a importância do exame das amostras de escarro no diagnóstico da tuberculose pulmonar pelo método bacteriológico. Setenta e oito (78) usuários foram entrevistados, durante o período de junho e julho de 1998. Os resultados mostram uma população com baixas condições sócio-econômicas. Todos os entrevistados haviam sido submetidos à baciloscopia de escarro e radiografia de tórax, e (46,2%) confiavam mais no RX do que na baciloscopia de escarro. Embora 93,6% alegassem terem sido orientados quanto à colheita de escarro, constatou-se que 33,3% deles, não sabiam colher o exame e 15,4% apresentavam dúvidas. Quando indagados sobre a importância da colheita de mais de uma amostra, 52,1% não souberam responder. Quanto à importância atribuída ao exame de escarro, 10,4% citaram que o exame serve para avaliar o tratamento e, 16,6% que o mesmo descobre se a doença é ativa; embora, uma grande maioria (72,9%) mencionassem que fizeram o exame porque o médico solicitou. As dificuldades quanto ao entendimento das orientações recebidas apresentam-se relacionadas às condições sócio-econômicas precárias da população estudada, ao modo de trabalho da equipe de saúde, aliadas à atitude passiva dos usuários diante da assistência prestada, ao forte estigma quanto ao ato de escarrar e a crença de que o exame radiológico é o melhor método diagnóstico. A somatória destes fatos promove falhas na qualidade da assistência prestada e na efetivação das ações do Programa de Controle da Tuberculose, o que traz, consequentemente, uma perda da qualidade dos serviços e o agravamento do problema da tuberculose em nosso meio.

Descritores: Conhecimentos, Qualidade do Exame de Escarro, Diagnóstico da Tuberculose.

SUMMARY

Campinas LLSL. **Conhecimentos e opiniões de usuários sobre a importância do exame e das amostras de escarro, no diagnóstico da tuberculose pulmonar.**

[Knowledge and opinions of patients regarding the usefulness of bacteriological method and samples sputum in the diagnosis of Pulmonary Tuberculosis]. São Paulo (BR); 1999. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Tuberculosis continues to be considered a serious public health problem in Brazil. Despite the technological advancements and in addition to diagnosis resources and available treatments, mortality rates have been steadily increasing. The present investigation was intended to study either the knowledge and opinions of patients attending a health service located in the Municipality of São Paulo, Brazil, regarding the usefulness of the bacteriological method and samples sputum used to diagnose pulmonary tuberculosis using a bacteriological method. Seventy-eight (78) patients were interviewed from June to July, 1998. Results showed that the studied population presents a low social and economical level. All the interviewed individuals had been submitted to sputum smears tests and thorax radiographies, while 46,2% of the patients reported a higher confidence level in the radiographic screening than in the sputum smear test. Although 93,6% of the patients claimed to have been oriented on sputum collection, it was evidence that 33,3% of them failed to know the way to collect the material and 15,4% were doubtful in relation to the procedure. When inquired on the importance of collecting more than one sample, 52,1% of the patients failed to know the answer. Regarding the importance attributed to the sputum smear test, 10,4% reported that the test was useful in evaluating the treatment, and 16,6% replied that the test was able to find out whether the disease was active. Most patients (72,9%) reported having carried out the test advised by medical request. The difficulties regarding the received orientations show to be related to the studied population's precarious socioeconomic conditions, health team working mode, patients' passive attitude concerning the help provided, the strong stigma related to the expectoration act, and the belief that the radiographic examination is the best diagnostic method. The totality of findings show deficiencies in the quality of the provided assistance and in the accomplishment of the

Tuberculosis Control Program, since they lead to a worsening quality of the service and aggravation of the tuberculosis program within our milieu.

Descriptors: Knowledge, Opinions, Sputum tests, Sample quality.

ÍNDICE

Resumo	i
Summary	ii
1.INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	16
3. METODOLOGIA	18
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 Comentários sobre a metodologia empregada	26
4.2 A caracterização da população envolvida	29
4.3 Fatores intervenientes Relativos aos Princípios Básicos do PCT e do SUS	51
4.3.1 Acessibilidade à assistência à saúde	51
4.3.2 A tuberculose: o estigma	58
4.3.3 Sinais e sintomas referidos pelos entrevistados ao procurar assistência	63
4.3.4 Tempo e demora na busca da assistência	67
4.3.5 Tempo de espera para atendimento médico	70
4.3.6 Alcance ao serviço de saúde	74
4.3.7 Diagnóstico da tuberculose pulmonar	77
4.4 Fatores que Influenciam a Qualidade da Amostra	80
4.1 Credibilidade nos exames diagnósticos	80
4.4.2 Experiência anterior em colheita de amostras de escarro	83
4.4.3 Orientação sobre a colheita de escarro: a comunicação	

enfermagem/paciente	84
4.4.4 Opinião dos suspeitos/pacientes de tuberculose sobre as orientações recebidas	89
4.4.5 Compreensão sobre a orientação de colheita de amostras de escarro pelos entrevistados	92
4.4.6 A colheita de amostras de escarro sob a ótica dos pacientes em tratamento: Grupo G2	96
4.4.7 Local da colheita das amostras	99
4.4.8 Número de amostras colhidas para o diagnóstico	101
4.4.9 Conhecimentos quanto número ideal de amostras	103
4.4.10 Tempo de demora para resultado do exame de escarro	105
4.4.11 Importância atribuída ao exame de escarro	106
4.4.12 Dificuldades para colheita amostra no domicílio	110
4.4.13 Conservação das amostras no domicílio	111
4.4.14 Problemas referidos na entrega da amostra	113
5. CONCLUSÕES	115
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
7. REFERÊNCIAS	121

ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro para pesquisa exploratória.

Anexo 2 - Formulário de entrevista - Grupos G1 e G2.

Anexo 3 - Roteiro de apresentação da pesquisadora aos pacientes.

1 - INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

A tuberculose é ainda hoje um sério problema de saúde pública no mundo, onde ocorrem cerca de 8 milhões de casos novos e 3 milhões de óbitos anuais, apesar de todo o avanço tecnológico, no campo dos recursos diagnósticos e de tratamento disponíveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima ainda que para o ano de 2005, teremos aproximadamente uma incidência de 12 milhões de casos . (SNIDER 1994).

Na América do Norte e Europa, as taxas de incidência vinham decrescendo paulatinamente e, de 1985 para cá, em alguns países, como os Estados Unidos, estas começaram a subir em números alarmantes. Na Europa, países como a Dinamarca, Irlanda, Itália, Holanda, Noruega, Espanha e Suíça tiveram também, recentemente, um aumento do número de casos notificados .(SNIDER 1994).

A meta preconizada pela OMS para controlar a doença até o ano 2.000 está comprometida e a própria OMS estima que em futuro próximo, um total de 5,1 milhões de adultos serão infectados concomitantemente pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e tuberculose .(SNIDER 1994).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), atualmente contribui para agravar ainda mais o problema da tuberculose, uma vez que promove complicações do quadro clínico, introduz novos agentes etiológicos micobacterianos, aumenta o tempo de administração de medicação e algumas vezes, promove a alteração do

esquema terapêutico administrado. (GRUPO MIXTO DE ESTUDIO UICT/OMS 1989; LONG 1991; SNIDER 1994).

No Brasil, a tuberculose continua sendo um problema de saúde pública, atingindo as camadas sociais mais produtivas da população. O país ocupa a 6ª posição mundial em relação à notificação de casos; aproximadamente 90.664 casos de tuberculose foram notificados em 1995.(MINISTÉRIO DA SAÚDE 1995, 1996).

Em 1997*, no Estado de São Paulo, foram registrados 17 609 novos casos de tuberculose de todas as formas, um número um pouco inferior a 1996, que foi de 18 565. Observa-se que tem ocorrido uma certa estabilidade na incidência. Porém, o Estado de São Paulo continua a representar cerca de 20% do total de casos registrados no Brasil.

Em 1995, foram registrados 19 019 casos novos de tuberculose, sendo 14 538 casos de tuberculose pulmonar, 7 855 bacilíferos e 2 744 casos não realizaram a baciloscopia de escarro, o que leva as autoridades sanitárias da Secretaria Estadual de Saúde, a pensarem em falhas importantes relacionadas à qualidade do diagnóstico. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE 1996).

*SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (1998 - dados provisórios)

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), compreende um conjunto de ações integradas, desenvolvidas pelos diferentes níveis de governo, com a participação da comunidade, que visa reduzir a mortalidade, a morbidade e atenuar o sofrimento humano causado pela doença. A estratégia principal e a medida de maior impacto epidemiológico tem sido a localização de fontes de infecção e seu tratamento.(MINISTÉRIO DA SAÚDE 1995, 1996).

A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde (CNPS-MS), preconiza que o diagnóstico da tuberculose pulmonar deverá estar fundamentado no exame bacteriológico (exame microscópico direto e cultura), no exame radiológico e prova tuberculínica. Recomenda ainda, esta Coordenação, que nos casos de tuberculose extra-pulmonar, além dos métodos mencionados anteriormente, poderão ser utilizados exames anatomopatológicos, citológicos, sorológicos, bioquímicos, e de biologia molecular, que seriam realizados em alguns serviços de saúde e em centros de referência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1989, 1992).

O exame radiológico, utilizado indiscriminadamente no passado, atualmente está indicado a grupos selecionados de pessoas, principalmente aquelas com sintomatologia respiratória. (SNIDER 1994). A CNPS-MS aconselha que tal procedimento seja indicado para sintomáticos respiratórios negativos à baciloscopia direta, comunicantes de todas as idades com sintomatologia respiratória, suspeitos de tuberculose extra-pulmonar e portadores do VIH ou pacientes com SIDA. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1989, 1992).

O método bacteriológico preenche totalmente condições de ordem epidemiológica, econômica, social e técnica exigidos pelo PNCT e deverá ser considerado como medida diagnóstica prioritária, embora haja atualmente a disponibilidade de técnicas mais avançadas, tais como Elisa, PCR, Bactec, que requerem tecnologia sofisticada e disponibilidade de maiores recursos financeiros, sendo sua utilização bastante limitada nas rotinas dos programas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1989, 1992, 1995; NIERO 1977; 1981; 1996).

No Estado de São Paulo, as dificuldades iniciais de aceitação da busca de casos pelo exame microscópico direto (baciloscopia), por parte da equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela população já foram superados. Atualmente, este método tem sido rotineiramente utilizado para os usuários sintomáticos respiratórios e pacientes em controle de tratamento inscritos no Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT). (NIERO & DERNTL 1989a,b, 1993).

As experiências do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) nos países em desenvolvimento não têm alcançado, em termos epidemiológicos, os objetivos a que se propuseram. No Brasil, é provável que as ações tenham se orientado mais para a valorização da eficácia das técnicas, sem ponderar o papel relevante da realidade sócio-econômica brasileira e as características organizacionais e operacionais do sistema de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1995, 1996).

A implantação do PCT exige recursos materiais, humanos e econômicos. Os recursos humanos implicam a habilitação do pessoal, treinamento e atualizações contínuas, como estratégias para garantir a consecução dos objetivos almejados . (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1992); NIERO 1977).

Implantado o PCT, realizar-se-ão avaliações de caráter epidemiológico, técnico-operacional e de impacto social. Atualmente no Brasil, a maioria dos Programas de Controle de Tuberculose, vem sendo avaliados mais sob o ponto de vista de produção de ações de saúde, do que quanto à qualidade da assistência prestada, isto reforçado pelo atual sistema de financiamento do SUS. (TANAKA 1992).

Das ações programáticas estabelecidas para as USs (Unidades de Saúde) brasileiras, o exame microscópico tem sido o mais amplamente difundido e prioritariamente utilizado como uma das estratégias de Atenção Primária à Saúde (ATS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1992; NIERO 1996).

Em consequência, a localização dos sintomáticos respiratórios deve ser incorporada como atividade fundamental na rotina da equipe de saúde, basicamente atribuição do pessoal de enfermagem. Identificado o usuário sintomático respiratório, será estabelecido um interrogatório criterioso, obtidas informações precisas e dada adequada orientação para a colheita do material biológico destinado aos exames bacteriológicos.

O controle da qualidade externo ao laboratório é entendido como o processo de vigilância das ações do PCT, particularmente aquelas que visam assegurar a qualidade das amostras de escarro que chegam ao laboratório e a integração da estrutura organizacional das USs com o mesmo. Desta forma, a vigilância das ações vai desde a primeira instrução dada ao usuário, o recebimento da amostra, o acondicionamento, o transporte do material biológico, até o exame e remessa de resultados, assim como ações de referência e contra-referência entre as diversas USs e os laboratórios. A dinâmica do processo deve ser objeto de avaliações contínuas, a partir do confronto com os padrões de normas e procedimentos estabelecidos para estas ações .(NIERO et al ; 1993, 1996).

Foi preocupação da Área de Ecologia de Micobactérias do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, alguns estudos visando ao controle de qualidade externo ao laboratório, onde foi realizada uma série de investigações estudando criticamente atividades que fornecessem subsídios ao diagnóstico bacteriológico da tuberculose, hanseníase e outras micobacterioses.

O primeiro destes estudos teve como objetivo qualificar e quantificar recusas de amostras de escarro para a pesquisa de BAAR. Embora o percentual de recusas de exames tenha sido de 3% (1180 recusas de amostras em 44.479 solicitações), considerando que cada indivíduo doente com tuberculose pulmonar pode se tornar fonte de infecção para uma média de 15 a 20 outros indivíduos, percebe-se o risco a que é exposta a população com a impossibilidade de realização do exame de escarro.

As razões referidas foram em número de 13, sendo que 4 chamaram mais a atenção: amostra insuficiente (31%), formulário de pedido enviado sem o material biológico (22%), pote sem o formulário (11,9%) e pote sem identificação (10,6%). (NIERO e DERNTL 1989a, b; NIERO e col 1996).

Esta pesquisa sugeriu algumas hipóteses cujas falhas estariam centradas basicamente nos recursos humanos (treinamento e supervisão), insatisfação no trabalho, alta rotatividade funcional, desvio de função e baixos salários. (NIERO e DERNTL 1989a, b).

Diante dos resultados obtidos, foi elaborado um estudo objetivando a confecção de um novo formulário de pedido de exame e informe de resultado para exame microscópico, numa tentativa de minimizar as causas de rejeição de amostras de escarro e principalmente, para servir como instrumento de análise de desempenho de profissionais de enfermagem na realização de procedimentos do PCT, visando a qualidade das amostras de escarro para baciloscopia. (NIERO e DERNTL 1989).

Este formulário serviu para a realização de dois estudos posteriores, onde o primeiro mostrou que somente 27,5 % dos usuários foram atendidos corretamente conforme o PCT na atividade "colheita de amostras". No segundo estudo, tentou-se aprofundar as hipóteses levantadas na primeira pesquisa, constatando-se que apenas que 4,70 % dos usuários foram atendidos sem qualquer falha que mencionasse problemas de identificação, número incorreto de amostras, intervalos incorretos de solicitações, falta de alguma informação. (NIERO e DERNTL 1989, 1993).

Finalmente, um último estudo realizado pelos mesmos autores, levantou as dificuldades identificadas por profissionais de saúde na realização de procedimentos estabelecidos no PCT para o exame microscópico de escarro, onde foram apontadas questões de ordem pessoal e interpessoal na relação entre usuário e a equipe de saúde (NIERO e DERNTL 1993; NIERO e col 1996).

Nos estudos mencionados anteriormente, ficou evidente que o maior número de falhas encontradas apontam para a qualidade do desempenho dos recursos humanos, problemas pessoais dos envolvidos no processo de assistência e também a problemas administrativos estruturais. Deve-se ressaltar a importância dos aspectos sócio-culturais relativos aos usuários. A interação profissional de saúde-usuário é complexa e abrange diversas áreas do conhecimento científico (NIERO e DERNTL 1993; NIERO e col 1996).

Em relação à qualidade de amostras de escarro para baciloscopia, para que o usuário retorne à UBS com o material colhido de forma preconizada nos padrões de qualidade externo ao laboratório, implícito está a necessidade de orientação deste usuário efetuada por profissionais de saúde e a compreensão desta pelo mesmo (NIERO e DERNTL 1993; NIERO e col 1996). Do exposto, percebe-se que independentemente da existência de normas e manuais de procedimentos do PCT, as ações poderão ou não virem a ser concretizadas.

A questão da comunicação entre a equipe de enfermagem e os usuários do

serviços de saúde é relevante, uma vez que pode determinar o comprometimento de todas as ações do PCT (GREEN 1980); PIOVESAN 1995; SCOCHI 1989).

Os fatores envolvidos no processo de comunicação e de educação extrapolam questões meramente técnicas e refletem dados subjetivos como crenças, valores, expectativas e aspirações dos diversos atores sociais envolvidos - técnicos e usuários (CANDEIAS e MARCONDES 1979).

Esses fatores interferem nas relações que se produzem então, permeando o atendimento desde a chegada do usuário sintomático respiratório à UBS, e traduzem o tipo de abordagem das ações educativas estabelecidas nas atividades preventivas e curativas por parte da equipe, e na resposta do usuário à estas atividades.

A qualidade das ações, da comunicação e das relações entre os profissionais de saúde, particularmente nos de enfermagem e os usuários, estabelecidas no processo de atendimento ao cliente e encaminhamento do mesmo à colheita do material biológico, implicam de forma direta na qualidade, precisão e eficiência do diagnóstico bacteriológico em tuberculose. A tomada de decisão dos profissionais de enfermagem é influenciada por inúmeros fatores, e nem sempre as ações são condizentes com seu conhecimento ou mesmo com aquilo que acreditam ser o correto (NIERO e DERNTL 1989, 1993; NIERO e col 1996).

Diante dos resultados nos vários estudos em relação à qualidade das amostras destinadas à baciloscopia, para o diagnóstico da tuberculose pulmonar, surgiu, na

Equipe da Área de Ecologia de Micobactérias, a preocupação de saber o porquê das práticas dos profissionais de enfermagem não condizerem com o preconizado no PCT.

O suspeito de tuberculose/paciente (usuário)

Quando se estuda recursos humanos em saúde, deve-se ter em mente que, se mesmo adequando estes recursos, a população usuária dos serviços de saúde possui uma dinâmica própria de relacionamento e atenderá aos anseios da equipe de saúde no tocante às atividades preconizadas pelos diversos programas, desde que sejam conhecidas, entendidas e trabalhadas crenças, valores culturais, morais, etc. pelos profissionais dos serviços.

O usuário, ao procurar um determinado serviço de saúde, baseia-se em resultados de experiências anteriores; a satisfação com o serviço de saúde motivará a procura, levando-o a realizar os exames diagnósticos, continuar o tratamento, podendo, inclusive, interferir na eficácia do mesmo (LEMME 1991; MENDES 1998; BERTOLOZZI 1998).

As expectativas sobre os procedimentos que envolverão o usuário no serviço de saúde, precisam ser exploradas pelos profissionais de saúde, pois aqueles têm dificuldade de se expressar verbalmente e ao não terem respostas, estes sentimentos poderão transformar-se em fator de tensão e frustração (LEMME 1991).

A comunicação estabelecida entre profissional de saúde e usuário pode ser afetiva ou de controle. Na primeira situação, o profissional demonstra interesse, desejo de ajudar, simpatia, calor humano, o que não ocorre no outro estilo. "As

melhores respostas ao tratamento e o maior grau de satisfação estão significativamente relacionados com o primeiro estilo." (LEMME 1991).

Dentro do Programa de Controle da Tuberculose, há muito se comenta que sempre existiu uma lacuna entre o que poderia ser realizado e o que realmente se consegue. A degeneração da situação é imputada aos doentes que são taxados de faltosos ou à população qualificada de não cooperadora. (BERTOLOZZI 1998; MENDES 1998).

Segundo ROUILLON (1977), o que falta, na realidade, é motivação. "Motivar significa induzir, incitar os doentes e as pessoas sadias a se beneficiarem das facilidades colocadas a seu dispor no que se refere a tratamento e prevenção."

