MARÍLIA BELLUOMINI

CONHECIMENTOS SOBRE ALGUNS ASPECTOS DA
TUBERCULOSE PULMONAR DE DOENTES INTERNADOS
EM HOSPITAIS ESPECIALIZADOS - SUBSÍDIOS PARA
AÇÕES EDUCATIVAS.

TESE APRESENTADA À FACULDADE DE
SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO, PARA OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE DOUTOR EM SAÚDE PÚBLI
CA.

ORIENTADOR: PROF. ROBERTO BRÓLIO

SÃO PAULO, 1981

HOMENAGEM

Ao

Prof. Diōgenes Augusto Certain,
com profunda saudade

ÍNDICE

pág.

1. APRESENTAÇÃO.....	i
2. RESUMO.....	xxx
3. SUMMARY.....	xxxii
4. INTRODUÇÃO.....	1
5. OBJETIVOS.....	7
6. MATERIAL E MÉTODOS.....	9
7. RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....	15
1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	16
2. ANÁLISE DO FORMULÁRIO.....	46
. PERGUNTAS INTRODUTÓRIAS.....	46
. PERGUNTAS SOBRE CONHECIMENTOS.....	86
. PERGUNTAS SUPLEMENTARES.....	136
. PERGUNTAS AOS INTERNADOS PELA PRIMEIRA VEZ.....	138
. PERGUNTAS AOS REINTERNADOS.....	145
8. CONCLUSÕES.....	159
9. RECOMENDAÇÕES.....	164
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	168

APRESENTAÇÃO

EVOLUÇÃO DOS MOVIMENTOS EDUCATIVOS EM TUBERCULOSE

Com poucas exceções, as medidas para o controle das doenças transmissíveis que durante longo tempo desafiaram os esforços da Saúde Pública, mostram uma relação direta com os conhecimentos claros da história natural dessas doenças.

O tempo decorrido entre o conhecimento completo e a efetividade das medidas de controle é extremamente variável, porém a quebra da cadeia de transmissão das doenças infecciosas, está estreitamente relacionada com os conhecimentos de suas características próprias, do modo como elas se transmitem e da eficácia das medidas adotadas.

Em tuberculose, o conhecimento do agente etiológico teve uma importância altamente significativa nos procedimentos que gradativamente foram e vêm sendo preconizados para alcançar o seu controle¹⁸. Porém, séculos e séculos decorreram antes de chegarmos ao estágio que hora nos encontramos.

Na história das civilizações, desde as mais remotas, encontram-se citações de historiadores médi-

cos que mostram ser a tuberculose tão antiga como o homem. Descobertas arqueológicas, de lesões tuberculo sas espinhais, datam da Idade da Pedra. Descrições evidentes de consunção do pulmão foram deixadas pelos antigos Indianos e Egípcios^{83,44}.

Hipócrates (400 AC) o pai da Medicina, deixou uma excelente descrição da "*phthisis*", como era denominada pelos Gregos.

Avicena, citado por EINIS²⁵ em seu "Canon of Medical Science" é o que nos dá um relato completo da consunção, fazendo referências à hereditariedade, à frequência de hemoptise na primavera, mencionando também a influência do meio ambiente, do clima e das estações do ano sobre o curso da doença.

Conjeturas as mais variadas, eram apresentadas sobre a natureza e a causa da tuberculose, e as correntes se dividiam entre aqueles que acreditavam no contágio e os que insistiam na sua hereditariedade.

Baseados em estudos de seus antecessores, des tacaram-se no decorrer do século XIX, três cientistas que com suas descobertas vieram trazer contribuições valiosas para o conhecimento da doença.

Laennec, em 1815, conseguiu definir a figura clínica e patológica da tuberculose, de modo a evitar a confusão desta entidade com outras semelhantes, por meio da relação causal entre sinais e sintomas, utilizando o seu invento, o *estetoscópio*. Villemin, em 1865, abriu o caminho para a identificação do agente e tiológico por meio da verificação da natureza específica, inoculável e contagiosa da doença. Finalmente Koch, em 1882, por suas tão conhecidas pesquisas, conseguiu trazer para conhecimento da humanidade, o bacilo da tu berculose, identificando-o definitivamente como seu agente causador⁴⁶.

O resultado desta descoberta foi o desenvolvimento de técnicas preventivas mais racionais do que aquelas até então utilizadas, decorrentes do conhecimento da tuberculose como doença transmissível.

A partir de então é que, realmente, se iniciaram os movimentos de luta contra a doença, enfatizando o isolamento dos doentes e a quarentena em todas as suas fases. Foi também nesse período que se iniciaram as campanhas contra o ato de escarrar ou cuspir em lugares públicos. As autoridades sanitárias foram investidas de poder policial, dando-lhes mesmo autorização pa

ra prender os casos confirmados, afastando-os do meio em que viviam, pelo perigo que representavam na contaminação dos seus semelhantes.³³

Alguns anos de experiência, porém, mostraram que este tipo de abordagem não produziu os resultados desejados. E isto porque as autoridades em saúde e os médicos, tomavam as medidas preventivas desprezando, frequentemente, a participação das pessoas. Apenas esporadicamente chamavam a atenção do público para as de terminações, por meio de publicidade.

Em uma época em que a tuberculose era considerada uma doença incurável, de evolução grave e tida como um estigma familiar, um fatalismo apavorante a en volvia.

Com esta atitude pública predominante tornou-se evidente, às autoridades sanitárias, que alguma coisa a mais do que cuidados médicos ou recomendações drásticas seriam necessárias. Iniciaram-se assim os mo vimentos educativos, como uma necessidade, a fim de per suadir as pessoas a agirem de modo a prevenir a propa gação da doença.

Os primeiros movimentos, liderados por Herman Biggs, um dos propulsores da Saúde Pública nos Estados

Unidos, citado por WINSLOW⁹¹, encontraram grandes dificuldades para sua realização. Entusiasmado com as esperanças trazidas à humanidade pela descoberta de Koch, Biggs com muita coragem, e enfrentando a oposição da classe médica, apresentou uma série de recomendações contidas em dois documentos de grande valor histórico: "*Informes sobre a prevenção da tuberculose pulmonar*", enviados ao Departamento de Saúde de Nova York.

O primeiro, em 1889, divulgava definitivamente a natureza contagiosa e prevenível da tuberculose, e além das recomendações sobre a divulgação de conhecimentos relativos à transmissão humana, abordava os riscos decorrentes da ingestão de leite proveniente de animais doentes, e sugeria a desinfecção dos aposentos ocupados por tuberculosos e a inspeção do gado.

O segundo, em 1893, recomendava uma sistemática campanha de educação sanitária popular, notificação obrigatória dos casos de tuberculose pelas instituições pública, a designação de inspetores especiais para investigar a doença, a educação das famílias, a necessidade do exame bacteriológico de rotina para o diagnóstico, e a provisão de facilidades hospitalares adequadas para o tratamento.

Também em 1889, ainda sob a influência de Biggs, foi publicada uma circular, sobre "*Regras a serem observadas para a prevenção e a transmissão da "consunção"*" que, até onde se sabe, foi o primeiro folheto contendo orientações sobre tuberculose, destinadas ao público.

Estes fatos marcam o início de uma campanha educativa que se expandiu pelo mundo todo. Muitas dificuldades tiveram que ser superadas, não só entre profissionais de saúde, mas também entre o público, que se encontrava, traumatizado por medos e preconceitos arraigados. Mas a luta continuou e os pioneiros no combate à tuberculose estabeleceram um magnífico modelo de educação de público, imitado em anos posteriores por organizações interessadas no combate a outras doenças.

Deste modo, a fase de determinações coercitivas e assustadoras foi substituída por outra, de divulgações sobre fatos concernentes à tuberculose, na esperança de que, uma vez informadas, as pessoas passassem a agir de modo a evitar a disseminação da doença. Esta foi a etapa da propaganda sanitária, quando toda a ênfase era dada à distribuição de folhetos, exibição de filmes, confecção de cartazes, salões de exposição.^{74,37}

Todas estas medidas visavam "*vender saúde*", quando as normas eram ditadas por técnicos, de acordo com o que eles achavam melhor.

As experiências adquiridas, não só no campo da tuberculose, como em outros relativos à saúde, mostraram que as divulgações, por si só, embora utilizando vários meios disponíveis, não eram suficientes para chegar a um processo educativo.

Tornou-se evidente para os líderes pioneiros desse movimento que não apenas os conhecimentos das pessoas teriam que ser estimulados, mas também seus sentimentos, interesses e atitudes com relação à doença, teriam que ser modificados. A tuberculose passou a ser considerada não apenas um problema médico ou cirúrgico, mas um problema do ser humano e como tal, envolvido por uma multiplicidade de aspectos. Cada caso de tuberculose representava o indivíduo como um todo, exigindo cuidados integrais e não apenas em relação a doença. As atividades para superar o problema, teriam que ser conduzidas considerando-se o meio ambiente do doente, suas concepções, suas atitudes e comportamento, não só como indivíduo, mas também como membro de uma sociedade.⁴⁵