NIERO e DERNTL (1993), quando estudaram as razões de recusa de amostras de escarros pelos laboratórios de saúde pública, verificaram que independentemente da equipe de saúde, algumas causas de recusa poderiam estar relacionadas aos usuários das USs, e uma das hipóteses levantadas seria o nível de instrução daquela população, que resultaria em dificuldades de compreender e cumprir as orientações, especificamente aquelas dirigidas à colheita do escarro e, mais amplamente, falta de tradição destes mesmos usuários para solicitar e questionar as informações recebidas e exigir qualidade dos serviços prestados.

BELLUOMINI (1981), estudando os conhecimentos da tuberculose pulmonar em pacientes hospitalizados, concluiu que parte dessa população apresentava

conhecimentos incorretos ou não sabiam responder sobre aspectos importantes da doença, como modo de contágio, importância do tratamento, valor do exame microscópico de escarro no diagnóstico da tuberculose e providências em relação aos comunicantes.

Para a autora, investigações sobre conhecimentos desses pacientes oferecem subsídios importantes para a educação em saúde, assim como oferece melhores condições para aplicações de métodos e meios educativos.

Os usuários nas USs poucas vezes questionam os procedimentos a que serão submetidos. Muitas vezes, a postura ao sentar-se para o recebimento das "orientações", denota medo, insegurança e desconforto.

Vários estudos enfatizam que ao realizar pesquisa sobre os fatores humanos, recomenda-se o estudo prévio dos conhecimentos, opiniões, crenças, valores, motivação da população a ser trabalhada obtendo-se, assim, resultados mais favoráveis, independente da metodologia empregada. (CANDEIAS e MARCONDES 1979; BAKHSHI 1995; BARNHOORN 1992; BERGSMAN 1983).

A revisão bibliográfica, até então realizada, mostra uma escassez de pesquisas a respeito deste assunto, principalmente em nível local. Pouco se sabe a respeito dos conhecimentos, opiniões, crenças e motivação do paciente com tuberculose e do sintomático respiratório em relação ao exame microscópico de escarro, e o que isso pode refletir nas ações preconizadas pelo PECT.

Não se pode esperar muito nas resoluções das atividades de controle preconizadas, quando se leva em consideração apenas o treinamento e atualização dos profissionais de saúde envolvidos nos programas. O aprofundamento em questões relativas aos usuários deve ser estimulado, e conhecimentos, crenças e práticas deverão ser alvo de estudos.

Para se estabelecer ações educativas e implementar atividades específicas de controle, torna-se necessário identificar quem é o usuário presente na UBS em busca do diagnóstico e tratamento. Qual o seu perfil, realidade de vida, expectativas quanto a todos os procedimentos que o envolverão após adentrar ao serviço de saúde.

É primordial partir dos conhecimentos que o usuário possui em relação à sua doença, particularmente na tuberculose pulmonar e conhecer também qual o valor que o mesmo atribui a todas as ações previstas no P.C.T relacionadas ao exame microscópico de escarro. O conhecimento de algumas questões relativas a este assunto é o que se buscou estudar na presente pesquisa.

2 - OBJETIVOS

2 - OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:-

Estudar conhecimentos e opiniões de usuários sobre o valor do exame de escarro, de uma UBS do Município de São Paulo, visando a qualidade das amostras para o diagnóstico da tuberculose pulmonar pelo método bacteriológico.

2.2. Objetivos específicos:-

- Caracterizar a população estudada quanto à idade, local de moradia e às condições sócio-econômicas.
- Verificar a percepção dos suspeitos/pacientes de tuberculose sobre sintomatologia sugestiva e acessibilidade à assistência.
- Verificar compreensão das instruções e as dificuldades na colheita de escarro pelos suspeitos de tuberculose e pacientes em tratamento.
- Estudar os conhecimentos e opiniões da população estudada sobre o valor do exame microscópico de escarro dentro do Programa de Controle de Tuberculose.

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA:

3.1. Tipo de Estudo:

No presente trabalho realizou-se um levantamento descritivo, visando investigar conhecimentos, opiniões e crenças de suspeitos de tuberculose e pacientes em tratamento, sobre o valor do exame de escarro, visando a qualidade das amostras para o diagnóstico da tuberculose pulmonar pelo método bacteriológico.

Optou-se pela pesquisa de campo com aplicação de entrevista semi-estruturada. Realizou-se uma análise apenas descritiva; os relatos mais relevantes foram descritos na íntegra, na tentativa de fornecer alguns subsídios para pesquisas posteriores e tornar o trabalho mais atraente sob o ponto de vista do pesquisador.

3.2. População e Amostra:

A população em estudo foi constituída de usuários de ambos os sexos, matriculados no Centro de Referência em DST/AIDS Nossa Senhora do Ó (CRFÓ).

Optou-se pelo processo de amostragem não-probabilística, selecionando-se uma amostra intencional, atendendo-se a critérios de viabilidade estabelecidos.

A população foi dividida em dois grupos de estudo. O grupo G1, foi

constituído de suspeitos de tuberculose, encaminhados de outros serviços de saúde ou que compareceram espontaneamente ao serviço, recebiam orientação pela primeira vez de como colher as amostras de escarro para diagnóstico da doença.

Por suspeitos de tuberculose, entende-se pacientes que procuram os serviços de saúde com queixa de tosse e expectoração cuja duração, era de quatro semanas ou mais, associado a outros sintomas sugestivos de tuberculose, atendidos na grande maioria nos prontos-socorros da região e encaminhados ao CRFÓ, o maior número de casos com exame radiológico já realizado.

O grupo G2, foi constituído de pacientes com tuberculose pulmonar, diagnosticados pelo exame bacteriológico e/ou exame radiológico em controle de tratamento no CRFÓ, que possuíam material biológico (escarro). Ambos os grupos são denominados com o termo usuário quando feitas colocações mais gerais.

Em ambos os grupos a idade mínima foi de 15 anos, e máxima não estabelecida. Constituiu-se requisitos básicos para participação na amostra: concordância em participar e disponibilidade de tempo.

A amostra totalizou 78 usuários, sendo 30 suspeitos de tuberculose do grupo G1 e 48 pacientes em tratamento de tuberculose pulmonar do grupo G2.

Os entrevistados foram:

- todo paciente ou suspeito de tuberculose que concordou em colaborar com a pesquisa, após a explicação dos objetivos (rapport) e que correspondesse ao perfil traçado pelo pesquisador.

- Homem ou mulher com mais de 15 anos de idade, representando a si próprio.

- Pacientes e suspeitos de tuberculose que não tivessem sido ainda entrevistados no pré-teste ou na própria pesquisa.

- Pacientes e suspeitos de tuberculose sem queixa de dor ou qualquer outro incômodo físico que pudesse comprometer a entrevista.

3.3. Elaboração do Instrumento:

Primeiramente, realizou-se um estudo exploratório, para permitir a compreensão do universo dos pesquisados, assim como a linguagem verbal desses usuários (Anexo 1).

Desse modo, para realizar o estudo exploratório entrevistou-se 10 pacientes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com características semelhantes às da população de análise. Foram feitas perguntas abertas de caráter geral e específico, relacionadas à tuberculose e ao exame microscópico de escarro (Anexo 3)

As entrevistas foram individuais, utilizando-se gravador, permitindo que o paciente respondesse livremente sobre os questionamentos feitos. Baseando-se nos resultados obtidos desse estudo, elaboraram-se os instrumentos definitivos, buscando-se para isto a colaboração de especialistas da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Um pré-teste foi realizado, buscando-se analisar a adequação do instrumento. Foram feitas 5 entrevistas com usuários com características do grupo G1 e 4 entrevistas com usuários com características do grupo G2, reformulando-se algumas questões julgadas inadequadas para utilização do presente estudo.

3.4. Técnica e Instrumentos de Coleta de Dados:

As informações referentes à caracterização da população, assim como avaliação de suas opiniões foram obtidas por meio de entrevista. As entrevistas foram realizadas a partir de um formulário, adaptado segundo as características do grupo pesquisado (Anexo 2). As perguntas feitas ao grupo G2 (pacientes em tratamento), difere-se do G1 (suspeitos de tuberculose), apenas no que se refere às questões pós colheita de escarro. Tornaram-se inviáveis as entrevistas com o grupo de suspeitos após a colheita da amostra, pois na maioria das vezes, eram os familiares que traziam o material no dia seguinte.

Utilizou-se questões fechadas para estudar os aspectos descritivos da pesquisa. Foram formuladas questões abertas a fim de permitir depoimentos que

pudessem confirmar respostas dadas, esclarecer e expor pontos de vista e levantar alguns subsídios para clarear melhor alguns pontos falhos dentro do Programa de Controle de Tuberculose (PCT).

3.5. Operacionalização do estudo:

Para que a pesquisa fosse realizada foi feito pedido oficial à Unidade Sanitária do Município de São Paulo, responsável pelo CRFÓ e junto à chefia deste serviço. Após obtida a aprovação das autoridades competentes, solicitou-se também a colaboração de todos os funcionários envolvidos, conseguindo-se resultados positivos, que facilitaram a coleta dos dados.

O pesquisador aguardava a chegada do prontuário e do paciente. Verificava-se em qual dos grupos (G1 ou G2), o perfil do paciente encaixava-se; procedia-se a apresentação do pesquisador e solicitava-se o consentimento para entrevista (Anexo 1), levando-se sempre em consideração qual o melhor momento para a entrevista, se antes ou após a consulta médica e do atendimento de enfermagem.

Pacientes com problemas mentais, alcoolizados, foram excluídos do estudo.

Após a permissão do entrevistado, o pesquisador deixava claro que não tinha qualquer vínculo com o CRFÓ, para o qual seriam enviados os resultados gerais da pesquisa para que caso necessário fosse, algumas mudanças pudessem ser feitas em relação ao Programa de Controle de Tuberculose.

As entrevistas eram feitas face a face e gravadas em gravador portátil, colocado próximo ao entrevistado. As questões fechadas eram anotadas na frente do informante. As questões abertas (gravadas) eram transcritas na íntegra para o formulário.

3.6. Coleta de Dados:

As entrevistas para coleta de dados foram realizadas pelo próprio pesquisador, nos meses de junho e julho de 1998, nos três períodos de funcionamento da unidade (manhã, intermediário e vespertino), três vezes por semana.

3.7. Análise dos Dados:

As respostas às questões fechadas do formulário foram transferidas para um banco de dados criado no programa Epi-Info e tabuladas pelo mesmo programa e transferido para o programa Excel para formulação de tabelas e gráficos.

Algumas questões abertas foram tabuladas e categorizadas depois de respondidas; outras, trabalhadas conforme técnica qualitativa, onde os depoimentos que pudessem enriquecer este estudo foram transcritos de forma integral.

A partir da TABELA -28 são analisados os dados apenas do Grupo G2 por razões já explicitadas anteriormente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Discussão da metodologia:

MINAYO (1992) define metodologia como “o caminho e o instrumental próprio de abordagem da realidade”. Ainda, segundo a autora, é possível uma mistura entre métodos quantitativos e qualitativos. “A quantidade e a qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo.”

Optou-se pela pesquisa de campo com aplicação de entrevista semi-estruturada, definida como “aquela onde há combinação entre perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas rigidamente pelo pesquisador”. (SIMIONI e col 1996). A autora refere que por meio das questões abertas em entrevistas individuais, pode-se trazer à luz determinadas questões que permanecem obscuras.

Atualmente, uma boa parte das pesquisas qualitativas adota a “análise de discurso” acreditando-se que dar voz aos indivíduos, seria uma das formas mais adequadas para operar o resgate das representações dos sujeitos. (SIMIONI e col 1996).

A caracterização da população envolvida é importante em qualquer estudo para que, por meio das informações colhidas, adquira-se conhecimento das suas peculiaridades e realidade sócio-econômica, possibilitando-se assim, um melhor

entendimento das necessidades sentidas por essa população. (PELICIONI 1989).

O estudo exploratório buscou “apreender informações a respeito de conhecimentos, opiniões, crenças da população sobre assuntos de saúde/doença, no sentido de ajudar a neutralizar viéses e idiossincrasias do pesquisador, controlando-se a interferência da subjetividade na abordagem dos temas e no andamento do trabalho”. (PIOVESAN 1995).

A escolha do método com questões abertas e fechadas deveu-se à intenção de procurar interpretar a realidade de acordo como se apresenta. Portanto, não houve preocupação com a manipulação de variáveis independentes em decorrência da própria natureza da pesquisa.

Segundo WESTPHAL (1982), justifica-se a inclusão de questões abertas porque “elas retêm a objetividade dos fenômenos abrindo espaço para que a subjetividade humana vá além do observável e consiga apreender e abstrair os verdadeiros motivos que dão movimento à realidade concreta”.

A relação face a face com o entrevistado foi uma experiência rica sob a ótica do pesquisador. Por meio desta relação, a comunicação verbal e não-verbal aconteceu de maneira natural, na medida em que foi surgindo maior empatia no decorrer da entrevista. Observou-se que os entrevistados ao ganharem confiança, acomodavam-se melhor na cadeira e chegavam a colocar seus pertences sobre a mesa, talvez deixando transparecer o quanto sentiam-se a vontade naquele momento.

Na região do estudo, são poucos os serviços de saúde que dão atendimento aos pacientes portadores de tuberculose. Portanto, a demanda deste serviço é grande. No período estabelecido para a coleta de dados, foram atendidos 127 casos novos de tuberculose pulmonar, segundo dados da Vigilância Epidemiológica do CRFÓ. Esses dados são levantados por meio da Ficha Individual de Investigação de Tuberculose e pelo Programa EPI-TB, implantado nesse serviço.

O Programa EPI-TB foi desenvolvido pela Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a partir do software EPI-INFO e implantado nos Serviços de Vigilância Epidemiológica de saúde do Estado de São Paulo, e Centros de Referência da prefeitura de São Paulo, em março de 98. O EPI-INFO é um programa de processamento de texto, banco de dados e estatística para Saúde Pública, produzido por The Division of Surveillance and Epidemiology Program Office Centers of Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Estados Unidos da América.

O EPI-TB, segundo SANTOS e ARAÚJO (1998), propicia a construção de um banco de dados de tuberculose, incluindo também a emissão de instrumento para acompanhamento do tratamento, enviado periodicamente aos serviços de saúde para atualização de informações. Permite também a emissão de relatórios pré-elaborados, com tabelas e frequências dos casos segundo variáveis escolhidas, e análise dos resultados de tratamento por coortes mensais. A proposta dos técnicos é conjugar a informatização com a apropriação dos dados pelos municípios, como subsídio ao

gerenciamento.

Inicialmente, pretendia-se entrevistar um maior número de suspeitos de tuberculose e doentes em tratamento que tivessem realizado a baciloscopia de escarro, seja no CRFÓ ou em outro local. No decorrer da pesquisa, observou-se que dadas as dificuldades de local para a entrevista, falta de espaço e dificuldades de espera dessa população, o número de entrevistas estaria sujeito a essas intercorrências.

Foram entrevistados 78 usuários, no total. O grupo G1, foi constituído de 30 suspeitos de tuberculose. O grupo G2, constituído de pacientes em tratamento, somam 48 indivíduos.

4.2 A CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ENVOLVIDA:-

SEXO E IDADE

A TABELA 1 mostra a distribuição da população de estudo por sexo. No grupo G1, há uma predominância do sexo feminino (66,7%), em relação ao sexo masculino (33,3%). Já no grupo G2, o sexo masculino representou 62,5% da população estudada, contra 37,5% do sexo feminino, o que condiz com os dados observados no programa EPI-TB e nas Fichas Individuais de Investigação de Tuberculose do período estudado no local pesquisado.

Isto talvez se explique pela dificuldade encontrada para entrevistar os suspeitos de tuberculose masculinos. Essa população, quando convidada a participar

da entrevista alegava, em geral, falta de tempo, compromissos no trabalho e outros.

TABELA 1- Distribuição do número e percentual de entrevistados, segundo grupo* e sexo. Centro de Referência F.Ó, 1998.

Sexo	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	10	33,3	30	62,5	40	51,3
Feminino	20	66,7	18	37,5	38	48,7
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

*G1- suspeitos de tuberculose pulmonar

*G2- pacientes em tratamento de tuberculose pulmonar.

O GRÁFICO 1 mostra a idade dos entrevistados em ambos os grupos. A faixa etária predominante para os suspeitos de tuberculose (G1) foi a de 25 a 35 anos e para o grupo de doentes (G2), de 35 a 45 anos.

No Estado de São Paulo, em 1996, as faixas etárias mais acometidas pela doença foram aquelas compreendidas entre 30 a 39 anos (5.354 casos), seguido do grupo de 20 a 29 anos (4.688 casos), e 40 a 49 anos (3.321 casos). (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE 1997)

No Brasil, a faixa etária onde ocorre o maior número de casos é aquela entre 30 a 39 anos (21.620), seguidos daquela entre 20 e 29 anos (20.744). Os dois maiores coeficientes de incidência de tuberculose situa-se na faixa entre 40 a 49 anos (103,2) e na faixa etária de 30 a 39 anos (99,5). (Bol. Pneum.Sanit. Vol.4, nº 1, 1996 Ed. Especial).

Segundo a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS), as taxas de incidência crescem de modo geral até os 39 anos (60,4 em 1987), declinando com o avançar da idade, voltando a uma curva de crescimento nas últimas décadas de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1995).

CONDIÇÃO DE ALFABETIZAÇÃO E GRAU DE INSTRUÇÃO

Em relação à alfabetização (TABELA 2), o grupo G1 apresentou um percentual menor de analfabetos (4,0%) do que o grupo G2 (14,6%). Com referência ao primeiro grau incompleto, um percentual expressivo dos entrevistados, em G1 (60,0%), e em G2 (62,5%), encontram-se nesta situação.

No grupo G1, 18 suspeitos de tuberculose não completaram o 1º grau, destes, 5 não cursaram até a 4ª série, representando 28,0% nessa classificação. No grupo G2, esse percentual é maior, correspondendo a 30 pacientes com este nível de escolaridade, ou seja, 76,7% dos que encontram-se nessa classificação.

Dada a porcentagem de analfabetos e o pouco grau de escolaridade de parte significativa da população de estudo, é importante ressaltar esta questão como fato fundamental dentro das ações desenvolvidas no Sub-programa de Controle de Tuberculose, uma vez que o acesso desses pacientes é prejudicado, devido as suas dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, a complexidade das ações desencadeadoras do diagnóstico, tratamento e acompanhamento no serviço de saúde.

Esse é um fato que, via de regra, é desconhecido pelos membros da equipe de saúde, mas que deveria ser considerado antes mesmo da primeira abordagem do paciente no serviço.

Estudos de avaliação de qualidade de algumas ações do PCT, visando o diagnóstico da tuberculose pulmonar pelo exame microscópico de escarro, efetuados por NIERO e COLS.(1989; 1993; 1996), revelaram que existem falhas nas ações que envolvem a colheita do escarro, o que poderia estar ligadas ao baixo grau de instrução da clientela, que teria dificuldade em entender e seguir as orientações dadas; ou ainda a clientela não tem preparo e coragem para questionar informações e exigir qualidade dos serviços prestados.

TABELA 2- Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e grau de escolaridade. Centro de Referência F.Ó, 1998.

Grau de escolaridade	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	1	4,0	7	14,6	8	10,3
1ºG incompleto	18	60,0	30	62,5	48	61,5
1ºG completo	3	10,0	4	8,4	7	8,9
2ºG incompleto	3	10,0	4	8,4	7	8,9
2ºG completo	4	13,0	1	2,0	5	6,5
3º incompleto	-	-	-	-	-	-
3º completo	1	3,0	2	4,1	3	3,9
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

LOCAL DE DOMICÍLIO E PROCEDÊNCIA DOS ENTREVISTADOS

Observa-se pela TABELA 3, que a quase totalidade dos entrevistados (96,7% e 87,4% respectivamente para o grupo G1 e G2) residiam na zona norte do município de São Paulo, nas proximidades do serviço de saúde onde buscaram atendimento. Isto se justifica pela facilidade de acesso ao Serviço de Saúde.