Estas constatações forneceram os subsídios básicos para a introdução da Educação nos programas de saúde. Muito antes que ela fosse reconhecida como um campo de fundamental importância na Saúde Pública, surgiram no fim do Século XIX e início do século XX em vários países, as instituições voluntárias de combate à tuberculose que, inevitavelmente, passaram a desenvolver atividades educativas. Estas instituições, que se organizavam com o nome de "*Liga*", "*Associação*", "*Sociedade*", "*Obra*", "*Federação*" e outros, passaram a assumir responsabilidades que foram se ampliando cada vez mais, construindo sanatórios, dispensários, preventórios e vulgarizando os conhecimentos sobre a moléstia, ampliando dia a dia os meios de defesa da população, incentivando as pesquisas sobre o germe e os meios de combatê-lo.

Foi da iniciativa particular que surgiram o primeiro Dispensário, criado em 1887, em Edinburgh, por *Robert Phillips*; as Clínicas para prevenção, educação e tratamento ambulatorial, idealizadas em 1889, na França, por *Albert Calmette*, e também os primeiros Sanatórios que tiveram como precursor *Brehmer*, que já em 1859 instituiu na Alemanha o tratamento sanatorial.⁷⁴

Grandes esforços foram dispendidos por estas e outras instituições que se seguiram, no sentido de promover a saúde pela difusão de conhecimentos sobre a utilização dos recursos disponíveis para a prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose. Assumindo gradativamente uma amplitude maior, as agências voluntárias preconizaram, com um caráter inovador, o aproveitamento das potencialidades de uma comunidade organizada, como meio de controlar a doença. Este novo conceito teve um significado de grande alcance para os programas gerais de saúde pública. A primeira entidade a adotá-lo foi a *Sociedade para Prevenção da Tuberculose de Pensylvania*, nos Estados Unidos, organizada por *Lawrence Flick* e seus associados em 1892³⁶. Esta iniciativa distinguiu-se, não só por ser a primeira organização que se empenhou em conduzir as forças da comunidade, integrando membros leigos e profissionais no combate a uma doença em especial, mas também por introduzir um método educativo nos programas de saúde pública.

Este, somente veio a ser adotado no campo específico da educação para a saúde, em 1938 por *Lucy S. Morgan*, tendo como base o estudo do comportamento humano e a sua modificação, para a melhoria e promoção da

saúde individual e da comunidade, através de seus próprios esforços.⁵²

Com o aumento crescente de organizações similares, nos Estados Unidos, foi sentida a necessidade de ser criada uma Associação que congregasse todas as demais que tinham como objetivo combater a tuberculose, atuando de uma forma mais ampla ou seja, a nível nacional. Assim, em 1904 foi formada a *National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis*, que mais tarde passou a chamar-se *National Tuberculosis Association* (NTA), tendo como seu primeiro presidente *Edward Livingston Trudeau*, que fundara em 1885 o primeiro sanatório para tuberculosos nos Estados Unidos. A palavra "prevenção" para algumas entidades significava o isolamento sanatorial das pessoas com tuberculose avançada, e toda a arrecadação obtida era utilizada para este fim. Após a criação da NTA, em uma reunião conjunta, ficou estabelecido que "prevenção" deveria ter um significado mais abrangente. A partir de então os programas passaram a se desenvolver com grande enfoque nos aspectos preventivos da doença, o que exigia maior amplitude nas campanhas educativas junto ao público.⁶⁵

Assumir a responsabilidade de prevenir a tuberculose na aqueles dias, era um propósito difícil. Dúvidas pairavam ainda sobre vários aspectos da doença. O tratamento baseava-se apenas nos processos naturais de defesa e de cura de que o próprio organismo dispunha, alcançados por regimes higiênico-dietéticos feito em sanatórios, auxiliados quando necessário, pela colapsoterapia ou cirurgia. Acima de tudo, a doença continuava a ser um estigma. As famílias que tinham casos de tuberculose entre seus membros procuravam esconder o fato, e os leitos hospitalares não eram suficientes para abrigar os que deles necessitavam. Estas condições, ajudavam a disseminar a doença.

Diante da situação, as entidades filiadas à NTA propunham-se a:

- 1 - "ensinar fatos básicos de tuberculose ao maior número possível de pessoas;
- 2 - *modificar hábitos que favorecessem a disseminação da doença (o grifo é nosso);*
- 3 - estabelecer um sistema de busca de casos;
- 4 - melhorar as condições ambientais;
- 5 - providenciar camas hospitalares suficientes para isolar os casos ativos;

6 - propiciar cuidados e tratamento de acordo com as possibilidades financeiras do próprio doente"⁷⁴.

Podemos inferir que dois fatores influenciaram a vitalidade dos movimentos liderados pela NTA. Um foi a convicção de que o controle da tuberculose é uma responsabilidade de todas as pessoas e portanto, a liderança teria que contar com a participação conjunta de grupos profissionais e de leigos. O segundo fator, que deu grande força e poder à Associação, foi a visão de que dentro daquela convicção, as pessoas precisavam ajudar e para ajudar precisavam saber contra o que estavam lutando, quais os benefícios que iriam auferir e quais as responsabilidades de cada um na tarefa a ser executada.

Na sua saudação, ao tomar posse da presidência da NTA (1905), Trudeau deixou bem claro que a educação teria que ser a força propulsora para atingir os objetivos propostos, quando declarou: "*a primeira e maior necessidade é a educação; educação das pessoas e, por meio dela, a do Estado. Quando um Estado estiver bem educado, e não antes, os outros requisitos necessários para o controle da tuberculose estarão prestes a ser conseguidos*"³².

Nas décadas que se seguiram, a efetividade destes movimentos foi crescendo, à medida que agências voluntárias e oficiais, num trabalho conjunto, lutavam por mais sanatórios e ampliação do número de leitos para o tratamento pronto e eficiente, com os recursos disponíveis; insistiam na detecção precoce dos casos utilizando, prioritariamente a radiologia e o teste tuberculínico como exames diagnósticos e reivindicavam mudanças nos fatores sociais e econômicos adversos. Todo este trabalho era acompanhado pela difusão de campanhas educativas orientando a população, e de solicitações de melhorias que direta ou indiretamente viriam contribuir para evitar a disseminação da doença. Estes eram os princípios básicos que na época norteavam os programas para o controle da tuberculose.

O sanatório era considerado o local mais indicado para levar a bom termo o tratamento da doença. Muito se falava também sobre a sua atuação como instituição educacional, aproveitando o período de internação para orientar os pacientes sobre a doença, sobre o contágio e a reabilitação. Referindo-se a esta ação educativa, KRAUSE⁴⁷ assim se expressa: "...embora, na maioria das vezes, a lição seja aprendida imperfeitamente, e mesmo que muito dela tenha sido esquecido ou

negligenciado, podemos conjecturar que, dos pacientes que retornaram do sanatório, as pessoas de nossa geração receberam sua mais efetiva informação sobre a infecciosidade da doença, sobre o modo comum da disseminação da infecção ou da defesa contra o contágio, sobre o valor curativo e preventivo de medidas higiênicas simples e facilmente empregáveis".

A radiologia constituia o principal método de busca de casos, que com a descoberta da *abreugrafia* por Manuel de Abreu em 1936⁷⁷, passou a ser recomendada como um exame da massa sistemático e periódico. Grande valor era dado à descoberta precoce dos focos de infecção entre os portadores de lesões mudas e por este motivo, eram largamente utilizadas as unidades móveis que periodicamente visitavam fábricas, indústrias, escolas e outras instituições.

A realização desses exames de seleção em massa, propiciou pesquisas sobre conhecimentos, atitudes e práticas em tuberculose, que trouxeram contribuições para a educação da comunidade, despertando nela a consciência da magnitude do problema e estabelecendo um ponto de partida pelo qual novos programas pudessem ser planejados. Um dos mais completos estudos neste campo

foi o de HOCHBAUN³⁸, que mereceu a seguinte opinião de Perkins do (NTA) e Blomquist (U.S. Public Health Service) "nós acreditamos que estes achados, se inteligentemente utilizados, esclarecerão e guiarão o planejamento futuro de programas de exames de massas ou grupos, particularmente nos seus aspectos educativos e motivacionais".

O teste tuberculínico, anunciado em 1907¹⁴ como um método seguro, era utilizado em larga escala com o fim de auxiliar o diagnóstico diferencial de imagens radiológicas suspeitas. Em grupos de baixa idade permitia conhecer a ocorrência de contágio, tornando possível cercar os reatores dos cuidados necessários e também procurar a fonte de infecção dos mesmos. Constitua, portanto um método de grande valor para o estudo de índices epidemiológicos em tuberculose, oferecendo inclusive oportunidades educativas junto aos escolares, pais, mestres e outros encarregados da assistência às crianças. FELDMANN²⁶, Diretor Médico da NTA, assim se refere sobre o assunto: um programa de teste tuberculínico, para ser bem sucedido, exige uma campanha educacional efetiva, para obter a participação da comunidade nos esforços de controle da tuberculose".