Os residentes em outras regiões do município (em número significativamente menor), referiram a opção pelo CRFÓ por terem encontrado dificuldades de tratamento nos serviços próximos as suas residências. Os pacientes de G2 (4,2%), que moram fora do município de São Paulo, optaram pelo CRFÓ devido ao apoio dado por seus familiares que residem nas proximidades do serviço. Constitui-se de pacientes que abandonaram o tratamento por várias vezes, com história de alcoolismo.

TABELA 3 - Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e local de domicílio. Centro de Referência F.Ó, 1998.

Local de domicílio	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zona norte	29	96,7	42	87,4	71	91,2
Zona leste	1	3,3	-	-	1	1,3
Zona oeste	-	-	2	4,2	2	2,5
Zona sul	-	-	2	4,2	2	2,5
Fora do município	-	-	2	4,2	2	2,5
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Quanto à procedência dos entrevistados TABELA 4, verificou-se que um percentual de 60,2%, em ambos os grupos, havia nascido no Estado de São Paulo. No entanto, a proporção de migrantes nos dois grupos é bastante expressiva, sendo para G1 (36,0%) e para G2 (41,6%).

Observa-se neste estudo, que 23,4% eram procedentes dos Estados do Nordeste e 16,4% da região Sul. Porém, o percentual ainda é significativamente menor se comparado ao Estado de São Paulo, demonstrando que a infecção tuberculosa é facilitada onde existe maior prevalência de fontes de infecção em ambientes de grande promiscuidade, condições sócio-econômicas deterioradas e programas de controle de tuberculose deficientes. (NIERO 1981).

NIERO (1981), estudando a reatividade tuberculínica em presidiários primários e reincidentes na Casa de Detenção de São Paulo, encontrou maior porcentagem de reatores fortes em indivíduos procedentes de outros Estados devido, provavelmente, à situação epidemiológica do ambiente de procedência dessas pessoas.

TABELA 4- Distribuição do Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e procedência. Centro de Referência F.Ó, 1998.

Procedência	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
São Paulo	19	64,0	28	58,4	47	60,2
Minas Gerais	3	10,0	7	14,6	10	12,8
Bahia	2	7,0	6	12,5	8	10,2
Pernambuco	3	10,0	-	-	3	4,0
Sergipe	-	-	3	6,2	3	4,0
Ceará	-	-	3	6,2	3	4,0
Alagoas	1	3,0	-	-	1	1,2
Rio de Janeiro	-	-	1	2,1	1	1,2
Santa Catarina	1	3,0	-	-	1	1,2
Paraná	1	3,0	-	-	1	1,2
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Com referência ao vínculo empregatício (GRÁFICO - 2), o desemprego representou em G1 (26,7%) e em G2 (45,9%). No grupo G1, apenas um pesquisado (12,5%), fazia trabalhos esporádicos ("bicos"); o restante (14,1%) não possuía nenhum vínculo empregatício esporádico. No grupo G2, apenas um paciente (4,5%) fazia trabalhos esporádicos e 21 pacientes (95,5%), não possuíam nenhum vínculo empregatício esporádico.

No Grupo G1 (50,0%) e no Grupo G2 (25,0%) dos aposentados realizam trabalhos temporários.

Segundo a Fundação SEADE-DIEESE (1996), a População Economicamente

Ativa (PEA), na região metropolitana de São Paulo, encontravam-se ocupados (52,5%), desempregados (9,3%), e inativos (38,2%). Quanto menor o grau de escolaridade, maior o percentual de desempregados.

É alto o nível de desemprego entre os entrevistados de ambos os grupos. Esta situação favorece condições que poderão interferir no aparecimento de casos de tuberculose.

RAMO DE ATIVIDADE E OCUPAÇÃO

Em relação à ocupação, TABELA -5, o percentual maior recai no setor de serviços, em ambos os grupos (48,3%). Segundo a fundação SEADE-DEESE (1996), o setor de serviços é o que produziu o maior número de horas semanais trabalhadas em relação aos demais setores (11,9%) em 49 horas e mais, semanais. O mesmo setor representou o maior percentual no total de ocupados (48,6%) e maior rendimento em salário mínimo, (8,4%) da população pesquisada tinha um rendimento de mais de 10 salários mínimos.

Os dados deste trabalho vêm corroborar os aspectos acima mencionados. O que não se pode afirmar é se existe risco ocupacional para tuberculose nos trabalhadores desse setor de atividade econômica. Segundo a SEADE/DIEESE (1996), encontravam-se nesse setor de atividade as instituições financeiras, serviços técnicos profissionais, transportes e comunicações, serviços de alimentação, reparação e manutenção, serviços médicos e odontológicos e o ensino.

Alguns entrevistados que trabalhavam com câmaras frigoríficas atribuíam a tuberculose às condições de trabalho e outros ao uso constante do ar condicionado na empresa. Em muitos discursos aparece a referência de que a doença está ligada à exposição de "correntes de ar", ao "beber bebidas geladas" e ao "agasalhar-se mal durante o inverno". BOLTANSKI (1979), encontrou que essas relações são feitas por pessoas da classe popular que imputam à tuberculose, bronquite e outras doenças respiratórias como sendo doenças causadas pelo ar frio.

TABELA 5- Distribuição dos ocupados, segundo grupo e o Setor de Atividade Econômica. Centro de Referência F.Ó, 1998.

Setor de atividade	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indústria de transformação	2	14,3	2	13,3	4	13,8
Construção civil	-	-	2	13,3	2	6,9
Comércio	4	28,6	2	13,3	6	20,7
Serviços	6	42,8	8	53,4	14	48,3
Serviços domésticos	2	14,3	1	6,7	3	10,3
Total	14	100,0	15	100,0	29	100,0

* Classificação segundo a FIBGE.

CONDIÇÃO DA HABITAÇÃO

Condição de ocupação do domicílio:-

Pela TABELA -6, observa-se uma alta porcentagem de entrevistados que residem em casa própria, em ambos os grupos (71,8%), apesar da casa ser, na grande maioria (85,0%), de 3 a 4 cômodos pequenos, segundo a descrição dos entrevistados.

Merece destaque no Grupo G2, a proporção de pacientes que residem em casa emprestada (29,1%), em geral cedida por parentes consangüíneos após o desemprego do paciente ou do responsável pela renda familiar. Relacionado a esse fator, é importante destacar que, agregado aos desemprego e a falta da casa própria, encontram-se neste grupo 8 pacientes com história de abandono de tratamento, o que representa 53,4%.

TABELA 6- Distribuição do número e percentual de entrevistados, segundo grupo e condição de ocupação do domicílio. Centro de Referência F.Ó,1998.

Condição de ocupação	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Própria	26	87,0	30	62,5	56	71,8
Alugada	3	10,0	4	8,4	7	9,0
Cedida	1	3,0	14	29,1	15	19,2
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Quanto ao número de cômodos, TABELA- 7, encontrou-se que 80,6% dos entrevistados (G1 e G2) residiam em casa de 3 a 4 cômodos, 15,6% residiam em casa com 5 ou mais cômodos. No grupo G1, um suspeito de tuberculose era morador de

rua. No grupo G2, dois pacientes em tratamento residiam em barraco.

Segundo a Fundação SEADE (1996), 60,8% da população da região metropolitana de São Paulo residiam em casa própria, com uma média de 4 a 6 cômodos.

Observa-se que a população em estudo possui um nível sócio-econômico aquém do estudado por outros autores e da média geral da população da região metropolitana de São Paulo.

TABELA 7 - Distribuição do número e percentual de entrevistados, segundo grupo e número de cômodos do domicílio. Centro de Referência FÓ, 1998.

Nº de Cômodos	Grupo G1*		Grupo G2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2	--	--	3	6,2	3	3,8
3	14	48,2	16	33,5	30	39,0
4	10	34,5	22	45,8	32	41,6
5 e +	5	17,3	7	14,5	12	15,6
TOTAL	29	100,0	48	100,0	77	100,0

*Grupo G1- um morador de rua

TIPO DE HABITAÇÃO E MATERIAL DE CONSTRUÇÃO

Observando a TABELA -8, é expressivo o percentual de entrevistados em G1 e G2 que residem em casa (84,6%). A região estudada, Freguesia do Ó, faz parte dos bairros pouco verticalizados, porém com alta densidade populacional, onde tem ocorrido desde a década de 80, um grande adensamento populacional com uma significativa diminuição do número do metro quadrado por habitante. (ROLNIK 1992)

TABELA 8 - Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e tipo de habitação.

Tipo Habitação	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casa	26	87,0	40	83,4	66	84,6
Apartamento	3	10,0	3	6,2	6	7,6
Quarto	-	-	2	4,2	2	2,6
Barraco	1	3,0	3	6,2	4	5,2
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Observa-se que uma porcentagem dos entrevistados -G1 e G2-, residiam em barraco (5,2%). Segundo a Fundação SEADE (1994), numa pesquisa sobre grau de salubridade da moradia, no município de São Paulo, apontou que 5,4% da população residia em condições de baixa salubridade da moradia, incluídos nessa condição os moradores de barracos em favelas, sem água encanada, rede de esgoto, coleta de lixo, entre outros agravantes.

Quanto ao material de construção, TABELA - 9, 94,8% (G1 e G2), residiam em construção de alvenaria.

TABELA 9- Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e tipo de material de construção da habitação. Centro de Referência F. Ó, 1998.

Tipo material	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alvenaria	29	96,7	45	93,7	74	94,8
Madeira	1	3,3	3	6,3	4	5,2
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

NÚMERO DE PESSOAS RESIDENTES NO DOMICÍLIO

Segundo demonstra a TABELA -10, tanto em G1 como em G2, é expressivo

o percentual de entrevistados que coabitam com 5 a 6 pessoas (33,4%). É geralmente aceito que a infecção é mais provável em situação de repetidas exposições com pessoas bacilíferas em ambientes confinados.

TABELA 10- Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e número de pessoas residindo no mesmo domicílio.

Pessoas no domicílio	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
mora sozinho	-	-	1	2,08	1	1,2
1-2	4	13,0	6	12,5	10	12,8
3-4	8	27,0	13	27,1	21	26,9
5-6	10	33,0	16	33,4	26	33,4
7-8	4	13,0	9	18,8	13	16,7
9-10	3	10,0	1	2,2	4	5,2
11e +	1	3,0	2	4,2	3	3,8
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Observando a TABELA -11, o maior percentual de pessoas dormindo no mesmo quarto em ambos os grupos, corresponde a 1 a 2 pessoas por dormitório, representando 56,5%, nos grupos G1 e G2. Embora este percentual seja

aparentemente significativo, as condições das residências dos pesquisados são desconhecidas, pois não constituiu objeto da pesquisa. Todavia, é bastante expressivo o número de pessoas dormindo no mesmo quarto nos dois grupos, de 3 a 6 pessoas representando 35,8%, o que é preocupante em relação à transmissão da infecção tuberculose ou tuberculose doença nos casos bacilíferos.

Nos países em desenvolvimento, os índices epidemiológicos de maior relevância usados atualmente para expressar a magnitude do problema da tuberculose e sua tendência na comunidade são a taxa de infecção tuberculosa e a incidência de pacientes tuberculosos que eliminam bacilos demonstráveis no exame direto da expectoração. (NIERO 1981). Portanto, as condições de vida de indivíduos, principalmente bacilíferos, facilitam a continuidade do problema da tuberculose.

Percebe-se, no discurso dos pacientes, a preocupação da transmissão da doença aos seus familiares. Alguns, por falta de orientação, separam-se da família durante todo o tratamento, mesmo não sendo bacilíferos; escolhendo outro local da residência para dormir, em geral a cozinha.

"A Sra sabe, desde que fiquei doente, peguei minhas tralhas e durmo no chão da cozinha. É mais frio, mas pelo menos evito passar essa doença".

(paciente masculino, 35 anos, 3º mês de tratamento)

TABELA 11- Número e percentual de entrevistados segundo grupo e nº de pessoas que dormem no mesmo quarto do entrevistado. Centro de Referência F.Ó,1998.

Nº Pessoas	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	-	-	1	2,1	1	1,3
1-2	14	47,0	30	62,5	44	56,5
3-4	7	23,0	7	14,6	14	17,9
5-6	6	20,0	8	16,6	14	17,9
7-8	3	10,0	1	2,1	4	5,2
9-10	-	-	1	2,1	1	1,2
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

RENDA FAMILIAR

Segundo a TABELA 12, a renda familiar referida pelos entrevistados no Grupo G1 concentrou-se entre 3 a 5 salários mínimos vigentes (40,0%) e, no grupo

G2, entre 1 a 3 salários mínimos (29,2%). No grupo G2, concentra-se o maior percentual de pessoas sobrevivendo com menos de um salário mínimo (14,5%). Estes pacientes têm história de abandono de tratamento associado ao alcoolismo. No mesmo grupo ocorre uma maior concentração de pacientes que ganham 10 salários mínimos ou mais, geralmente com 3º grau de escolaridade.

Segundo GRZYBOWSKI (1987), o aumento das doenças infecto-contagiosas é consequência de um número cada vez maior de pessoas sub-empregadas e desempregadas, que vivem em precárias condições habitacionais, onde o risco de infecção é muito maior que o da população geral.

TABELA 12- Número e proporção de entrevistados, segundo grupo e renda familiar.

Centro de Referência F.Ó, 1998.

Renda familiar	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 SM	2	7,0	7	14,5	9	11,5
1 - 3 SM	6	20,0	14	29,2	20	25,6
3 - 5 SM	12	40,0	6	12,5	18	23,1
5 - 7 SM	3	10,0	8	16,7	11	14,2
7 - 10 SM	5	17,0	5	10,4	10	12,8
10 e +	2	7,0	8	16,7	10	12,8
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

4.3 Fatores Intervenientes Relativos as Ações do P.C.T e alguns princípios do SUS:

4.3.1 ACESSIBILIDADE À ASSITÊNCIA À SAÚDE

Segundo a TABELA -13, os pesquisados referiram a busca do primeiro atendimento nos prontos-socorros da região da Freguesia do Ó - G1 e G2 (51,3%). Os Postos de Saúde (Centro de Referência para Tuberculose ou Unidades Básicas de Saúde -UBS), vem a seguir - G1 e G2 (19,3%). Alguns entrevistados recorreram a convênio médico - G1 e G2 (15,4%).

TABELA 13- Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e local procurado para o primeiro atendimento após os sintomas. Centro de Referência F.Ó,1998.

Local procurado	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Posto Saúde	5	17,0	10	20,8	15	19,3
Farmácia	4	13,0	1	2,0	5	6,4
Pronto socorro	15	50,0	25	52,2	40	51,3
Convênio	2	7,0	10	20,8	12	15,4
Outro	4	13,0	2	4,2	6	7,6
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Outros entrevistados buscaram formas alternativas de solução - G1 e G2 (7,6%), representadas em grande parte na expectativa de curas milagrosas por

intermédio de suas crenças religiosas ou por meio de remédios caseiros.

LOYOLA (1984), estudando a prática da medicina popular e de outros meios dos quais a população lança mão para resolução de seus problemas de saúde, mostra que a "medicina popular não é um fenômeno limitado unicamente às regiões rurais e isoladas. Muito pelo contrário, ela não só é extensamente praticada no meio urbano como constitui uma alternativa e faz concorrência à medicina oficial, considerada pelas classes dominantes e por estudiosos como a única legítima".

Apesar da busca por solução em farmácias representar 6,4%, em ambos os grupos, no decorrer do discurso de alguns entrevistados, ficou claro que esse percentual não representa a realidade. Alguns entrevistados diziam ter ocorrido uma importante diminuição da expectoração após auto-medicação com xaropes, vendidos no balcão das farmácias, muito antes da busca pela assistência.

DERNTL (1986), estudando o tempo de demora de pacientes com tuberculose em procurar serviços de saúde, encontrou que o maior número de casos havia procurado as Unidades Básicas de Saúde (59,3%), do total de atendimentos em primeira instância.

Observando os números encontrados e os valores referidos pela autora, nota-se que os usuários talvez tenham encontrado cada vez mais dificuldades para atendimento na porta principal de entrada dos serviços de saúde, que seriam as Unidades Básicas de Saúde. Por outro lado, os usuários com sintomas de tuberculose

podem estar procurando tardiamente os serviços de saúde.

CAMPOS (1992) menciona que "o papel das Unidades Básicas de Saúde (UBS), é o de oferecer assistência à saúde da população, dentro dos aspectos relativos à prevenção, cura e reabilitação das pessoas em si; além dos inerentes ao meio nos quais vivam", embora neste estudo a porta de entrada tenha sido o Pronto Socorro, ficando a Unidade Básica de Saúde (UBS), com apenas 19,3% do atendimento primário da população estudada.

BERTOLOZZI (1998) compartilha a idéia de CAMPOS e acrescenta: "a Unidade Básica de Saúde tem se apresentado somente como um locus onde se dá um comportamento conformista do doente em relação à assistência, que o faz aceitá-la sem a alternativa de propor mudanças para que se efetivem respostas às suas necessidades". Nesta pesquisa, provavelmente os pacientes teriam encontrado dificuldades em conseguir o primeiro atendimento na UBS, que muitas vezes tem uma demanda reprimida e um sistema de marcação de consultas e atendimento que dificulta aqueles que não podem faltar ao trabalho.

Ainda, segundo BERTALLOZZI (1998), não basta apenas haver mudanças na instituição de saúde em termos de organização e financiamento; são necessárias profundas alterações no modo como os trabalhadores de saúde relacionam-se com o doente, e mais especificamente, com o sofrimento dessas pessoas no enfrentamento da problemática da tuberculose, que é "um produto eminentemente social".

Para MERHY (1992), "uma política em defesa da vida está intimamente articulada à problemática do exercício da cidadania. Só se concretizará se houver uma relação instituição/usuário que permita: controle social e gestão democrática dos serviços; humanização no conjunto das relações desenvolvidas - tanto para o usuário quanto para o trabalhador de saúde e, ampliação de uma consciência sanitária dos cidadãos em geral".

Sabe-se que quanto mais difícil o acesso ou a demora da procura de assistência, maior é a taxa de transmissibilidade, principalmente por meio das fontes bacilíferas. A taxa de transmissibilidade expressa a relação entre as pessoas que foram infectadas e as fontes de infecção. Essa taxa varia segundo o tipo de coletividade, dependendo da gravidade da fonte de infecção (número e virulência dos bacilos eliminados), proximidade e repetição de contágios, condições individuais das pessoas suscetíveis e características específicas da população estudada. (ROUILLON 1977; STYBLO 1978; NIERO 1981).

Pesquisa realizada por HOUK e col. (1968), no submarino USS Richard E. Byrd, da Marinha dos Estados Unidos, com uma tripulação de 308 pessoas, constatou que a partir de uma fonte de infecção foram infectadas 139 pessoas, das quais 7 adoeceram.

JONSTON & WILDRICK (1974) deduziram de alguns estudos epidemiológicos, realizados nos Estados Unidos, que um doente infecta em média de 2 a 3 pessoas.

VAN GEUNS et col. (1975) indicaram para os Países Baixos, uma cifra média de 7,3 pessoas infectadas por um caso de tuberculose.

ROUILLON et col (1977) estudando dados da população geral, admitem que, sem tratamento, uma fonte de infecção infectaria de 5 a 10 pessoas por ano.

STYBLO (1978) estipula que aproximadamente 10 pessoas são infectadas por bacilos tuberculosos durante cada ano, por um caso positivo ao exame direto. Salienta ainda que o número de infecções causado por fonte bacilífera na Holanda, entre os anos de 1921 e 1938, esteve ao redor de 13,2.