A *baciloscopia* era utilizada sem que, no entanto, tivesse grande prioridade como método diagnóstico. Devido à ausência de tratamento específico, a maior preocupação nessa época, era a de identificar a tuberculose na sua fase incipiente, pela radiologia, e providenciar o isolamento imediato do doente, para permitir assim maiores oportunidades de cura pelo tratamento precoce com os recursos disponíveis.

Com a descoberta da *estreptomícina*, que foi anunciada em janeiro de 1944 por WAKSMAN⁹⁰, teve início uma nova fase na luta antituberculose. Em anos seguintes outros medicamentos específicos foram acrescentados, ocasionando grandes modificações na evolução da doença, diante do tratamento quimioterápico.

Os resultados foram realmente surpreendentes em todo o mundo. Nos anos que se seguiram à introdução dos quimioterápicos específicos, a humanidade foi beneficiada com os sucessos obtidos após uma luta de longos séculos.

A partir de então, houve uma grande transformação no panorama da tuberculose e novas estratégias foram sendo adotadas.

Reconhecendo a importância de empregar métodos uniformes e bem sistematizados em todos os procedimentos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da sua Comissão de Especialistas em Tuberculose, vem publicando vários *Informes técnicos* com esse fim.

O 8º INFORME publicado em 1964⁶³ foi o que expôs pela primeira vez, o conceito de um programa completo de luta antituberculose, a fim de introduzir as mudanças requeridas e aplicar melhor os conhecimentos com métodos atualizados e padronizados. Este Informe dá diretrizes, fazendo considerações sobre a doença, diagnóstico, localização de casos, quimioprofilaxia, tratamento e programas internacionais.

Três pontos merecer ser destacados nesse Informe:

- a definição de "caso" de tuberculose. Do ponto de vista epidemiológico, "caso" de tuberculose pulmonar é todo o indivíduo cuja enfermidade tenha sido confirmada bacteriológicamente. Esta definição modificou a prioridade diagnóstica, mostrando a necessidade de maior atenção às pessoas que apresentem sintomas respiratórios sugestivos e conseqüentemente, o emprego da microscopia direta como prova básica para o esta-

belecimento de um diagnóstico conclusivo;

- a conclusão de que a hospitalização não oferece vantagens especiais no que se refere à resposta imediata ao tratamento. Apoiada no estudo comparativo do tratamento domiciliar e sanatorial efetuado no Centro de Quimioterapia de Madras, na Índia⁵⁸, a Comissão recomenda que todos os recursos financeiros e de pessoal disponíveis para a luta antituberculose nos países em desenvolvimento, sejam dirigidos à organização de serviços ambulatoriais eficazes e não à construção de novos sanatórios;
- a necessidade indispensável da integração dos serviços antituberculose na ação dos serviços gerais de saúde pública, com vantagens administrativas e econômicas.

São assinalados os três índices epidemiológicos principais que permitem medir a magnitude do problema e fixar a orientação que deve ser dada aos programas: a prevalência de indivíduos com reações significativas à tuberculina, a prevalência de indivíduos que eliminam bacilos e a prevalência de indivíduos com imagens suspeitas nas explorações radiológicas do tórax.

Interessante notar que apenas nas últimas considerações há referência à educação, quando a Comissão assinala algumas funções fundamentais das Associações particulares e entre elas refere *"empreender campanhas de educação sanitária em contato estreito com a ação dos governos"*.

Em 1974, foi publicado o 9º INFORME⁶⁴ que corrobora em grande parte as determinações exaradas no Informe anterior, introduzindo porém algumas modificações. Assim, dois índices epidemiológicos aparecem como relevantes na avaliação do problema da tuberculose na coletividade: a) a prevalência de enfermos tuberculosos com eliminação de bacilos demonstráveis por exame microscópico direto; b) a prevalência da infecção tuberculosa em certas idades, comprovada pela reação tuberculínica. A aplicação da prova em larga escala oferece, segundo a Comissão, pouco interesse nos programas de luta contra a tuberculose. Quanto à exploração radiológica em massa, além de muito cara apresenta uma gama de desvantagens, o que levou a Comissão a concluir que deve ser abandonado o método de detecção indiscriminada de casos utilizando equipos móveis.

A Comissão reconhece que os critérios técnicos devem ser adotados de acordo com as prioridades, em função da situação epidemiológica e dos recursos disponíveis. Recomenda entretanto, que a descoberta e tratamento de casos e a vacinação BCG, sejam iniciadas em quase todas as situações.

A busca de casos, seguida de tratamento representa na luta contra a tuberculose, o componente de maior valor epidemiológico uma vez que a transmissão na coletividade mantem-se pela presença de pessoas com tuberculose pulmonar eliminadoras de bacilos. A Comissão destaca a importância da descoberta e neutralização das fontes de infecção que realizadas em larga escala, permitem cortar a cadeia de transmissão da doença.

A vacina BCG, descoberta por *Calmette e Guérin* e utilizada pela primeira vez em 1921⁵⁹, por longo tempo não se firmou como método seguro na prevenção da tuberculose. Além da falta de provas convincentes sobre o seu efeito protetor, as opiniões dividiam-se entre aqueles que consideravam a *via oral* ou a *parenteral*, como a melhor para a sua aplicação.

Após a publicação dos resultados da pesquisa do *British Medical Council* em 1972⁵⁵, mostrando a efi-

cância da vacina aplicada por via intradérmica, ela foi reconhecida como medida profilática segura e recomendada como recurso prioritário na prevenção da tuberculose.

Com a adoção desta política de vacinação, as divergências foram se atenuando e hoje a vacina BCG intradérmica, aplicada com *agulha e seringa* é adotada em quase todos os países.

Em prosseguimento às recomendações, referências são feitas sobre a formação profissional para todas as categorias de pessoal que participam no programa antituberculose, devendo ser dada nessa formação, maior importância aos aspectos sociais do que aos aspectos clínicos da doença. Põe em destaque, ainda, a necessidade de incluir nos programas de estudo das escolas de medicina e de enfermagem, informações básicas sobre tuberculose, com o objetivo de manter esses profissionais atualizados sobre os aspectos clínicos e sanitários da doença.

Em dois capítulos a Comissão faz referência específica sobre as atividades educativas: no tocante à expansão ativa das ações de detecção de casos quando diz: "*Neste momento, terá que se empreender também um programa de educação sanitária para aumentar os conhe-*

cimentos do público sobre a sintomatologia da tuberculose" e no último parágrafo do capítulo sobre a análise de sistemas de luta antituberculose, quando recomenda "...terá que se estudar mais os métodos de educação sanitária e informação do público, sobretudo com o objetivo de estimular a participação da coletividade nos programas nacionais de luta contra a tuberculose".

Tomando em consideração as conclusões precedentes sobre as atividades atuais recomendadas para combater a tuberculose, é necessário que se faça um breve relato sobre a evolução dos movimentos desenvolvidos em nosso País para o combate à enfermidade.

Quando se procura estudar as origens das medidas de combate à tuberculose no Brasil, verifica-se que coube às *Santas Casas de Misericórdia* assistirem aos tuberculosos, desde os primeiros tempos de nossa colonização, até a fundação de sanatórios especializados^{6,7}.

Os importantes conhecimentos científicos que foram ocorrendo, repercutiram amplamente no país, ocasionando movimentos que se propunham a desenvolver uma consciência sanitária e objetiva do problema, procurando encontrar e pôr em prática os meios capazes de levantar uma barreira à propagação da tuberculose. Assim é

que, em São Paulo, *Clemente Ferreira*, com um grupo de companheiros criava o primeiro núcleo de luta em 1899 denominado "*Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos*"²². Esta Associação que mais tarde passou a chamar-se *Liga Paulista contra a Tuberculose*, propunha-se em linhas gerais a: 1) "estudar a profilaxia da tuberculose, salientando os fatores mais eficazes de defesa e as armas mais acessíveis disponíveis; 2) vulgarizarno meio social as noções profiláticas e instruções preventivas que deveriam ser observadas em benefício próprio, da família e da sociedade ; 3) solicitar aos poderes municipais, estaduais e federais a execução de medidas gerais e administrativas tendentes a reprimir a expansão e os progressos da enfermidade; 4) promover a instalação de sanatórios; 5) promover subscrições públicas, organizar espetáculos e diversões de qualquer gênero, adquirir bens; 6) conceder recompensa a pesquisadores no campo da tuberculose"⁷⁰.

Essa Entidade, é a mais antiga instituição de combate à tuberculose em toda a América e uma das mais antigas do mundo e foi devido ao idealismo do seu fundador que outras realizações puderam se concretizar no campo da tuberculose⁵⁰. Seu exemplo na *Liga Paulista* frutificou, e novas instituições idealizadas por espíritos

altruístas foram se formando, somando esforços na realização do mesmo objetivo⁷¹. A primeira instituição oficial foi a *Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose*, inaugurada em setembro de 1920, que sob a direção de *Plácido Barbosa* teve uma atuação marcante, reconhecendo a tisiologia como especialidade e defendendo com veemência a tuberculose como problema social. RIBEIRO ⁷⁰ faz uma profunda análise deste período e conclui " *foram anos de luta e, se mais não pôde ser feito, foi deuvido à indiferença dos membros do Governo, absorvidos com as lutas de natureza política, já que se aproximava o ano de 1930*".