Ainda, segundo STYBLO (1980), cerca de 14 pessoas em Lesoto e 10 em Uganda foram infectadas com tuberculose por fonte de infecção, estimativas baseadas nas pesquisas realizadas em Lesoto, nos anos de 1957, 1962 a 1964 e em Uganda, nos anos de 1958, 1970, e 1971.

NIERO (1981) encontrou taxas de contágio ou transmissibilidade de infecção de 32 e 42 infecções por fonte encontrada, quando examinou detentos da Casa de detenção de São Paulo.

Nesta pesquisa, não se objetivou pesquisar a taxa de transmissibilidade; supõe-se que as condições em que vive grande parte dos pesquisados, pode favorecer o aumento destas taxas.

A dificuldade de acesso à assistência também poderia favorecer a difusão de cepas resistentes, aumentando a probabilidade do aparecimento da resistência primária, definida como a detecção de indivíduos portadores de tuberculose pulmonar, virgens de tratamento, contaminados por doentes portadores de cepas resistentes. No Brasil, a resistência primária tem sido relatada em algumas regiões, com variações locais ou mesmo regionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1995).

Em Santa Catarina, VIEIRA e col (1980), estudando a resistência primária, encontraram uma taxa de 14,4%; em São Paulo, 7,8% no Instituto Clemente Ferreira, FILHO e col (1980); BARRETO e MARTINS (1988), no Laboratório Hélio Fraga, Rio de Janeiro, demonstraram uma taxa de 15,2%. No Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, foram encontradas 12,0% por SILVA e col (1992); 19,1% no Estado do Rio de Janeiro por KRITSKI (1995).

Outro aspecto importante da dificuldade de acesso à assistência é o aumento do coeficiente de mortalidade por tuberculose. Segundo a SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (1996), constatou-se nos últimos 10 anos uma tendência de aumento na mortalidade por tuberculose como causa básica, quando se agrupa todas as idades e nos maiores de 20 anos. Morrem por tuberculose cerca de 1500 pessoas por ano, mas levando-se em conta os casos associados com outras doenças como SIDA, diabetes e outras, esse número sobe para cerca de 5000 óbitos por ano.

ALMEIDA (1996) encontrou um crescimento na mortalidade por tuberculose

no município de São Paulo, cujo coeficiente 3,67 em 1984, passou para 4,14 em 1985, e em 1994 atingiu o valor de 6,45 óbitos por 10 000 habitantes.

GALESI (1999), estudando a mortalidade por tuberculose no município de São Paulo, constatou uma reversão na tendência de declínio após 1986, em adultos jovens, entre 20 e 49 anos. A maioria dos óbitos (81,6%) não tinha história de tratamento anterior. Entre os 185 óbitos com uma notificação, 42,7% foram internados sendo os motivos mais freqüentes a insuficiência respiratória aguda, elucidação diagnóstica e caquexia, mostrando a gravidade dos casos e o diagnóstico tardio, o que pode ter sido acarretado pela dificuldade de acesso à assistência de alguns pacientes.

4. 3.2. A TUBERCULOSE E O ESTIGMA

A tuberculose foi e continua sendo uma doença estigmatizante. Atualmente, com um agravante: a co-infecção tuberculose-VIH. Os entrevistados, ao referir sinais e sintomas da doença, revelavam o medo de estar com SIDA.

"Eu fiquei muito feliz quando soube que estava com tuberculose...pelo menos essa doença tem cura. Eu achei que podia estar com AIDS."

(adolescente, feminino, 15 anos, 3º mês de tratamento)

"No passado, a tísica denominava-se doença consumptiva ou consunção, pelo extremo emagrecimento que provocava: o corpo era progressivamente "consumido",

tanto pela queima de energias (a febre, a tosse, a insônia), a tuberculose estava associada a idéias de desintegração, dissolução, desmaterialização do corpo." (BARREIRA 1992).

Atualmente, observa-se, principalmente naqueles que apresentaram queda importante do peso e abatimento físico que, o medo da "consunção" cedeu lugar a um medo maior: a SIDA.

Segundo demonstra a TABELA -14, é interessante notar a negação do suspeito de tuberculose em relação ao diagnóstico da doença. No grupo G1 43,0%, referem a busca do serviço por outras patologias como pneumonia, bronquite e outras afecções do trato respiratório.

Esta proporção é menor no grupo de pacientes em tratamento, G2 (27,1%). O doente em tratamento parece mais conscientizado da sua condição. Mesmo assim, vale ressaltar que os doentes, que não mencionaram tuberculose, já estavam no 3º e 4º mês de tratamento e continuavam negando sua condição de tuberculoso.

TABELA 14- Número e proporção de entrevistados segundo grupo e doença referida como causa da atual procura e/ou tratamento. CRFO, 1998.

Doença referida	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tuberculose	17	57,0	35	72,9	52	66,8
Pneumonia	3	10,0	5	10,4	8	10,2
Bronquite	1	3,0	-	-	1	1,2
Outra	9	30,0	8	16,7	17	21,8
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

KÜBLER-ROSS (1977) refere que o indivíduo doente e, principalmente aquele com prognóstico fechado, passa por cinco estágios em relação a aceitação da doença:- negação e isolamento; ira; barganha; depressão e por último, a aceitação.

Na negação, o indivíduo usa muito a frase:- "Não, não eu, não pode ser verdade". Segundo Ross, a negação do diagnóstico é maior se a informação chega de forma abrupta ou por alguém que o faz rapidamente, sem levar em consideração o preparo e disposição do paciente.

"A negação, pelo menos a negação parcial, é usada por quase todos os

pacientes, não apenas durante os primeiros estágios da doença ou em seguida à "confrontação", mas também posteriormente, de quando em quando." (KÜBLER-ROSS 1977).

A negação mantida traz sérias conseqüências, fazendo com que o doente deixe de interessar-se por si mesmo. Tratando-se de tuberculose, onde o tratamento é longo, exigindo adesão do paciente durante todo o tempo, este aspecto merece atenção redobrada, para que as ações desenvolvidas dentro do P.C.T tenham êxito.

Os pacientes em tratamento referiam-se à tuberculose como "*essa doença*", "*essa doença ruim*", evitando pronunciar a palavra que a designa.

*"Eu estou tratando dessa doença aí, mas eu penso
que eu tenho é pneumonia mal curada."*

(paciente do sexo masculino, 44 anos, 6º mês de tratamento)

Segundo MENDES (1998), "a elaboração do estigma, envolvendo certas doenças, passa por um processo histórico que não se exaure apenas nas características biológicas da enfermidade mas, principalmente, remete-nos à realidade político-social, cultural e econômica de uma determinada época". Entre doentes e não doentes, a autora verificou que os estigmas associados à tuberculose, assemelhavam-se, a partir do momento que passam a conhecer o diagnóstico da doença.

O estigma é algo que continuará existindo, "enquanto residirem, dentro do homem, esse fantasma ainda não exorcizado que permite ver a doença como encarnação do mal." (SCLIAR 1992).

Para BERTOLOZZI (1998), "existe uma forma de não se relacionar imediatamente à doença, remetendo-a a um plano que se apresenta como exterior ao do doente. E, nesse sentido, é interessante apontar que o fato de não nominá-la como que isentaria a pessoa de vivenciá-la. Por outro lado, dado a complexidade com que se revela o estar doente, a enfermidade emerge como uma equação, um problema a ser resolvido".

Ainda, segundo a autora supracitada, "não só o diagnóstico atemoriza a pessoa, mas também a forma como se lida com a doença. Apesar de décadas terem se passado do início do uso dos quimioterápicos para o tratamento da doença, ela ainda é permeada pelo preconceito e pela discriminação".

Referindo-se ao estigma sobre o doente e a tuberculose, BERTOLLI (1992) diz que mesmo os servidores sendo detentores de um saber especializado, acabam incorporando idéias estigmatizadas sobre os doentes, às vezes de forma declarada, em outros momentos, por meio de um "quase silêncio, produzido nos ambulatórios e nos hospitais".

4.3.3 SINAIS E SINTOMAS REFERIDOS PELOS ENTREVISTADOS AO PROCURAR ASSISTÊNCIA

Foi perguntado aos entrevistados os sinais e sintomas por eles sentidos, relacionados ao problema de saúde atual. Colocou-se como opção uma questão aberta, na qual os entrevistados poderiam referir-se a outros sinais e sintomas não indagados pela pesquisa, mas que julgassem relacionados com sua doença.

Neste sentido, conforme a TABELA-15, a tosse com expectoração e emagrecimento aparecem com o maior percentual em ambos os grupos (22,5% e 21,8, respectivamente). A febre foi referida nos dois grupos por 17,0 % dos pesquisados.

A tosse sem expectoração representou 8,9%, em ambos os grupos, seguido de outros sintomas como hemoptise com pouco sangue (5,0%), com muito sangue (3,9%); vários outros sintomas foram associados à tuberculose em um menor percentual.

TABELA 15- Número e percentual* de sinais e sintomas referidos pelos entrevistados, ao procurar assistência. Centro de Referência F.Ó, 1998.

Tipo de Sinais e Sintomas	Grupo G1		GrupG2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tosse	10	33,4	13	26,0	23	8,9
Tosse + catarro	19	63,4	37	74,0	56	21,8
Febre	13	43,4	31	62,0	44	17,0
Emagrecimento	12	40,0	46	92,0	58	22,5
Tosse c/ pouco sangue	2	6,7	11	22,0	13	5,0
Tosse c/muito sangue	1	3,3	9	18,0	10	3,9
Anorexia	-	-	8	16,0	8	3,1
Tonturas	-	-	2	4,0	2	0,8
"Dor de garganta"	2	6,7	7	14,0	9	3,4
"Dor no peito"	13	43,4	4	8,0	17	6,6
"Perda de vontade do sexo"	-	-	16	32,0	16	6,2
"Depressão"	-	-	2	4,0	2	0,8
Total	72		186		258	100,0

*calculado em relação ao total de entrevistados do grupo G1 e G2

*dados cumulativos

Os pacientes do sexo masculino que encontravam-se em tratamento, referiram uma diminuição da "perda da vontade do sexo" após o início do tratamento. Durante o pré-teste, percebeu-se que esta era uma questão que geralmente era colocada pelo paciente em tratamento, inclusive numa tentativa de poder solucionar um problema por ele sentido. Mesmo sendo um problema delicado e complexo, passou-se à investigação de forma sutil.

O assunto era abordado de modo que o paciente pudesse sentir-se a vontade para colocar-se nesse sentido. Aliado à questão previamente formulada, perguntava-se sobre a ocorrência de alguma mudança orgânica após início do tratamento e a que o paciente atribuía essa mudança. O problema da sexualidade muitas vezes acabava emergindo nos doentes em tratamento (6,2%), sendo atribuído aos efeitos dos medicamentos, a responsabilidade pela perda da libido sexual.

Os sinais e/ou sintomas encontrados são os que geralmente se destacam como os prevalentes nesta doença, tosse, tosse com escarro, febre, emagrecimento e dor torácica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1994).

Em 1969, o Comitê de Peritos em Tuberculose da OMS (Organização Mundial de Saúde) concluiu que a maioria dos doentes com tuberculose pulmonar contagiosa conhece sua doença e procura espontaneamente o médico. (BANERJI e ANDERSEN citados por ARANTES e RUFFINO NETTO 1980), estudando a percepção dos sintomas em pacientes suspeitos de tuberculose pulmonar,

encontraram que nem todos os pacientes se dão conta dos seus sintomas e, quando conscientes dos mesmos, na maioria das vezes, demoram para comparecer aos serviços, nem sempre acessíveis.

BAKHSHI e ALI (1995), estudando conhecimento, atitudes e comportamento de pacientes com tuberculose pulmonar no Reino Unido, encontraram que 94,2% dos pacientes não suspeitavam que estavam com tuberculose. Somente 5,8% dos pacientes acreditavam estar com tuberculose; mesmo assim já haviam tido a doença ou tinham histórico familiar da mesma

Os autores acima citados mencionam que os pacientes não acreditam que a tuberculose é uma doença infecto contagiosa e que essa falta de conhecimento interfere de modo significativo nas atitudes do paciente em relação as ações a serem desencadeadas desde o diagnóstico até a cura. Para eles, isso se deve a percepção dos pacientes do forte estigma social que a tuberculose carrega.

Muitos sinais e sintomas acabam sendo associados à tuberculose, mesmo não sendo observados normalmente. BERTALOZZI (1991), verificou em outras proporções, porém nesta mesma ordem, os mesmos sinais e sintomas em um estudo realizado com pacientes em tratamento de tuberculose no Município de Taboão da Serra.

BELLUOMINI (1981) encontrou em estudo realizado junto à pacientes com tuberculose pulmonar que, entre os 379 doentes que referiram sintomatologia, 77,3%

apresentaram sintomas sugestivos de tuberculose. Os restantes 22,7% mesmo percebendo algum sintoma, apresentaram-se à consulta médica por outros motivos que não a sintomatologia sugestiva, embora esta estivesse presente na maioria dos casos.

4.3.4 TEMPO DE DEMORA NA BUSCA DA ASSISTÊNCIA

TABELA 16- Número e percentual de entrevistados segundo grupo e o período decorrido entre início da sintomatologia e a procura da assistência. Centro de Referência, 1998.

Meses decorridos	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1	12	40,0	2	4,1	14	17,9
1 - 3	6	20,0	10	20,8	16	20,5
3 - 6	6	20,0	20	41,7	26	33,4
6 - 9	1	3,4	5	10,4	6	7,7
9 - 12	-	-	-	-	-	-
12 e +	5	16,6	11	23,0	16	20,5
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Segundo demonstra a TABELA -16, o tempo decorrido entre o início da sintomatologia e a procura da assistência tem significativa variação entre os dois grupos.

Os suspeitos de tuberculose do grupo G1 procuraram assistência mais cedo

(40,0%) - em menos de 1 mês após os primeiros sintomas. Os pacientes do grupo G2 (41,7%) levaram de 3 a 6 meses para buscarem assistência após os primeiros sintomas.

Verifica-se que é bastante significativo o percentual de entrevistados que levam de 12 a mais meses para buscarem assistência médica (20,5% - G1 e G2), muitas vezes já num estágio avançado da doença.

NAGPAUL & COL (1968) salientaram a importância do tempo de duração dos sintomas, relacionando-os com o grau de positividade do exame direto de escarro. Pessoas com sintomas respiratórios, com mais de 14 dias de duração, representaram 95,5% de casos positivos à baciloscopia, diferenciando-se daqueles com menor período, cujo percentual foi de 2,2%.

TEIXEIRA (1995) afirma que uma grande demora do paciente traduz falta de percepção da potencial gravidade da tuberculose, acarretando o diagnóstico tardio. Por outro lado, a demora do serviço em realizar o diagnóstico, desqualifica-o e torna-o não confiável para o paciente; condição que favorece a negligência no tratamento.

BELLUOMINI (1981) aponta baixa porcentagem de procura antes de um mês de sintomatologia. A presença de sintomas estendeu-se até o 3º mês (67,2%), para a maioria dos casos estudados. DERNTL (1986) encontrou que o tempo decorrido desde a percepção dos primeiros sintomas até o primeiro atendimento no serviço de saúde foi de menos de uma semana a mais de 24 meses. A maior porcentagem de casos (22,0%) apresentou demora total para o atendimento de 4 a 6 meses, sendo que

as maiores porcentagens de casos encontravam-se entre 3 semanas e 12 meses.

Para DERNTL (1986), a detecção passiva de casos de tuberculose pode parecer simples porém, ao contrário do que se imagina, o processo de percepção dos sintomas e o espaço de tempo que vai até ao diagnóstico são permeados por muitos fatores intervenientes que dizem respeito ao doente, aos recursos de saúde procurados e outros que, indiretamente, podem influenciar, aumentando o tempo total de sintomatologia.

AOKI e COL. (1985) pesquisaram o tempo de demora dos pacientes e do médico em diagnosticar os casos no Japão, constatando que a média aritmética da demora total, para o número total de casos confirmados, foi de 3 meses. Os autores acreditam que isso se deve à interpretação dos sintomas por parte dos doentes; 53,8% atribuíram a um resfriado e, 9,3% revelaram que poderia ser tuberculose.

Observa-se nesse estudo que os suspeitos e pacientes de tuberculose têm procurado os serviços de saúde cada vez mais tarde, provavelmente devido às dificuldades colocadas pelos serviços de saúde ou à falta de percepção da gravidade da doença. Outro fator a ser considerado é a subjetividade do tempo decorrido. Os entrevistados apresentavam dificuldades em lembrar o início dos sintomas. Alguns referiam "gripes repetidas" antes de adoecer, acreditavam que esse período deveria ser excluído do processo da doença, quando na verdade, provavelmente, fazia parte do mesmo.

4.3;5 TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO MÉDICO

Como demonstra a TABELA -17, o tempo de espera para consulta médica, nos dois grupos, foi de 30 a 60 minutos (39,7%), seguidos de 90 a 120 minutos (24,3%), o que representa um tempo muito longo para um usuário que vem a um serviço de saúde em busca de uma solução para seus problemas.

TABELA 17- Número e percentual de entrevistados segundo grupo e tempo de espera para atendimento médico. Centro de Referência, 1998.

Tempo de espera	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<30 min	4	13,4	9	18,7	13	16,7
30 - 60 min	13	43,4	18	37,5	31	39,7
60 - 90 min	8	26,6	7	14,6	15	19,3
90 - 120 min	5	16,6	14	29,2	19	24,3
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

A demora no atendimento implica em fatores relacionados com a transmissão institucional da tuberculose, seja ela de paciente para paciente ou paciente para profissionais de saúde. BLOOM e MURRAY (1992), referem que o principal risco de adquirir infecção pelo *M. tuberculosis* é respirando, e que o espirro e a tosse são formas disseminadoras do bacilo, dependendo da fonte de infecção.

Observou-se pela pesquisa que é significativo o número de casos que demoram 12 meses ou mais para buscar atendimento médico (20,5%), TABELA - 16. Desses pacientes, 10 do grupo G2 (91,0%) eram bacilíferos ou vieram com quadros avançados de tuberculose pulmonar. Entre o total de pacientes em tratamento em G2, 14 (29,2%) eram positivos à baciloscopia e 9 foram positivos à cultura.

A estrutura física do CRFÓ é bastante apertada. Os pacientes com tuberculose, com SIDA, de outras enfermidades e da ginecologia, aguardam no mesmo espaço. As cadeiras são colocadas muito próximas para que o espaço possa ser bem aproveitado. Esse ambiente pode favorecer a disseminação da tuberculose.

A transmissão da tuberculose em nível institucional vem ganhando relevância desde início da década de 80. A constatação de surtos institucionais em alguns países, como os Estados Unidos, mostrou que providências devem ser tomadas para minimizar o problema, principalmente quando esses surtos são causados por cepas resistentes à múltiplas drogas, tornando a questão ainda mais séria. (CDC 1982; CATANZARO 1982; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE 1998).

Quanto maior o tempo de exposição a um ambiente onde haja gotículas infectantes em suspensão, maior será a probabilidade de inalação destas e sua instalação no organismo do novo hospedeiro. (CATANZARO 1982; BLOOM e MURRAY 1992; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE 1998).

Considera-se o início do período de contágio quando o doente torna-se bacilífero, durando até cerca de 15 dias após o início do tratamento efetivo. No ambiente institucional, o maior risco é representado pelos doentes bacilíferos antes do diagnóstico e até os primeiros dias do início do tratamento. (STYBLO 1978; BLOOM 1994; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE 1998).

BLOOM e MURRAY (1992) referem que 1/4 do aumento recente de incidência de tuberculose nos E.U.A pode ser devido à transmissão em situações de confinamento, em hospitais, casas de apoio, albergues à doentes de SIDA, presídios e outros.