A partir de 1931, operou-se uma grande e fecunda revolução sanitária em nosso país. As autoridades responsáveis pela política de saúde procuraram incrementar e melhorar os órgãos técnicos, ajustando-os às necessidades e às suas verdadeiras funções.

As associações filantrópicas, estimuladas e amparadas pelos poderes públicos, ampliaram e atualizaram os organismos profiláticos e assistenciais⁷¹.

Novas instituições surgiram no campo de tuberculose. Entre elas merecem ser citados o *Serviço Nacional de Tuberculose (SNT)*, criado em abril de 1941 que

teve como seu primeiro Diretor Samuel Libanio, e a *Divisão do Serviço de Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*, criada em outubro de 1944. Em junho de 1946, o Presidente da República reconhecendo a gravidade e a complexidade do problema, expostas pelo Diretor do S.N.T., Prof. Raphael de Paula Souza, instituiu a *Campanha Nacional Contra a Tuberculose*, (CNCT) que veio imprimir novos rumos para a luta antituberculose no país. Ainda no dizer de RIBEIRO⁷⁰ "foi graças ao idealismo e à capacidade daquele Professor que foi dado o devido merecimento a um problema que vinha há tanto tempo sendo combatido e que estava a exigir, com máxima presteza e energia, caminhos novos para os que se achavam empenhados nessa luta".

Importantes medidas foram tomadas, nessa época, visando melhorar e ampliar o armamento contra a tuberculose no País.

O envolvimento de problemas de alta complexidade técnica e financeira constituíram, porém, fator impeditivo para que os benefícios da Campanha pudessem ser expandidos para todo o país.

No campo educativo, vale citar a intensa campanha para formação e aperfeiçoamento de pessoal espe-

cializado para trabalhar em tuberculose, nos cursos oferecidos pela CNCT a médicos, enfermeiras, visitadoras sanitária, auxiliares de enfermagem.

As outras atividades visando a educação individual do doente, a educação coletiva dos sãos, ou a propaganda antituberculose, ficavam na dependência do entusiasmo dos chefes dos Dispensários, visto não existir um programa que desse as diretrizes em âmbito nacional. De um modo geral, resumiam-se em divulgar conhecimentos ao público, por meio de folhetos, cartazes ou prover os doentes pobres de cuidados assistenciais ou materiais, evidenciando mais um sentido informativo e filantrópico do que educativo. Na realidade, a idéia que se tem é de que a maior preocupação dos dirigentes das Entidades de luta, estava voltada para a criação e aparelhamento das Unidades de atendimento ao tuberculoso¹³.

Com os progressos científicos verificados nos últimos anos no campo da tuberculose, as medidas foram se transformando e as perspectivas de controle tornaram-se bastante encorajadoras.

Os sucessos terapêuticos alcançados com o advento dos quimioterápicos específicos, permitiram gene

ralizar a crença de que, a utilização correta dos medicamentos era a condição essencial para transformar a tuberculose em doença controlada. Esta concepção seria válida, desde que considerados os fatores humanos que a envolvem e que quando esquecidos, frequentemente desafiam as diretrizes propostas pelas autoridades de Saúde.

A relevância desses fatores evidencia que a educação deve ser componente de fundamental importância nos programas de saúde, gerais ou específicos.

Educação para a saúde é um processo que se incia quando as pessoas passam a se interessar pela melhoria das suas condições de vida, demonstrando um senso de responsabilidade por melhores estados de saúde, não só como indivíduos mas também como membros da família ou da sociedade. A medida que elas tenham acesso às informações sobre saúde e sendo motivadas em práticas que tornem possível valorizar a saúde como um atributo de vida, aquele processo toma uma amplitude maior, contribuindo para uma vida mais produtiva e mais feliz.

Trata-se portanto de um processo de ensino-aprendizagem em assuntos de saúde, que somente poderá se concretizar quando considerados os múltiplos fatores que envolvem as pessoas individualmente ou dentro

do seu contexto familiar ou social⁶².

ADEMUWAGUN¹ comenta a importância das forças que interferem na motivação das pessoas, impulsionando ou inibindo a sua decisão de agir, conforme as informações recebidas. Despertar o interesse das pessoas, depende não só da relevância e do significado do que os fatos representam para elas, mas também, das proposições contidas nas informações e na metodologia utilizada. Segundo Combs, citado pelo autor, "*o saber ocorre da aquisição de novas informações. Mudança de comportamento é um problema das pessoas - o lado humano da questão: ela é decorrente da descoberta do significado*".