O estado imunitário dos indivíduos que se infectam pelo bacilo da tuberculose reflete-se diretamente no risco de adoecimento subsequente à infecção. O atendimento de pessoas infectadas pelo V.I.H deve ser, então, objeto de atenção especial, tanto pela apresentação frequentemente atípica da tuberculose nesses pacientes, quanto pelo maior risco de adoecimento, rapidez de evolução e gravidade da doença. (CDC 1982, 1989,1990; WILLIAMS 1983; BLOOM 1994; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE 1998).

Sabe-se que a maior fonte de infecção tuberculosa são os indivíduos bacilíferos não tratados. Após início do tratamento efetivo, o risco de transmissão da tuberculose cai rapidamente, de modo que, em poucos dias, o caso pode ser considerado não contagiante. Nos serviços de saúde todo empenho deve estar voltado

para o diagnóstico precoce e tratamento efetivo dos casos considerados contagiantes. A permanência de casos não diagnosticados deve ser diminuída. (CDC 1982, 1989,1990; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE 1998).

Neste estudo, no grupo dos suspeitos de tuberculose, esta espera variava de 30 a 60 min (43,4%), podendo passar por um tempo de espera de 90 a 120 minutos (16,6%). Fora os aspectos da transmissão institucional acima considerados, observa-se que o fator tempo pode representar uma carga negativa para aqueles cuja expectativa deve ser maior em relação ao primeiro atendimento e à elucidação de diagnóstico.

MENDES (1998), estudando questões relativas a tuberculose no Ambulatório de Tisiologia de Campinas (SP), observou que o tempo de demora para consulta médica, era em média, 3 à 4 horas, o que "deixava os pacientes com visível impaciência pela demora".

LOYOLA (1984) relata que a população menos favorecida, muitas vezes incapaz de argumentar com os médicos em caso de fracasso ou desacordo, não encontra outra alternativa senão abandonar o tratamento. No caso da tuberculose, isso torna-se altamente preocupante. Os bacilíferos sem tratamento, apresentando tosse, representam um grande problema na disseminação da doença. Em particular, no serviço de saúde em estudo, onde pacientes bacilíferos convivem no mesmo espaço de portadores de VIH e SIDA, onde o contágio pode ser efetivado por vias aéreas, a partir da tosse.

4.3.6 ALCANCE AO SERVIÇO DE SAÚDE

Segundo a TABELA -18, a maioria dos entrevistados utiliza ônibus como meio de transporte para chegar ao serviço - G1 e G2 (65,4%). Alguns vão a pé, porém vale dizer que ir a pé nem sempre significa percorrer pequenas distâncias. Alguns pacientes (50,0%), dos que vão a pé, o faziam por falta de dinheiro.

TABELA 18- Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e meio de acesso ao Centro de Referência, 1998.

Meio de acesso	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ônibus	20	67,0	31	64,6	51	65,4
À pé	4	13,0	8	16,7	12	15,4
Carro	5	17,0	6	12,5	11	14,1
Outro	1	3,0	3	6,2	4	5,1
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Em relação ao número de conduções utilizadas para acesso ao serviço, TABELA- 19, nos dois grupos utilizava-se 2 conduções (43,6%), seguido dos que utilizavam 4 e 6 conduções, representando respectivamente 17,9% e 23,1%.

TABELA 19- Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e nº de conduções utilizadas para o acesso ao Centro de Referência F.Ó, 1998.

Nº de conduções	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	4	13,3	8	16,7	12	15,4
2	16	53,3	18	37,5	34	43,6
4	4	13,4	10	20,8	14	17,9
6	6	20,0	12	25,0	18	23,1
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

No período estudado, o custo da passagem de ônibus municipal equivalia a R\$ 0,80. O paciente em tratamento de 6 meses com uma consulta mensal, mais as entregas das baciloscopias, considerando-se 2 amostras para diagnóstico e controle, e que tomasse 2 conduções, necessitaria 6 viagens em ônibus por mês, e gastaria uma média de R\$ 4,80 a cada consulta, o que corresponderia no final do mês, a 4,0% do salário mínimo vigente (R\$ 120,00), lembrando que a renda familiar da população estudada era entre 1 a 5 salários mínimos (60,2%).

O CRFÓ é uma unidade de referência da região, isto explica a procura por pacientes de outras regiões que se utilizam de endereços de seus familiares para terem acesso ao serviço, mas que na realidade moram distante do serviço de saúde. Vale salientar que no período estudado, muitas unidades da prefeitura do município de São Paulo deixaram de atender pacientes de tuberculose por desestruturação do

PCT por ocasião da implantação do P.A.S. (Plano de Atendimento à Saúde).

No município de São Paulo, sendo um grande centro urbano, faz-se necessário o uso de uma ou mais conduções quando se quer alcançar um serviço de saúde especializado, como é o caso dos poucos serviços de saúde que possuem o PCT implantado.

Segundo demonstra a TABELA -20, 58,9% dos entrevistados tinham dinheiro para pagar a condução. Entretanto, é significativo o percentual de entrevistados sem condições de pagar a condução (41,1%), o que, certamente, acarreta problemas de acesso ao serviço e posterior abandono de tratamento.

TABELA 20- Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e condições de pagar a transporte. Centro de referência, 1998.

Condições de pagar a condução	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	15	50,0	31	64,5	46	58,9
Não	15	50,0	17	35,5	32	41,1
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

As dificuldades de acesso provavelmente determinam problemas no diagnóstico, tratamento e todas as ações envolvidas no PCT. No grupo dos suspeitos de tuberculose, 50,0% declararam dificuldades em pagar o transporte urbano e, dos pacientes em tratamento, 35,5% encontraram-se na mesma situação, o que pode

acarretar abandono e propiciar o aumento da resistência bacteriana.

Encontrou-se dois casos de pacientes depauperados pela doença e pela situação social, que vinham com dificuldade até o serviço, por falta de condições de pagar a condução. Nem sempre o paciente busca ajuda do serviço de saúde que, por seu turno, muitas vezes não tem recursos para aliviar o problema.

4.3.7 DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR

Como demonstra a TABELA - 21, o exame radiológico foi solicitado em 100% dos casos. Em geral, os pacientes com suspeita de tuberculose traziam o RX realizado em outro serviço de saúde. O exame microscópico de escarro foi solicitado para todos os entrevistados, correspondendo a 100%.

TABELA 21- Número e percentual* de entrevistados segundo grupo e tipo de exames realizados para diagnóstico de tuberculose. Centro de Referência F.Ó, 1998.

Exames	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RX	30	100,0	48	100,0	78	100,0
Escarro	30	100,0	48	100,0	78	100,0
Sangue	8	27,0	37	77,0	45	57,7
PPD	9	30,0	13	27,0	22	28,2

*calculado em relação ao total de entrevistados nos grupos G1 e G2.

O exame de sangue referido pelos entrevistados, constava de hemograma ou teste anti-VIH (57,7%). O teste tuberculínico foi solicitado para os dois grupos - G1 e G2, quase nas mesmas proporções, num total de 28,2%. Deste total, 100,0% foram reatores fortemente positivos - acima de 14 mm.

O diagnóstico é componente essencial no controle da tuberculose. E a baciloscopia de escarro é preconizada como fundamental para o diagnóstico da tuberculose pulmonar. Os números e percentuais encontrados estão de acordo com as normas estabelecidas para o PNCT, que preconiza a todo suspeito de tuberculose pulmonar, a realização de exame bacteriológico e radiológico; esse último em unidade de saúde que tenha equipamento disponível. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1995; NIERO e Col 1998, 1993, 1996).

A microscopia direta, ou seja, a baciloscopia é um dos índices epidemiológicos de maior relevância usado atualmente para expressar a magnitude do problema da tuberculose e sua tendência em uma comunidade. (STYBLO 1978; NIERO 1981).

Alguns destes pacientes (66,7%) foram encaminhados com exame radiológico realizado em outros serviços, tendo sido o exame bacteriológico realizado posteriormente. Outros fizeram o exame baciloscópico em laboratórios externos, sendo que os resultados da baciloscopia positiva não foram confirmados pelo laboratório do CRFÓ.

Segundo o Serviço de Vigilância do CRFÓ, por meio do programa EPI-TB, 61,3% dos casos novos de tuberculose pulmonar no período estudado foram confirmados por meio do exame radiológico.

Segundo NATAL (1986), "o diagnóstico de tuberculose pulmonar baseado somente em achados da radiografia, está sujeito a uma alta taxa de erros decorrentes da baixa especificidade deste método. Doentes com suspeita radiológica e baciloscopia negativa não devem ser, em princípio, diagnosticados e nem tratados como tuberculose; impõe-se nestes casos, investigação completa - clínica, laboratorial e epidemiológica".

Em 1987, foram notificados no Brasil 81.826 casos de todas as formas de tuberculose pulmonar. Desse total, 64.655 eram do grupo de 15 anos e mais, dos quais, 33,9% não tinham confirmação bacteriológica. (BOL. PNEUM. SANIT.1993; NATAL e Col. 1998).

NATAL e Col (1998), em um estudo realizado no Rio de Janeiro, cuja finalidade foi avaliar a porcentagem de falsos-negativos e de outros diagnósticos entre casos de tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica, demonstraram, após o reexame de 117 amostras de escarro que 54 (46,1%) foram confirmados por baciloscopia e/ou cultura; 3 (2,6%) enquadravam-se no critério de tuberculose pulmonar negativa e os demais, 60 (51,3%), tiveram outro diagnóstico. Os autores advertem que se estes pacientes com outros "diagnósticos tivessem iniciado tratamento, o faziam desnecessariamente com o agravante de que um falso diagnóstico retarda o atendimento correto do caso".

Inúmeras pesquisas dentre as quais as longitudinais realizadas no distrito de Kolin (Checoslováquia) e Niigata (Japão) limitaram o uso da abreugrafia indiscriminada e enfatizaram o uso do exame microscópico direto como medida prioritária em usuários sintomáticos respiratórios, que buscam espontaneamente os serviços. Daí a importância do exame de escarro. (TOMAN 1976).

4.4. Fatores que Influencia a Qualidade da Amostra

4.4.1 CREDIBILIDADE NOS EXAMES DIAGNÓSTICOS

Referente a esse aspecto, cabe ressaltar as diferenças encontradas nos dois grupos, segundo demonstra a TABELA -22. No grupo G1, os suspeitos de tuberculose pulmonar confiam mais no exame radiológico (57,0%), enquanto que no G2, a confiança maior é no exame bacteriológico (41,7%), seguido pelo exame radiológico (39,5%). Nota-se que a diferença percentual não é tão significativa (2,2%).

TABELA 22- Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e maior confiança atribuída aos exames solicitados para elucidação diagnóstica.

Confiança no exame	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RX	17	57,0	19	39,5	36	46,2
Exame escarro	12	40,0	20	41,7	32	41,0
Exame sangue	-	-	1	2,0	1	1,2
PPD	1	3,0	4	8,4	5	6,4
Todos	-	-	4	8,4	4	5,2
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Observou-se que um entrevistado (2,0%) acreditava que o "vírus da tuberculose pode ser encontrado no exame de sangue", e que o exame de escarro serve apenas como complemento. Esse paciente encontrava-se no 4º mês de tratamento e tinha problemas hepáticos e alcoolismo associados à tuberculose o que, talvez, o fizesse pensar dessa maneira. Outros (6,4%) atribuíam confiança no teste tuberculínico, pois o resultado fora positivo e o exame de escarro não. Porém, no grupo de pacientes em tratamento, 8,4% referiam confiança em todos os exames, acreditando que há uma necessidade de investigar todos os aspectos para se chegar a um diagnóstico.

O exame radiológico parece ter um forte significado para os entrevistados. Significa o concreto, algo que retrata o interior do corpo onde encontra-se o problema:-

"Eu confio mais no RX porque ele vê a gente por dentro"

"A "chapa" é mais garantida né? Acho que não falha, mais o exame do escarro dependendo do dia não dá nada. A "mancha" tá lá o tempo todo"

(paciente sexo masculino, 50 anos, 2º mês de tratamento)

Discursos semelhantes foram encontrados na fala de outros entrevistados. KIM (1985), em uma pesquisa feita na Coréia do Sul, com pacientes suspeitos e doentes de tuberculose, observou que 79,0% dos entrevistados consideravam o exame radiológico como o principal meio de se diagnosticar a tuberculose pulmonar. Apenas 10,0% atribuíram importância ao exame bacteriológico.

BERTOLOZZI (1998), estudando as representações da tuberculose, refere que a magnitude da tuberculose pelo paciente é evidenciada pela observação da radiografia, "como se para o doente fosse necessária a constatação visual da tuberculose para a compreensão da sua complexidade".

TOMAN (1976), estudando a importância do exame radiológico em massa na

luta contra a tuberculose, refere que foram inegáveis os resultados desse procedimento no passado. Porém, isso permitiu que as pessoas atribuíssem maior valor para esse método diagnóstico, suprimindo ainda uma curiosidade das pessoas de se ver internamente por meio das imagens radiológicas. O autor cita que para descobrir um único caso de tuberculose com baciloscopia positiva são necessários de 7.000 a 12.000 exames radiográficos e é possível que uma equipe de 3 a 4 membros examinando 50.000 pessoas, em um ano, não descubra mais de 7 casos novos.

Há muita divergência de opinião, quando a radiologia é analisada no sentido técnico-individual (NIERO 1975); mas quando empregada indiscriminadamente, para o reconhecimento em massa, os pareceres são unânimes ao afirmar que o exame radiológico é muito dispendioso em relação a seu rendimento. (STYBLO 1967; NIERO 1975; ARANTES e RUFFINO-NETTO 1980).

4.4.2 EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM COLHEITA DE AMOSTRAS DE ESCARRO

Interessante observar que, embora alguns entrevistados relatem experiência anterior com a colheita de amostras de escarro em ambos os grupos, como demonstra a TABELA- 23 (43,6%, contra 56,4%, que referiam ser esta a primeira vez que colhiam o exame), a experiência anterior relacionada à colheita de amostras de escarro foi maior no grupo em tratamento, porém perde para o exame radiológico no grupo suspeito de tuberculose. Porém, as diferenças encontradas entre os percentuais dos grupos G1 e G2 que relataram não experiência anterior (11,2%), não tem

explicação; é um achado casual.

TABELA 23- Número e percentual de entrevistados segundo grupo e experiência anterior dos entrevistados relacionada à colheita de amostras de escarro, antes do tratamento atual. Centro de Referência F. O, 1998.

Experiência anterior	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	11	36,7	23	47,9	34	43,6
Não	19	63,3	25	52,1	44	56,4
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Os 11 suspeitos de tuberculose (36,7%) que relataram experiência anterior eram casos de abandono, retratamento ou acompanharam muito de perto familiares que tiveram tuberculose anteriormente.

4.4.3 ORIENTAÇÃO SOBRE A COLHEITA DE ESCARRO:

A COMUNICAÇÃO ENFERMAGEM/PACIENTE

A orientação antes da colheita de escarro é feita após a consulta, mediante pedido médico. Este é um procedimento do PNCT que visa principalmente obter uma boa amostra de escarro, proveniente da árvore brônquica, que tenha pouca saliva e muita secreção muco-purulenta, livre de restos alimentares. (MINISTÉRIO DA

SAÚDE 1989, 1992, 1995).

Segundo demonstra a TABELA -24, a grande maioria dos entrevistados em G1 e G2 (93,6%), receberam no CRFO orientação anterior à colheita das amostras de escarro. Porém, um percentual significativo, do ponto de vista operacional do PCT, deixou de receber essas orientações (6,4%), representando talvez, aqueles pacientes que, certamente, tiveram algumas intercorrências na colheita ou mesmo na entrega do exame.

TABELA 24- Número e percentual de entrevistados segundo grupo e ter recebido orientação para colheita de amostras de escarro. Centro de Referência F.Ó, 1998.

Orientação	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	27	90,0	46	95,8	73	93,6
Não	3	10,0	2	4,2	5	6,4
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Todas as ações são de vital importância para o sucesso do PNCT. Muitas vezes, a raiz do problema está em ações simples, porém de alta complexidade, onde lida-se com um número grande de pacientes a serem orientados dentro de um tempo reduzido e um espaço físico que não favorece o intercâmbio com o paciente, como era o caso do local em estudo.

A forma clínica mais freqüente da tuberculose é a pulmonar, sendo o escarro o espécime clínico mais adequado para a pesquisa do *M. tuberculosis*. Segundo as normas do Ministério da Saúde (1994) e do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (1996), "deve ser solicitado ao suspeito de tuberculose três espécimes: um durante a primeira consulta, outro no dia seguinte, ao despertar, e um terceiro no momento da segunda consulta, quando o usuário for à Unidade de Saúde para entregar a amostra matinal."

É de fundamental importância que os profissionais de saúde conheçam as condições que asseguram a confiabilidade dos resultados da baciloscopia e da cultura, dando condições ao laboratório para fornecer resultados confiáveis. Para isso, é necessário que receba espécimes adequados, entendendo-se por tal, os que provêm do local da lesão que se investiga, obtidos em quantidade suficiente, colocados em recipiente apropriado, corretamente identificados, conservados e transportados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1994).

Segundo NIERO e BELO (1987, 1990), a qualidade do escarro determina sua procedência. Amostras contendo saliva ou saliva misturada com muco, têm uma menor probabilidade de conter bacilos. A consistência do escarro, principalmente nas amostras de diagnóstico seria um indicador de avaliação do trabalho da equipe de enfermagem, em relação as instruções de colheita de material dadas aos clientes sintomáticos respiratórios, por ocasião das consultas. Os autores relacionaram o aspecto macroscópico do escarro e o resultado da baciloscopia e da cultura nos exames bacteriológicos, mostrando que existe uma maior possibilidade de resultados

positivos, à medida que aumenta a viscosidade das secreções. Em 416 amostras de escarro para diagnóstico, encontrou-se 26 casos positivos a baciloscopia, sendo 3 (11,5%) de material de saliva + muco, 7 (26,9%) mucoso e 16 (61,5%) mucopurulenta.

Num segundo estudo, NIERO e BELO (1990) analisaram 2246 amostras e encontraram resultados semelhantes, evidenciando uma maior probabilidade de resultados positivos, à medida que aumenta a viscosidade das secreções.

Nas atividades do Programa de Controle da Tuberculose, um dos passos mais importantes é a orientação quanto a colheita da baciloscopia de escarro. Por meio dessa orientação é que se começa a estabelecer um elo de confiança entre o paciente e o profissional de saúde.

O usuário, ao procurar um determinado serviço de saúde, o faz baseado no resultado de experiências anteriores; a satisfação com o serviço de saúde motivará a procura, levando-o a realizar os exames diagnósticos, continuar o tratamento, podendo, inclusive, interferir na eficácia do mesmo . (LEMME 1991; MENDES 1998; BERTALOZZI 1998).

NIERO e DERNTL (1989, 1993 a, b), estudando dificuldades identificadas por profissionais de saúde de serviços de saúde e laboratórios na realização de procedimentos que envolvem o exame microscópico de escarro, encontraram que as questões mais importantes são de cunho administrativo, problemas com materiais

permanentes e de consumo, acondicionamento e transporte de material biológico, que dada a sua frequência (51,5%), aparece como ponto de estrangulamento nas relações de referência e contra-referência.

Nesta mesma pesquisa, os profissionais citam problemas estruturais e pessoais de trabalho, como desgaste físico e emocional gerado por múltiplas jornadas de trabalho e falta de treinamento e reciclagem em serviço (42,6%). Os pesquisados atribuíram como responsabilidade da clientela/paciente a falta de aderência ao tratamento (5,9%). Não houve referência destes profissionais ao seu próprio desempenho. Segundo os autores, isso reforça a necessidade de revisão da organização local do Programa e ações de educação continuada do pessoal envolvido no processo, com ênfase nesse relacionamento.

Dentro do Programa de Controle de Tuberculose, há muito se comenta que sempre existiu uma lacuna entre o que poderia ser realizado e o que realmente se consegue. A degeneração da situação é imputada aos doentes que são taxados de faltosos ou a população é qualificada como não cooperadora. (ROUILLON 1972; BERTALOZZI 1998; MENDES 1998).

4.4.4 OPINIÃO DOS SUSPEITOS/PACIENTES DE TUBERCULOSE SOBRE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS

TABELA 25- Número e percentual de entrevistados (G1 e G2), orientação recebida para colheita de amostras de escarro. Centro de Referência, 1998.

Adequação da orientação	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	19	63,0	41	85,4	52	66,7
Não	11	37,0	7	14,6	26	33,3
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Observando a TABELA -25, constatamos que ao ser indagado sobre ser ou não adequada a orientação recebida antes da colheita da amostra de escarro, no julgamento dos entrevistados do grupo G1 - os quais recebiam pela primeira vez essa orientação - e que logo após foram entrevistados (37,0%), consideraram que não. Indagados sobre o motivo, referiram a pressa e o ambiente apertado, como causas básicas desta falta de entendimento.

Alguns culpam a si mesmos pelo pouco grau de instrução:

"A Sr^a sabe sou analfabeta e ainda hoje vim sozinha... Não saber ler é como ser cego sem ser...acho que é por isso que eu não entendi o que a dona explicou".

(paciente sexo feminino, 63 anos, 3º mês de tratamento)

Entretanto, 85,4% dos pacientes em tratamento consideram a orientação adequada, embora 14,6%, apontassem falhas no modo como é feito, mencionando tempo reduzido e espaço físico inadequado. Poder-se-ia supor que todos os pacientes em tratamento estariam familiarizados com as rotinas do serviço de saúde, talvez acreditando que o saber colher a amostra de escarro é um aprendizado já por eles incorporado:

"Eu já estou tratando aqui um bocado de tempo...já sei tudinho o que eu tenho que fazer...não precisa de muita explicação não".

(paciente sexo masculino, 35 anos, 4º mês tratamento)

Observou-se que alguns entrevistados mostraram-se extremamente constrangidos em falar sobre a qualidade do serviço. Por uma questão cultural a população em geral não reivindica qualidade dos serviços prestados. NIERO e DERNTL (1996), estudando as razões de recusa de amostras de escarro, apontam que o elemento humano, seja ele da equipe de saúde, seja ele usuário, tem papel importante nas atividades de localização de casos de tuberculose pulmonar, sendo que, no caso dos usuários os princípios de abordagem com vistas à participação popular, são fundamentais.

No Brasil, a participação popular é assegurada pela Lei Federal 8080/90 e pela Lei 8142/90, que estabelecem que, em cada esfera de governo, haja estrutura para

Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde com representação paritária dos usuários em relação aos outros segmentos. Porém, pode-se afirmar que a população não tem participado de forma organizada e permanente nas discussões sobre saúde. (VALLA 1993).

BOGUS (1997) refere que "de forma geral, a sociedade atribui somente aos técnicos e especialistas, a competência técnica necessária para o entendimento e resolução dos problemas da nação. A área da saúde é uma das que mais tem se pautado pela discriminação dos que tem menos saber específico, como se os sujeitos, diretamente envolvidos e interessados, que são os usuários, não conhecessem seus problemas e necessidades e nem soubessem refletir. Estes são considerados desqualificados para a discussão e eleição das soluções".

Para VALLA (1993), "a participação popular não é algo que a população vá receber e manter sem luta, independente de ações organizadas de conquista". Os cidadãos que procuram os serviços públicos de saúde demonstram muitas vezes uma fragilidade não só pela saúde debilitada em si, mas por não ter o hábito de questionar os serviços recebidos.

ADORNO (1987) relata em seus estudos que na sociedade brasileira, aquele que detém o conhecimento, tem o poder e o controle sobre o outro. Fazendo uma analogia com o profissional de saúde que atende nas unidades de saúde, o autor cita que esse poder pode assumir um caráter de controle da relação, estando presente do outro lado do guichê, do balcão, da mesa.

Observou-se neste estudo que os usuários/pacientes não questionavam os procedimentos a que eram submetidos. Na maioria das vezes, permaneciam de pé. Outras vezes, observou-se que a postura ao sentar-se para o recebimento das "orientações", denotava medo, insegurança e desconforto.

Embora os entrevistados tenham descrito que as orientações foram adequadas (66,7%), posteriormente, quando revalidada a mesma informação (vide TABELA - 27) apenas sabiam com clareza as informações recebidas (42,3%).

Pesquisa realizada em relação ao discurso de usuários a respeito dos recursos que a medicina se serve e a forma como ela aborda o paciente, revela profunda desvinculação entre esses dois elos, principalmente no que se refere às relações estabelecidas entre o médico e o usuário. (GUIA 1995).

4.4.5 COMPREENSÃO SOBRE A ORIENTAÇÃO DE COLHEITA DE AMOSTRAS DE ESCARRO PELOS ENTREVISTADOS

Observa-se pela Tabela-26, que existe uma disparidade entre o que os entrevistados sabem e aquilo que acreditam saber. Nos grupos G1 e G2, 84,6% referiram não ter dúvidas no momento em que receberam a orientação sobre a colheita de amostras de escarro, contra um percentual de 15,4%, que referiram dúvidas. Indagados sobre quais as dúvidas, em geral não sabiam referir com clareza quais os pontos dúbios.

TABELA 26- Número e percentual de entrevistados, segundo grupo e referência a dúvidas após receber orientação da colheita de escarro.

Dúvidas	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	5	16,7	7	14,6	12	15,4
Não	25	83,3	41	85,4	66	84,6
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Parece existir um problema de comunicação entre os pacientes e os profissionais que transmitem as informações aos mesmos. Sabe-se que a "linguagem é importante, uma vez que, seu uso inadequado pode gerar dificuldades na compreensão e apreensão daquilo que é dito pelos profissionais de saúde". (MENDES 1998).

Segundo CLARO (1995) apud MENDES (1998), esta dificuldade se origina dos sistemas de crenças divergentes e dos diferentes usos da linguagem que caracterizam indivíduos pertencentes a universos socioculturais distintos.

Para SILVA (1996), "a comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes". E ainda, para que ocorra uma comunicação efetiva é necessário que ela seja bidirecional, isto é, é preciso que haja resposta e validação das mensagens ocorridas.

Ainda, segundo a autora supracitada, a maior parte das questões importantes e íntimas dos pacientes não é verbalizada. A linguagem não verbal deveria ser reconhecida pelos profissionais por meio da percepção, do modo de agir, sentir e relacionar-se dos pacientes.

Segundo DAY apud SILVA (1996), "a rotina do dia-a-dia do profissional inibe sua percepção. Para melhor interpretar os atos verbo-gestuais do paciente, o profissional de saúde precisa se assumir, como produtor consciente de linguagem e como elemento transformador, intérprete de mensagens. Apaixonar-se pela idéia de compreender as pessoas pode eliminar o preconceito de que os pacientes nada sabem sobre questões de saúde e doença".

O desenvolvimento das ações que envolvem a colheita de amostras de escarro, sob a ótica do pesquisador está demonstrado na TABELA- 27. Observa-se que no grupo G1, 7,0% sabiam explicar com clareza como deveria ser feita a colheita do escarro no dia seguinte. O percentual de entrevistados que apresentavam dúvidas em G1 foi de 63,0%, e os que omitiram pontos importantes dos procedimentos foi de 30,0%. Pode-se supor que as divergências de respostas do Grupo G1, estariam sendo influenciadas pela tensão e insegurança próprias do início do tratamento e o contato com os profissionais de saúde.

No grupo G2, o percentual de pacientes que tinham clareza quanto a este procedimento foi de 64,6%; alguns pacientes apresentavam dúvidas (20,8%) e 7

(14,6%) não sabiam como colher adequadamente o exame. Observa-se nas tabelas 25, 26 e 27, uma coerência nas respostas dos pacientes (Grupo G2), que não sabiam colher a amostra. Cabe aqui ressaltar que o entrevistado era convidado a explicar, da maneira como aprendeu, como deveria proceder mediante a necessidade de colher o escarro na residência ou no próprio serviço.

Alguns pacientes relutavam em responder, pois acreditavam ser algo banal, como alguns disseram, e mesmo assim, erravam, esquecendo-se de pontos importantes relacionados à colheita de escarro, como o jejum e a necessidade de coletar secreção proveniente do pulmão.

TABELA 27- Número e percentual de entrevistados (G1 e G2), segundo conhecimento para colheita de amostras de escarro, (demonstração ao pesquisador).

Conhecimento	Grupo G1		Grupo G2		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sabe c/ clareza	2	7,0	31	64,6	33	42,3
Apresenta dúvidas	19	63,0	10	20,8	19	24,3
Não sabe	9	30,0	7	14,6	26	33,4
Total	30	100,0	48	100,0	78	100,0

Ressalta-se que ao solicitar que os entrevistados repetissem o que entenderam sobre o modo da colheita de escarro, pode ter havido um bloqueio na espontaneidade

desses indivíduos. Sabe-se que a revalidação da comunicação é uma técnica eficaz na educação de pacientes porém, muitos se sentem inibidos com essa abordagem, o que dificulta a verbalização das respostas. (SILVA 1996). Portanto, há de se ver com cautela os resultados encontrados.

4.4.6 A COLHEITA DE AMOSTRAS DE ESCARRO SOB A

ÓTICA DOS PACIENTES EM TRATAMENTO:- GRUPO G2

Neste estudo, por questões explicadas anteriormente, apenas o grupo G2 (48 pacientes em tratamento), foi investigado sobre questões relacionadas à colheita propriamente dita das amostras de escarro. Observa-se pela TABELA -28, que a grande maioria dos pacientes queixava-se de falta de secreção antes mesmo de iniciar o tratamento, devido ao uso de xaropes, acentuando-se a falta de secreção no decorrer do tratamento. Alguns referiram dificuldade para escarrar em jejum (31,2%), seguido daqueles que referem ânsia de vômito com o ato de escarrar (12,5%), constituído este último grupo apenas por mulheres.

TABELA 28- Número e percentual* de pacientes (grupo G2), segundo dificuldades referidas com relação à colheita de escarro.

Dificuldades Referidas	Nº	%
Nojo e ânsia de vômito	6	12,5
Não têm catarro em jejum	15	31,2
Tem pouca secreção	46	95,8

*em relação ao total de pacientes = 48.

Foram ricas as colocações dos pacientes em relação ao que pensam a respeito do ato de escarrar e colher o espécime para exame. Alguns pacientes perguntavam se realmente a pesquisadora gostaria de falar de um assunto que parecia absolutamente constrangedor para ambas as partes; não se pretende aqui fazer uma análise das representações sobre o assunto. Porém, segue abaixo alguns relatos julgados interessantes que talvez possam enriquecer este trabalho:

"Eu preferia que o exame fosse feito na urina, no sangue...que é uma coisa limpa né... o escarro é podre, vem de dentro da ferida podre"

(Paciente masculino, 44 anos, 1º mês de tratamento)

"Escarrar é uma coisa muito nojenta...aquilo vem pela garganta e a idéia de por aquela gosma prá fora...credo! É muito nojento..."

(Paciente feminino, 38 anos, 6º mês de tratamento)

"Eu tenho muita dificuldade de tirar o escarro. Não que ele não existe, sabe? Mas...escarrar é estar bichado...é tá podre por dentro...ninguém faz cara boa se você tosse demais na condução e tem aquela catarreira! Você é um incômodo".

(Paciente masculino, 20 anos, abandono de tratamento, baciloscopia +++)

BOLTANSKI (1979) refere que o paciente ao lidar com sua doença, não possui explicações científicas que possam responder às suas ansiedades e tensões, existindo um vazio, deixado muitas vezes pelas falhas dos detentores do conhecimento legítimo. Esses pacientes, não conseguindo submeter à crítica as palavras e os atos médicos, criam "explicações fantasmagóricas" para explicar os seus sintomas. Descrevem as doenças como "aquelas que apodrecem por dentro", corpos que "se enchem d'água", ou de "pus".

Ainda para BOLTANSKI (1979), é preciso entender a construção das representações populares da doença, trazendo o desconhecido ao conhecido, injetando sentido nos termos emprestados ao discurso dos profissionais. Para o paciente, a tuberculose é uma doença "infecciosa", pois é esta a informação que lhe é dada. A infecção vista pelo paciente é talvez uma ferida aberta, que contém umidade do pus misturado com sangue. Daí a representação da doença como uma podridão

dos lugares obscuros e úmidos. "Assim, de acordo com esse esquema, os ossos, as entranhas, o próprio sangue podem decompor-se e apodrecer".

Neste estudo sobre a exposição de sensações e atitudes em relação ao ato de escarrar, chamou a atenção as posturas dos pacientes com idade acima de sessenta anos, em relação ao fato em estudo. Parece que escarrar é um ato de higiene, natural e até corriqueiro na vida destes pacientes:

"Eu tenho muita facilidade para escarrar. Prá mim não tenho problema nenhum não...é uma higiene que a gente faz nos peitos né...senão aquilo parado lá dentro não cura.

(Paciente masculino, 71 anos, 6º mês de tratamento; diagnóstico de tuberculose no pré-operatório de cirurgia cardíaca)

4.4.7 LOCAL DA COLHEITA DAS AMOSTRAS

Como mostra a TABELA - 29, a maioria dos pacientes (83,3%) colheu as amostras na residência, contra 16,7% que colheu no Centro de Referência.

TABELA 29- Número e percentual de pacientes (G1), segundo local de colheita de escarro.

Local de colheita	Nº	%
Unidade de Saúde	8	16,7
Residência	40	83,3
Total	48	100,0

*Dos 8 pacientes que colheram no CRFÓ 87,5% colheram no banheiro
12,5% colheram no estacionamento

O local mais indicado, no serviço de saúde para a colheita foi o banheiro de paciente (87,5%). Apenas a um paciente foi indicado o estacionamento, local aberto, bastante arejado e na maioria das vezes tranquilo. O fato da colheita ser feita em local arejado, reforça a idéia de que locais pouco ventilados e de uso coletivo favorecem a transmissão institucional da tuberculose, fora o constrangimento pelo qual o paciente passa.

A importância da colheita de uma amostra na unidade fundamenta-se no argumento de que se assegura um primeiro espécime para realização do diagnóstico do paciente, e conseqüentemente, o seu retorno ao serviço de saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1994). Porém, é preciso estar atento ao local de colheita, evitando

locais que favoreçam a transmissão institucional da doença.

Segundo algumas pesquisas, para se evitar a transmissão institucional, algumas medidas de controle ambiental são necessárias. Entende-se essas medidas como as que têm por base os conhecimentos de engenharia hospitalar, aplicados às características do contágio da tuberculose. Consiste basicamente em procurar diluir as gotículas infectantes por meio da ventilação, direcionando o fluxo de ar dos aposentos menos contaminados para aqueles onde são geradas as gotículas e destes para o exterior, além do uso de filtros denominados HEPA (High-efficiency particulate air) e de luz ultra-violeta. C.D.C (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION 1982, 1983).

4.4.8 NÚMERO DE AMOSTRAS COLHIDAS PARA O DIAGNÓSTICO

Dos 48 pacientes entrevistados, segundo demonstra a TABELA-30, 50,0% colheram 2 amostras consecutivas para estabelecer o diagnóstico, seguido de 37,5% que colheram 3 amostras, restando 12,5% que colheram 1 amostra. Observou-se um empenho dos pacientes em coletar as amostras solicitadas e o fato do laboratório fazer parte da mesma estrutura física que o CRFÓ parece facilitar o fluxo das amostras de escarros.

TABELA 30- Número e percentual de pacientes (grupo G2), segundo quantidade de amostras colhidas para o diagnóstico da Tuberculose, após primeira consulta.

Quantidade amostras	Nº	%
1	6	12,5
2	24	50,0
3	18	37,5
Total	48	100,0

A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, no Manual de Normas para Controle da Tuberculose (1995), recomenda a colheita de duas amostras de escarro: uma por ocasião da primeira consulta e a segunda na manhã do dia seguinte, ao despertar. Quando operacionalmente possível e necessária, deve-se colher a terceira amostra. Para GRZYBOWSKI (1972), o envio de mais amostras aumenta o rendimento de casos positivos. Mas, também é útil na confirmação de um caso falso-positivo, que pode ocorrer em torno de 10 a 15%. Nesses casos, é aconselhável além da pesquisa de mais amostras, a realização de outras técnicas de diagnóstico, como o exame radiológico e a cultura.

A função da bacteriologia no controle da tuberculose é identificar as fontes de infecção e permitir que as mesmas sejam esterilizadas pela ação da quimioterapia. (GROSSET 1981). O envio de mais de uma amostra aumentaria o rendimento da microscopia em pelo menos 10%. Baseado em alguns estudos, visando aumentar a

segurança e o rendimento da busca de casos, existe uma norma que recomenda a colheita de no mínimo duas, e até três amostras quando necessário para o diagnóstico da tuberculose pulmonar. (GRZYBOWSKI 1972; COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN TUBERCULOSIS 1974; MINISTÉRIO DA SAÚDE 1995).

FIGUEIREDO (1996) encontrou em 709 usuários investigados quanto ao número de amostras enviadas ao laboratório para diagnóstico de tuberculose pulmonar, que 106 (15,0%) dos usuários enviaram apenas uma amostra, 407 (57,4%) duas amostras e 196 (27,6%) três ou mais amostras, o que corrobora com este estudo.

4.4.9 CONHECIMENTOS DOS PACIENTES QUANTO AO NÚMERO IDEAL DE AMOSTRAS DE ESCARRO

Embora sem saber ao certo a importância de se coletar mais amostras, segundo demonstra a TABELA -31, 52,1% não têm conhecimento do número ideal de amostras no estabelecimento do diagnóstico e no acompanhamento do tratamento. Porém, 47,9% conhecem o propósito das colheitas sucessivas, conseguindo dar explicações plausíveis para tal procedimento.

TABELA 31- Número e percentual de pacientes (grupo G2), segundo conhecimento da necessidade de colheita de 2 ou mais amostras para o diagnóstico da tuberculose. Centro de Referência F.Ó, 1998.

Tem conhecimento	Nº	%
Sim	23	47,9
Não	25	52,1
Total	48	100,0

Como comentado anteriormente, o envio de mais de uma amostra aumenta o rendimento da microscopia. O fato do paciente ter conhecimento de todos os procedimentos e ações envolvidos no PNCT, faz com que provavelmente haja um maior empenho do mesmo em colaborar para o sucesso do tratamento. Alguns estudos apontam para a necessidade de atividades de educação em saúde desde o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. A educação em saúde deve estar baseada no diagnóstico das necessidades do usuário, seus conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao seu problema atual. Para que isso ocorra, é preciso ambiente propício e motivação, principalmente dos profissionais de saúde. (CANDEIAS e MARCONDES 1979; GREEN 1980; BELLUOMINI 1981; KIM 1985; BARNHOORN e Col 1992; SUMARTOJO 1993; .KITAZAWA 1995).

4.4.10 TEMPO DE DEMORA PARA O RESULTADO DO EXAME MICROSCÓPICO DE ESCARRO

A realidade do CRFÓ, relacionada ao número de amostras colhidas, reflete a realidade da região de saúde como um todo. Levantamento realizado em 1996, pelo Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica do Núcleo IV, revelou que os demais serviços com PCT implantados colhiam uma média de 2 amostras por sintomático respiratório para diagnóstico, porém o tempo de demora do resultado da baciloscopia variava de 15 a 30 dias, com uma média de 12 dias de demora. Constantemente os serviços de saúde da região encontravam dificuldades para realização da baciloscopia de escarro, que era realizada por laboratório distante, ficando o serviço na dependência de meios de transporte nem sempre preparados para execução do serviço.

A média de demora para a chegada dos resultados nesses serviços de saúde era de 15 a 30 dias. No CRFÓ, o prazo médio para resultado era de 2 dias. O tempo de demora para início do tratamento era em torno de 8 dias. O paciente é orientado a retornar nesse prazo, e, caso o resultado não esteja no prontuário, existe um empenho dos profissionais em localizar o exame no laboratório.

Isso demonstra um ponto positivo dentro do PCT. TEIXEIRA (1995), AOKI e Col (1985), ARANTES e Col (1995) apontam para a importância da diminuição do tempo de demora médico, que é o tempo decorrido entre a primeira consulta e o diagnóstico. Quanto maior esse tempo, mais sérias as repercussões no tratamento,

principalmente de pacientes bacilíferos. Essa demora desqualifica o serviço e torna-o não confiável para o paciente, o que poderá favorecer a negligência no tratamento.

Um estudo realizado por ARANTES e Col (1995) sobre a monitorização das ações anti-tuberculose na Grande São Paulo, demonstrou que o tempo de demora entre a 1ª consulta e o tratamento nos anos de 1992 e 93, foram respectivamente de 33 e 30 dias, e que 45% dos casos iniciaram tratamento além da oitava semana, 15% deles depois da vigésima. Os autores apontam para "os riscos da disseminação do agente durante esse longo período, o que pode ter contribuído para a transmissão extra-domiciliária em escala suficiente para aumentar a incidência de casos".

4.4.11 IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO EXAME DE ESCARRO

Observa-se pela TABELA - 32 que um percentual de 72,9% dos pacientes imputam ao médico o direito de pedir o exame, sendo dever dos mesmos cumprir a prescrição; outros 41,6% acreditam que o exame descobre a doença, mas novamente, notam-se aqueles que acreditam que a baciloscopia completa o exame radiológico.

TABELA 32- Número e percentual de pacientes (grupo G2), segundo a importância atribuída ao exame de escarro.

Importância atribuída	Nº	%
Descobre a tuberculose	20	41,6
Descobre se a doença é ativa	8	16,6
Porque o médico pede	35	72,9
Completa o RX	19	39,6
Por causa da cor e cheiro	2	4,1
Acompanha resultado do tratamento	5	10,4
Não sabe explicar	9	18,7

Sabe-se que o exame radiológico aumenta o rendimento da baciloscopia, desde que não seja usado indiscriminadamente. Porém, não deve ser feito para controle de tratamento porque as lesões demoram mais tempo para regredir enquanto o número de bacilos diminui mais rapidamente. (NIERO 1977; TOMAN 1980).

Verifica-se que é pequeno o percentual dos que se referem ao exame como uma tecnologia capaz de acompanhar o resultado do tratamento e descobrir se a

doença é ativa, nos casos de pacientes com baciloscopia positiva (16,6% e 10,4% respectivamente).

Alguns pacientes (4,1%) acreditam que pela cor e cheiro consegue-se fazer o diagnóstico da tuberculose. Talvez isso se explique pelo fato de que no escarro, um produto orgânico que indica alguma anormalidade, como foi visto anteriormente, o cheiro e a cor alterados já denotam a presença da doença. No discurso desses dois pacientes, observa-se a falta de conhecimento em relação ao procedimento técnico científico a que é submetido o escarro após a entrega no balcão do laboratório.

NIERO (1977), STYBLO (1978) referem que uma das finalidades dos programas de controle de tuberculose é cortar a cadeia de transmissão do agente etiológico. Isso significa, em outras palavras, descobrir os casos de tuberculose na comunidade e submetê-los ao tratamento adequado. Não há dúvida quando se afirma que, o doente que representa maior risco para a comunidade é aquele em cujo escarro forem evidenciados bacilos da tuberculose, pelo exame microscópico.

Para NIERO (1977), STYBLO (1978), todo indivíduo que possui escarro bacteriologicamente positivo (positivo ao exame direto ou somente à cultura) é potencialmente uma fonte de transmissão da doença.

Alguns estudos enaltecem a importância dos casos de tuberculose, ou seja, os indivíduos com confirmação bacteriológica, que do ponto de vista epidemiológico, representam a população prioritária do programa de controle de tuberculose.

(NARAIN 1966), comparando a infecciosidade dos casos, mostrou que a proporção de crianças infectadas nas idades de 0-14 anos, residindo com casos, com suspeitos e com não casos, foi de 41%, 20%, 12%, respectivamente.

GRZYBOWSKI e ALLEN (1964) estudaram a prevalência de tuberculose ativa entre 1.116 contatos que conviviam com pessoas portadoras de tuberculose pulmonar. A prevalência foi de 6,5% quando o escarro do caso índice foi positivo pela microscopia direta; 1,3% quando o bacilo do caso índice foi encontrado somente pela cultura e 1,1% quando a cultura foi negativa.

GRZYBOWSKI, BARNETT e STYBLO (1970) verificaram que as crianças que tiveram contatos íntimos com pacientes com escarro positivo pelo exame direto foram tuberculino-positivos em 35% nas idades de 0 a 4 anos; 43% nas idades de 5 a 9 anos e 52% nas idades de 10 a 14 anos.

Com base nestas pesquisas, pode-se notar a importância epidemiológica dos indivíduos com escarro positivo pelo exame direto. Por meio da diminuição do número de casos com exame bacteriológico positivo, certamente haverá uma diminuição de novas infecções. (NIERO 1977).

Todo método diagnóstico destinado à descoberta de casos de tuberculose deverá objetivar basicamente uma população que proporcione o encontro de uma alta taxa de casos de tuberculose. (NIERO 1975).

Estudos realizados por NAGPAUL e Col (1968), na Índia, e por SENTIES (1972), no México, demonstraram que os pacientes com sintomatologia respiratória (sintomáticos respiratórios), ou seja, pacientes com tosse e expectoração por período superior a 2 ou 3 semanas, representam a população que proporciona o maior número de casos de tuberculose.

4.4.12 DIFICULDADES PARA COLHEITA DAS AMOSTRAS DE ESCARRO NO DOMICÍLIO

Verifica-se pela TABELA -33, que 91,6% dos pacientes não encontraram dificuldades causadas por familiares para colheita de amostras no domicílio, embora 8,4% referiram rejeição e mudanças de comportamento em relação aos mesmos, após a suspeita do diagnóstico, recusando-se a aceitar a colheita do escarro dentro do domicílio. Os 4 pacientes (8,4%) encontravam-se desempregados, tinham em comum um baixo nível sócio-econômico e péssimas condições de moradia, assim como outros agravantes o que, provavelmente, dificultou a colheita.

TABELA 33- Número e percentual de pacientes (grupoG2), segundo dificuldades para colheita de amostras de escarro no domicílio causadas por familiares.

Dificuldade p/ colheita	Nº	%
Sim	4	8,4
Não	44	91,6
Total	48	100,0

Outra consideração relaciona-se ao local escolhido pelo paciente para colheita no domicílio. A maioria dos entrevistados 76 (97,4%), relataram ter colhido o escarro dentro do quarto, após despertar. Sabe-se que a sobrevivência do *M. tuberculosis* em local pouco ventilado, principalmente sem luz solar, é aumentada. Além disso, as condições em que coabitam os pacientes, favorece a transmissão do bacilo.

4.4.13 CONSERVAÇÃO DAS AMOSTRAS NO DOMICÍLIO

Segundo a TABELA- 34, 95,8% dos pacientes colheram a amostra pela manhã e transportaram direto ao Centro de Referência. Apenas 4,2% conservaram a amostra em geladeira, pois tinham sido orientados a colher em qualquer período do dia e conservar o espécime sob refrigeração.

TABELA 34- Número e percentual de pacientes (grupo G2), segundo orientação recebida em relação aos procedimentos após a colheita das amostras.

Destino da amostra	Nº	%
Geladeira	2	4,2
Colher e trazer direto p/ serviço de saúde	46	95,8
Total	48	100,0

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1994) orienta que, quanto mais rápido o

espécime chegar ao laboratório, maior a possibilidade de se encontrar *M. tuberculosis*, já que a temperatura ambiente e o tempo favorecem a multiplicação de microorganismos contaminantes. O escarro obtido de expectoração pode ser conservado sob refrigeração até 7 dias, sem que haja prejuízo na realização da baciloscopia e da cultura.

Cabe ressaltar que esta não é a realidade dos demais serviços que não contam com laboratório próprio. Sabe-se por observação, que em serviços de saúde sem laboratório próprio nem sempre as amostras são mantidas em temperatura adequada no transporte do serviço de saúde ao destino final. Geralmente, o sistema de coleta é feito por peruas em dias pré-determinados. As amostras são colocadas em caixa de isopor aberta, o que facilita o contato com o calor ambiente, percorrendo a cidade de São Paulo durante grande parte do período da manhã.

No CRFÓ, o laboratório faz parte da mesma estrutura física do serviço; o paciente colhe o material em geral no domicílio e entrega diretamente ao laboratório responsável pela execução do exame. Nos casos em que o paciente more próximo ao CRFÓ, as amostras são colhidas durante dois a três dias consecutivos e trazidas direto ao laboratório. Do ponto de vista operacional isso se justifica, porém aumenta o gasto do paciente, o que precisaria ser repensado. As amostras poderiam ser colhidas em jejum e conservadas sob refrigeração até que pudessem ser enviadas de uma só vez ao laboratório.

4.4.14 PROBLEMAS REFERIDOS NA ENTREGA DA AMOSTRA

Observa-se pela TABELA -35 que 93,7% dos pacientes não referiram nenhum problema na entrega das amostras, seguidos de 6,3% que, por motivos diversos ficaram impossibilitados, pelo menos naquele momento, de entregar sua amostra e, por conseguinte, sofreram atraso no resultado do diagnóstico

TABELA 35- Número e percentual de pacientes (grupo G2), segundo problemas referidos na entrega do exame de escarro.

Problema na entrega	Nº	%
Esqueceu a requisição	1	2,1
Colheu as 3 amostras no mesmo dia	1	2,1
Derramou o conteúdo do pote	1	2,1
Não referiu problemas	45	93,7
Total	48	100,0

Apesar de 93,7% dos pacientes não mencionarem problemas na entrega da amostra, talvez por desconhecimento dos mesmos, isso não significa que esses não existam. NIERO e DERNTL (1989b; 1993 a, b), estudando as razões de recusa de amostras de escarro em laboratórios, no município de São Paulo, encontraram

diversos fatores que interferiam na qualidade do resultado do exame. Num desses estudos, dos 2026 usuários inscritos, apenas 4,7% foram atendidos conforme o PCT. Foram encontrados problemas de identificação e de solicitação das amostras (6,4%), falta de informações no pedido (32,5%), número incorreto de amostras para diagnóstico e controle (33,9%) e intervalos incorretos das solicitações (22,5%).

Os autores acima citados referem que os resultados obtidos sugerem problemas de ordem administrativa-estrutural e relativos aos recursos humanos, assim como a fatores relativos à tradição social e cultural dos usuários que, geralmente, mantém atitudes passivas, quando submetidos à condição de cliente/paciente.

5. CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

As conclusões aqui colocadas, referem-se a realidade do serviço de saúde estudado, ou seja, os usuários matriculados no CRFO. Assim, a análise dos dados permitiu verificar:

- No grupo de suspeitos de tuberculose G1, ocorreu predominância do sexo feminino (66,7%); já no grupo de pacientes G2, o predomínio é do sexo masculino (33,3%). Nos pesquisados, a predominância é do sexo masculino (51,3%).
- Quanto à idade, em ambos os grupos ocorreu uma predominância da faixa etária de 25 a 45 anos, o que corrobora com os dados do Estado de São Paulo e do Brasil.
- O grau de instrução mostrou-se baixo - 10,3% dos pesquisados são analfabetos e 61,5% não têm o primeiro grau completo, o que pode dificultar a comunicação e o entendimento das orientações.
- O desemprego é mais pronunciado no grupo em tratamento (G2 - 45,9%) e 26,7%, no grupo G1. A renda familiar é baixa entre 1 a 5 salários mínimos, acarretando dificuldades em comparecer ao serviço de saúde por falta de condições de pagar o transporte.
- A maioria dos entrevistados (91,2%) residia nas proximidades do CRFÓ, em ambos os grupos. A procedência de 60,2% dos entrevistados era do Estado de São Paulo.
- As condições de moradia são desfavoráveis, na maioria dos casos, com 3 a 4 cômodos, onde coabitam até 5 a 11 pessoas no domicílio o que pode contribuir na disseminação da tuberculose.

- A porta principal de entrada no serviço de saúde é o pronto socorro, representando 51,3%. O usuário demora de 3 a 6 meses (33,4%), para buscar assistência.
- Dos suspeitos de tuberculose e pacientes em tratamento, 33,2% negam estar com tuberculose, atribuindo suas condições a outras doenças, embora apresentando sinais e sintomas da doença.
- O tempo médio de espera para atendimento da consulta foi de 30 a 60 minutos (39,7%), nos dois grupos. Observou-se que 24,3% esperava entre 90 a 120 minutos, o que implica na perda de qualidade do serviço e na transmissão institucional da tuberculose.
- Embora 100% dos entrevistados tenham realizado exame radiológico e baciloscopia de escarro, no grupo G1, 57% confiam mais no exame radiológico e no grupo G2, a confiança é maior no exame microscópico de escarro (41,7%). No discurso dos pesquisados é forte a idéia de que o exame radiológico é o melhor meio diagnóstico.
- Quanto ao entendimento das orientações relacionadas à colheita de escarro, embora 93,6% considerassem as orientações satisfatórias, constatou-se que 33,3% deles, não sabiam colher o exame e 15,4% apresentavam dúvidas, porém não questionaram quem os orientou, mantendo uma atitude passiva diante da assistência prestada.
- O estigma quanto ao ato de escarrar é mais evidente entre as mulheres e os jovens. Pacientes acima de 60 anos parecem ter uma atitude positiva quanto ao ato de escarrar. Muitos entrevistados (95,8%), referiram pouca secreção no decorrer da doença e falta de catarro em jejum (31,2%).

- Quanto ao número de amostras para diagnóstico, 50% dos usuários colheram duas amostras e 37,5% - três, o que aumenta o rendimento de casos positivos. As amostras foram colhidas no domicílio e trazidas direto ao serviço (95,8%). Apenas 6,3% referiram problemas na entrega, o que não significa que eles não existam – porém os usuários os desconhecem.
- Algumas orientações consideradas importantes para que haja colaboração dos pacientes são omitidas. 52,1% não sabem o porquê da colheita de 2 ou mais amostras.
- O prazo médio para o resultado da amostra é de 2 dias, porém o início do tratamento geralmente é baseado em achados radiológicos (em 60,5%), demonstrando que o exame microscópico de escarro ainda não é prioridade no serviço de saúde pesquisado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O estudo revelou uma população de baixo nível socioeconômico, pouco participativa que, talvez por aspectos culturais, não questionava a assistência prestada, mesmo no que dizia respeito a dúvidas sobre procedimentos importantes como a colheita d amostra de escarro. Desta população, 72,9% refere fazer o exame de escarro porque o médico pede.
- Do total de pesquisados, 33,2% - ou seja um terço, nega estar com tuberculose, o que poderá influenciar não apenas na realização dos exames diagnósticos, mas na continuidade do tratamento.
- Embora o exame de escarro, seja aceito e faça parte das atividades do PCT, 46,2% dos pacientes confiam mais no exame radiológico, pois lhes parece simbolizar algo concreto, a visualização da doença.
- Embora as ações do PCT há muito venham sendo preconizadas , existe ainda fatores administrativos, operacionais, culturais e estruturais que interferem na consecução das atividades preconizadas.
- As conclusões reforçam estes conceitos e a veracidade destas reflexões
- Estudos posteriores deverão ser realizados objetivando entender melhor as ações do PCT, a equipe de saúde e principalmente a população objeto dessas ações

7. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Adorno RCF, Zioni F, Lefèvre F, Silva M. O conhecimento e o poder: de quem é a palavra. Relato de uma experiência de pesquisa participante. **Rev Saúde Pública** 1987; 21:405-12.

Almeida PC. **Mortalidade por múltiplas causas como instrumento de vigilância epidemiológica da tuberculose após o advento da AIDS**. São Paulo; 1996. [Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Aoki M, Mori T, Shimao T. Estudio de los factores que condicionam la demora imputable al paciente, al médico y la demora total en la detección de casos de tuberculosis en Japón. **Bol. Un. Int. Tub.** 1985; 60: 128-30.

Arantes GR, Ruffino Netto A. Busca de casos de tuberculose pulmonar . Abreugrafia em sintomáticos respiratórios, seguida de exames bacteriológicos nos suspeitos **Rev Saúde Pública**. 1980; 14: 185-93.

Arantes GR, Almeida MMB, Nogueira PA, Belluomini M, Lima MM , Nassar J. Monitorização das ações anti-tuberculose: implantação de uma sistemática experimental em São Paulo. **Bol Pneumol Sanit** 1995; 3 (2):10-25.

Bakhshi SS, Ali S. Knowledge, attitude and behaviour of TB patients. **J Public Health Med** 1995; 17: 343-8.

Barnhoorn F, Adriaanse H. In search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis, patients in Wardha district, India. **Soc Sci Med** 1992; 34:291-306.

Barreira IA. **A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose**. Rio de Janeiro 1992. [Tese de doutorado - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro].

Barreto AMW, Martins F.M. Estudo da resistência primária no Brasil no período de 1986 a 1988. **Bol Campanha Nac Contra Tuberc** 1988; 2 (1): 21-5.

Belluomini M. **Conhecimentos sobre alguns aspectos da tuberculose pulmonar de doentes internados em hospitais especializados - subsídios para ações educativas**. São Paulo 1981. [Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Bergsman R. Understanding the patient in all his human needs. **J Adv Nurs** 1983; 8: 185-90.

Bertolli CF. Doença e estigma. **Cad Hist, Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz**, Rio de Janeiro 1992; 2:22-25.

Bertolozzi MR. **Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra : perfil e representações sobre assistência prestada nas unidades básicas de saúde**. São Paulo, 1991. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Bertolozzi MR. **A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo**. São Paulo 1998. [Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Bloom BR, Murray CJL. Tuberculosis: commentary on a reemergent killer. **Science** 1992; 257: 1055-64.

Bogus CM. **A formação política e o fortalecimento da participação popular em saúde: o caso dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de saúde da Zona Leste de São Paulo**. São Paulo 1997. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Boltanski L. **As classes sociais e o corpo**. Trad. de Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Campos GWS. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate** 1992; 37:16-9.

Candeias NMF, Marcondes RS. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. **Rev Saúde Pública** 1979; 13: 63-8.

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for prevention of TB transmission in hospitals. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service 1982; DHHS publication no (CDC) 82-371.

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention Mycobacterium tuberculosis transmission in a health clinic - Florida, 1988. **Morb Mortal wkly Rep** 1989; 38:256-8,263-4.

[CDC] Centers for Diseases Control. Nosocomial transmission of multidrug-resistant tuberculosis to health-care workers and HIV-infected patients in an urban hospital-Florida. **Morb Mortal Wkly Rep** 1990; 39: 718-22.

Catanzaro A. Nosocomial tuberculosis. **Am Rev Respir Dis** 1982; 125: 559-62.

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN TUBERCULOSIS, Ginebra, 1973

Noveno informe. Ginebra, Organizacion Mundial de la Salud, 1974. (OMS Série de Informes Técnicos, 552).

Derntl AM. **Implicações epidemiológicas do tempo de sintomatologia na busca passiva de casos de tuberculose pulmonar.** São Paulo 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Ellner JJ. Tuberculosis in the time of AIDS: the facts and the message [Editorial]. **Chest** 1989; 98:1051-2.

Figueiredo RCPS. **Estudo da utilização do método bacteriológico no diagnóstico da tuberculose pulmonar no município de Taubaté- São Paulo- 1993-94.** São Paulo 1996. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

IBGE **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - Habitação:** Rio de Janeiro, 1998. Disponível em <URL: <http://www.seade.gov.br/>> [1998 out 12]

Galesi VMN. **Mortalidade por tuberculose no Município de São Paulo , análise de uma década, 1986 a 1995**. São Paulo 1999. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Green LW. **Health Education Planning - A diagnostic approach**. Palo Alto, Ca, Mayfield, 1980

Grosset S. Cambios y adelantos en la tecnologia actual para el diagnostico bacteriologico de la tuberculosis. **WHO/TB** 1981; 81-123.

Grupo Mixto de Estudio UICT/OMS. Tuberculosis y sida: declaración sobre el Sida y la tuberculosis. **Bol Union Int Tuberc Enferm Respir** 64:7-11. 1989.

Guia RGP. O elo partido: o relacionamento médico-paciente na era tecnológica. São Paulo, 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Grzybowski S, Allen E A. The challenge of tuberculosis in decline. **Am Rev Respir Dis** 1964; 90: 707-20.

Grzybowski S, Barnett G D , Styblo K. Contacts of cases of active pulmonary tuberculosis. **Progress report**, 1970.

Grzybowski S. Valoracion técnica y operativa de los metodos de localizacion de casos de tuberculosis. **In: 20ºSeminário Regional de Tuberculosis**; 1972; Bogotá Washington (DC) OPAS 1973. (OPAS Publicacion. Cientifica.265).

Grzybowski S. Cost in tuberculosis control. **Tubercle** 1987; 68 supl: 33-7.

Houk VN, Baker JH, Sorensen K, Kent. DC The epidemiology of tuberculosis infection in a closed enviroment. **Arch Environ Health** 1968; 16: 26-35.

Johnston RF, Wildrick KH. The impact of chemoterapy on the care of patients with tuberculosis. **Am Rev Respir Dis** 1974; 109: 636-64.

Kitazawa S. Tuberculosis health education needs in homeless shelters **Public Health Nurs** 1995; 12:409-16.

Kim SC, Jin BW, Shimao T, Mori T. .Estudio sobre el conocimiento y las actitudes de la población comrespecto a la tuberculosis. **Bol Union Int Contra Tuberc** 1985; 60: 3-4.

Kristski A, Dalcolmo M, Bianco R, Melo F F, Pinto W P, Schechther M et al
Associação tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil. **Bol Oficina Sanit
Panam** 1995; 118: 542-54.

Kübler - Ross, E. **Sobre a morte e o morrer** Trad. Thereza Liberman Kipnis São
Paulo: EDART; 1977.

Lemme A C , Noronha G , Resende J B . A satisfação do usuário em hospital
universitário. **Rev Saúde Pública** 1991; 25: 41-6.

Liefooghe R,.Michiels N, Habib S, Moran M B, Muynck A. Perception and social
consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in
Sialkot, Pakistan. **Soc Sci Med** 1995; 41:1685-92.

Long R, Scalcini M, Manfreda J, Jean Baptiste M, Hershfield E The impact of H I V
on the usefulness of sputum smears for the diagnosis of tuberculosis **Am J
Public Health** 1991; 81:1326-8.

Loyola MA. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: DIFEL;
1984.

Mendes M C T . **A clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose**
Campinas 1998 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas
da UNICAMP]

Merhy EE. **A saúde como política**. São Paulo: HUCITEC; 1992.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São
Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1992.

Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Avaliação das
atividades de controle da tuberculose realizadas no Brasil em 1987: relatório
Bol Campanha Nac Contra Tuberc 1988; 2 (2): 58-108.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão
de Pneumologia Sanitária **Controle da tuberculose : uma proposta de
integração ensino - serviço**. 2ª ed. Rio de Janeiro, 1989.

Ministério da Saúde Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde.
Divisão de Pneumologia Sanitária. **Controle da tuberculose: uma
proposta de integração ensino-serviço**. 3ª ed. Rio de Janeiro, 1992.

Ministério da Saúde Reunião de Avaliação Operacional e Epidemiológica do Programa Nacional de Controle da Tuberculose na década. de 80. **Bol Pneumol Sanit** 1993; Número especial.

Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Manual de normas para controle da tuberculose**. 4ª ed. Brasília 1995.

Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária **Bol Pneumol Sanit** 1996; 4 (1): 9-11.

Ministério do Trabalho. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED. **Evolução do emprego por setor de atividade econômica** Brasília, 1998
Disponível em <URL: <http://www.mtb.gov.br/>>[1998 out 15]

Nagpaul DR, Savic DM, Rao KP, Baily GVJ. Case finding by microscopy. **Bull Int Union Tuberc** 1968; 41:149.

Natal S. Incidência das manifestações Pulmonares no HRPS. **Jornal de Pneumologia** 1986; 12 supl: 14.

Natal S, Teixeira GM, Penna MLF, Wanke B, Bejgel I, Gerhardt Filho G.
Tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica. **Bol Pneumol Sanit** 1998; 6(1): 44-57.

Niero R. **Laboratórios de bacteriologia da tuberculose - subsídios para a implantação de uma rede no Estado de São Paulo**. São Paulo 1975.
[Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Niero R. Emprego do método bacteriológico nos programas de controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública** 1977; 11:416-26.

Niero R, Belo MJ. Comparação entre a baciloscopia e a cultura no diagnóstico da tuberculose pulmonar. [Apresentado ao 18º Congresso Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias; 1977; Balneário de Camboriú (SC)]

Niero R. **Tuberculose pulmonar em uma prisão: estudos de alguns aspectos epidemiológicos como subsídio para o seu controle**. São Paulo 1981. [Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Niero R, Derntl A.M. Formulário de pedido de baciloscopia e informe de resultado para a pesquisa do bacilo da tuberculose no escarro - um novo modelo. **In: Programa do 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva;** 1989a; São Paulo p.80.

Niero R, Derntl A M. Análise do desempenho do pessoal de enfermagem na realização de procedimentos do Programa de Controle de Tuberculose visando a qualidade das amostras de escarro para microscopia direta de B.A.A.R. Estudo I **In :Anais do 2º Simpósio Brasileiro em Micobactérias;** 1989; SãoPaulo: Instituto Biológico; 1989b. p.2.

Niero R, Derntl AM. Analisis de desempeño del personal de enfermería al cumplimiento de los procedimientos establecidos en el programa de control de tuberculosis pulmonar para el examen microscópico del esputo. Estudio II. **In: Libro de resúmenes del Congreso Panamericano de la Union Latinoamericana de Sociedades de Tisiología y Enfermedades Respiratorias,** 1993a; Lima p. 259.

Niero R, Derntl AM. Dificultades identificadas por profesionales de salud durante la realización de los procedimientos establecidos en el programa de control de tuberculosis pulmonar para el examen microscópico de esputo. **In: Libro de resúmenes del Congreso Panamericano de la Union Latinoamericana de Sociedades de Tisiología y Enfermedades Respiratorias;**1993b; Lima. p.260.

Niero R, Derntl AM, Temporini ER. Instrumento de supervisión directa para laboratórios de bacteriologia que trabajan en tuberculosis. **In: Libro de resúmenes del Congreso Panamericano de la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología y Enfermedades Respiratorias**;1993; Lima. p.261.

Niero R, Derntl AM, Guardado Y N. Razões de recusa de amostra de escarro para pesquisa de BAAR por um laboratório regional de Saúde Pública São Paulo-Brasil. **Rev LAES & HAES** 1996; 103:122-30.

Nogueira PA. **Tuberculose como causa de óbito em adultos residentes no Município de São Paulo em 1980**. São Paulo; 1984. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Paim JS. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1994 (**AD SAÚDE** - Série Temática, 1)

Pelicioni MCF. **Serviços de saúde. utilização e opinião dos usuários**. São Paulo; 1989. [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP].

Piovesan A, Temporini E R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo de saúde pública. **Rev Saúde Pública** 1995; 29:318-25.

Rouillon A. Discussão de problemas sobre a organização de um tratamento eficaz para doentes tuberculosos. (artigo traduzido do Bol. Uni. Inter.Vol. 47, 1972 pela Profª Marília Belluomini).

Rouillon A, Perdrizet S, Parrot R. La transmisión del bacilo tuberculoso el efecto de la quimioterapia In:**Métodos de control de la tuberculosis** Washington (DC);**Organización Panamericana de la Salud** 1977. p.1-30.

Santos LR, Araújo LB .**Sistema informatizado para análise e gerenciamento em tuberculose - O EPI-TB**. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica / Divisão de Tuberculose; 1998

Scliar M. Doença e estigma. **Cadernos de História - Casa de Oswaldo Cruz FIOCRUZ** 1992; 2: 7-12.

Scochi MJ. **Contribuição do estudo da prática dos trabalhadores em saúde: análise de caso de um centro de saúde de Ribeirão Preto**. São Paulo; 1989 [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública]

SEADE **Pesquisa de condições de vida - PCV**. Habitação: Condição de Moradia. São Paulo, 1998. Disponível em <URL: <http://www.seade.gov.br/>>[1998 Out 12]

[SEP] Secretaria de Economia e Planejamento. Convênio SEADE- DIEESE.

Pesquisa de emprego e desemprego - PED. São Paulo; 1998 disponível em
URL:<<http://www.seade.gov.br>>.[1998 out 12]

[SES] Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof.

Alexandre Vranjac". Divisão de Tuberculose. **Fórum Estadual de Tuberculose.** São Paulo; 1996.

[SES] Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof.

Alexandre Vranjac". **Tuberculose: recomendações para redução do risco de transmissão em serviços de saúde.** São Paulo; 1998a.

[SES] Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Profº

Alexandre Vranjac". Divisão de Tuberculose. **Fórum Estadual de Tuberculose.** São Paulo; 1998b.

Senties VR. Programa de localización de casos de tuberculosis. **In : 2º Seminário**

Regional de Tuberculosis; 1972; Bogotá, Washington, (DC); OPAS; 1973.
(OPAS- Publicacion Científica, 265).

Silva EAM, Sato DN, Telles MAS, Martins MC, Palaci M, Ueki SYM. Perfil de

resistência do *Mycobacterium tuberculosis* no Estado de São Paulo, 1986
a 1990. **Rev Inst Adolfo Lutz** 1992; 52:37-40.

Silva MJPS. **Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Gente; 1996.

Simioni A M C, Lefèvre F, Pereira I M T B. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais.** São Paulo: FSP/USP 1996 (Série Monográfica, 2)

Snider DE, Raviglione MJ, Kochi. A Global burden of tuberculosis. In: Bloom BR. **Tuberculosis: pathogenesis, protection and control.** Washington (DC): ASM Press; 1994. p. 3-11.

Slutkin G, Leowski J, Mann J. Tuberculosis y sida: efectos de la epidemia de SIDA sobre la situación de la tuberculosis y sobre los programas de control de la tuberculosis. **Bol Union Int Tuberc Enferm Respir** 1988; 63:22-5.

Styblo K. Estado del arte. I. Epidemiologia de la tuberculosis. **Bol Union Int Tuberc Enferm Respir** 1978; 53:145-55.

Styblo K. Recent advances in epidemiological research in tuberculosis. **Sel Pap R Neth Tuberc Assoc** 1980; 20:19-91.

Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails. **Am Rev Respir Dis** 1993; 147:1311-20.

Tanaka OY. **Avaliação da qualidade de serviços básicos de saúde: o estudo do Distrito da Brasilândia**. São Paulo; 1994. [Tese de Livre - Docência Faculdade Saúde Pública da USP]

Teixeira GM. O desafio de segurar sob tratamento até a cura do paciente da tuberculose. **Bol Pneumol Sanit** 1995; 3(2): 3-9.

Toman K. Detection de casos . In : Organizacion Panamericana de la Salud. **Tuberculosis, detecction de casos y quimioterapia preguntas y respuestas**. Washington (D.C); 1980. (OPAS-Publicacion Científica, 392).

Valla VV, Stoltz EN. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume- Dumará; 1993.

Van Geuns HA, Meijer J, Styblo K. Results of contact examination in Rotterdam 1967-1969. **Sel Pap R Neth Tuberc Assoc** 1975; 16: 107-21.

Vieira LTM, Bezem LS, Vieira LMT, Abrahão JS, Gomes C, Andrade AJS. Pesquisa da taxa de resistência primária aos tuberculostáticos no Estado de Santa Catarina - julho de 1979 a junho de 1980. In: Resumos do **Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia**; 1980 out 26-30; 1988, 2: 34-44.

Westphal MF. **Participação da mãe no cuidado da criança com asma brônquica**. São Paulo; 1982. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Williams WW. Guidelines for infection control in hospital personnel. **Infect Control** 1983; 4 suppl: 326-49.

ANEXOS

ANEXO -1

ROTEIRO PARA PESQUISA EXPLORATÓRIA

Questões Formuladas para pacientes em tratamento:

- 1- Qual a doença o Sr(a) está tratando aqui no Posto?
- 2- O que fez o Sr(a) achar que estava doente? Fale do que o Sr(a) sentiu?
- 3- Qual o local o Sr(a) procurou para se tratar?
- 4- O Sr(a) fez algum exame para descobrir a doença? Quais?
- 5- Alguém orientou o Sr(a) como colher o exame?
- 6- Como se colhe o escarro?

Questões Formuladas para suspeitos de tuberculose:

- 1- Qual a doença o Sr(a) acha que tem?
- 2- O que fez o Sr(a) achar que estava doente? Fale do que o Sr(a) sentiu?
- 3- O Sr(a) procurou algum lugar antes para se tratar?
- 4- O Sr(a) fez algum exame para descobrir a doença? Quais?
- 5- O Sr(a) já ouviu falar em exame de escarro?
- 6- O Sr (a) sabe como se colhe o escarro?

ANEXO - 2

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA - G1 E G2

N.º-

Nome do Entrevistador:-

Encaminhado:_____ Início tratamento:

Data:-

A- Características bio-sócio-econômicas do paciente inscrito no PCT:-

1- Nome:-_____

2- Mãe:-_____

3- Sexo () Feminino
 () Masculino

4- Idade

15 |- 25

25 |- 35

35 |- 45

45 |- 55

55 |- 65

65 e +

5- Escolaridade:-

() analfabeto

() 1º grau incompleto () 1º grau completo

() 2º grau incompleto () 2º grau completo

() 3º grau incompleto () 3º grau completo

6- Onde fica o seu domicílio:-

() Zona Norte () Zona Leste

() Zona Sul () Zona na Oeste

() Região da Grande São Paulo.

() Reside em outro Município ou Estado. Qual?

7- Procedência:- Há quanto tempo o Sr(a) reside neste local?

() mora no mesmo local de origem

☐ procede de outro

Estado_____

☐ procede de outro

município_____

8- O Sr(a) trabalha atualmente? sim ☐

 não ☐ Porque?

☐ desemprego por causa da tuberculose

☐ desempregado por dificuldade de emprego

☐ outros motivos _____

9- Qual sua ocupação? _____

10- O Sr (a) mora em casa, apto, pensão, quarto ou outro?

11- A casa é :

☐ própria ☐ alugada ☐ emprestada

12- Número de cômodos da casa:

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 e +

13- De que material é feito sua residência:

☐ alvenaria (tijolo e cimento) ☐ madeira

☐ papelão ☐ lata ☐ outro

14- Quantas pessoas tem na sua família? Quem são?

☐ 0

☐ 1-2

☐ 3-4

☐ 5-6

☐ 7-8

☐ 9 e +

15- Todos juntos quanto ganham?

☐ Menos de 1 salário mínimo

☐ 1-3 salários mínimos

☐ 3-5 salários mínimos

- ☐ 5-7 salários mínimos
- ☐ 7-10 salários mínimos
- ☐ 10 e + salários mínimos

16- Quantas pessoas dormem no mesmo quarto que o Sr.(a) dorme?

- ☐ nenhuma ☐ 1 pessoa ☐ 2 pessoas ☐ 3 e + pessoas

17- Quando o Sr (a) ficou doente que lugar procurou para se tratar?-

- ☐ Posto de Saúde
- ☐ Farmácia
- ☐ Pronto Socorro
- ☐ Convênio
- ☐ outro _____

18- Qual a doença o Sr(a) está tratando aqui no Posto de Saúde?

19- O que o Sr (a) estava sentindo quando procurou assistência:

- ☐ tosse ☐ emagrecimento
- ☐ tosse mais catarro ☐ Tosse com pouco sangue
- ☐ catarro ☐ Tosse com bastante sangue
- ☐ febre
- ☐ outros sintomas Quais? _____

20- Há quanto tempo o Sr(a) está com esses sintomas?

- ☐ < 1 mês
- ☐ 1 |- 3 meses
- ☐ 3 |- 6 meses
- ☐ 6 |- 9 meses
- ☐ 9 |-12
- ☐ 12 e +

21- Tempo de espera para a consulta?

- ☐ < 30 min
- ☐ 30 |- 60
- ☐ 60 |- 90
- ☐ 90 |- 120

22 - Qual o meio de transporte que o Sr(a) usa?

- ☐ ônibus
☐ a pé
☐ carro particular
☐ outros

23- Quantas conduções o Sr (a) usa para vir até a UBS?

- ☐ 0 ☐ 2 ☐ 4 ☐ 6

24- O Sr(a) tinha dinheiro para pagar a condução?

- ☐ sim ☐ não ☐ tomou emprestado

B Questões sobre o conhecimento e opiniões sobre o exame bacteriológico e as orientações recebidas

25- Quais os exames que o médico pediu ao Sr(a)?

- ☐ RX "Chapa do Pulmão" ☐ Exame de escarro ou "catarro"
☐ exame de sangue ☐ Outro _____

26- Destes qual o senhor (a) confia mais?

- * 1º lugar 2º lugar 3º lugar

Por que? _____

27- Esta foi a primeira vez que o senhor (a) colheu o exame de escarro?

- ☐ sim
☐ não Quando colheu? _____

28- O Sr (a) recebeu alguma orientação de como colher o escarro?

- ☐ sim Quem orientou o Sr(a)?
☐ não

29- Ao receber as orientações sobre a colheita do exame o Sr(a) teve dúvidas?

- ☐ sim
☐ não Quais? _____

30- Suas dúvidas foram solucionadas?

- ☐ sim - Como?
☐ não - Porque?

31- O Sr(a) pode me explicar como se colhe o exame de escarro?

- * Questões norteadoras ☐ sabe explicar com clareza
 ☐ apresenta dúvidas

() não sabe

*** AS QUESTÕES ABAIXO SERÃO FEITAS SOMENTE PARA PACIENTES EM TRATAMENTO - GRUPO G2**

32- O Sr (a) tem dificuldades para colher o exame de escarro?

() sim Quais? _____

() não

33- O Sr (a) colheu alguma amostra aqui na unidade?

() sim

Qual o local foi indicado para o Sr(a) colher? _____

() não

34- Quantos exames de escarro foram pedidos na 1ª consulta?

() 1

() 2

() 3

35- O Sr(a) sabe porque tem que colher mais de uma amostra? _____

36- Na sua residência o Sr (a) teve alguma dificuldade para colher o exame?

* Questões norteadoras para o entrevistador

a) condições de residência:- tem banheiro? Quintal?

b) os familiares aceitaram a doença do usuário? Como ficou a questão do estigma?

37- Qual o local que indicaram para o Sr(a) guardar o exame em casa?

() geladeira

() colheu e trouxe direto para UBS

() outro

38- O Sr (a) acha que o exame de escarro é importante?

() sim

() não

Por que? _____

39- O Sr (a) teve algum problema quando veio entregar seu exame de escarro?

() sim Quais? _____

() não

ANEXO-3

ROTEIRO DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA AOS PACIENTES:-

Bom dia (ou boa tarde). Meu nome é Lúcia e estou trabalhando com pessoas que estão com suspeita de tuberculose ou que estão tratando desta doença aqui no Centro de Referência.

Eu gostaria de saber se o Sr (a) poderia colaborar comigo na realização de uma pesquisa a respeito de tuberculose respondendo algumas perguntas, que devem levar aproximadamente 40 minutos.

Para que possamos conversar mais a vontade, eu gostaria de gravar o que for falado, mas eu lhe garanto que todas estas informações serão mantidas em sigilo.

O Sr (a) aceita?

Obrigada