RESUMO

O presente trabalho apresenta o resultado de uma investigação realizada com 431 doentes de tuberculose pulmonar, internados em 4 Hospitais de Campos do Jordão, São Paulo, Brasil, no ano de 1977, para verificar o conhecimento dos doentes sobre a doença.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevista, utilizando-se um formulário semi-estruturado contendo 21 perguntas. O trabalho foi realizado com doentes internados pela primeira vez e com reinternados. Na discussão dos dados foi adotada também a distribuição dos doentes em orientados e não orientados.

Os resultados mostram que a população em estudo apresenta conhecimentos insuficientes em alguns aspectos importantes da doença, o que justifica as recomendações apresentadas como subsídios para a integração da educação em saúde aos programas que visam o controle da tuberculose.

SUMMARY

This paper reports an investigation carried out in 1977 in Brazil to assess the knowledge that tuberculosis hospital patients have about their disease.

Data was collected through interviews based on a total of 21 questions, and grouped into 4 categories: newly hospitalized patients and relapses; patients who received information on the disease and patients who did not.

Findings disclosed that patients lacked knowledge about some important aspects of the disease pointing to the need of integration of health education to programs aimed at the control of tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A evolução dos movimentos educativos em tuberculose, que acompanhou de perto a evolução dos conhecimentos científicos, mostra que durante anos, o público, os doentes e os líderes de comunidade, foram alvo de um exaustivo trabalho de orientação em tuberculose, com a utilização da mais variada metodologia, e liderados pelas Associações especializadas. Conhecimentos básicos, meios de prevenção, regimes de tratamento eram largamente divulgados, procurando conseguir a participação das pessoas nos programas de luta contra a tuberculose.

Nos nossos dias porém, talvez devido à ameaça de outros riscos impostos pela vida moderna, a educação em tuberculose deixou de ser uma preocupação para as autoridades de saúde. O advento de drogas antituberculose eficazes, deu origem a uma concepção de que não há necessidade de informar o público sobre a doença. Esta posição bastante otimista, não reflete, no entanto, a realidade e parece um tanto prematura, mesmo diante de todas as possibilidades atuais de prevenção e tratamento. O título do artigo de MAGALDI⁵¹: "*Hã recursos. Por que fracassa o controle da tuberculose*", reflete bem esta situação e suas apropriadas considera -

ções mostram o paradoxo da defasagem entre a conquista dos avanços científicos e sua efetiva aplicação em massa.

Foi referido anteriormente que apenas o conhecimento em tuberculose não é suficiente para assegurar que as pessoas tomem decisões adequadas com relação às medidas preconizadas.

Porém ele constitui a base de comportamentos, atitudes e práticas²⁰ que favorecem um diagnóstico precoce e um tratamento correto, evitando o aparecimento de novos casos.

Os ensinamentos dados ao doente nas diferentes fases do seu atendimento podem influir na sua conduta, contribuindo para evitar a negligência ou a indisciplina no tratamento, fatores que determinam elevado número de crônicos ou de recaída, além de por em risco a saúde da sociedade.

Diante destas considerações e com a impressão de que nos dias atuais, conhecimentos não estão sendo devidamente divulgados, este trabalho pretende verificar o que o doente com tuberculose sabe sobre sua doença.

Foi escolhido para esta verificação o doente internado em Hospitais especializados.

Algumas condições do doente internado contribuíram para esta escolha. Por estar internado em Hospital especializado, o doente não teria dúvidas quanto ao seu diagnóstico e portanto teria interesse em obter informações sobre a sua doença e como deveria ser seu comportamento para chegar à cura. E também devido ao seu contato atual, com a equipe do *Hospital* e anterior com pessoal das *Instituições de Saúde*, responsável pelo seu encaminhamento à internação, ele teria sido orientado, adquirindo ou reforçando os seus conhecimentos em tuberculose. Ou ainda, se poderia imaginar que por ser a tuberculose uma doença bastante antiga, os doentes teriam tido acesso às informações por si mesmos ou por intermédio de outras pessoas da comunidade.

Uma vez determinada a população de estudo, foi escolhido o *Município de Campos do Jordão* como área do trabalho, onde se concentra um conjunto hospitalar especializado que abriga grande número de doentes com tuberculose pulmonar. Já em 1883, CLEMENTE FERREIRA²⁷ elaborou um estudo sobre o clima e a altitude de Campos do Jordão, considerados na época elementos essenciais

para a cura da tuberculose. Sem outras condições de tratamento, ricos e pobres para lá se dirigiam, esperançosos de alcançar a cura para o mal, usufruindo das decantadas condições climáticas e de aeração que lhes era oferecida.

De início, os tuberculosos recorriam a pensões, quartos em casas de famílias, pensionatos, abrigos improvisados. Por volta de 1930, devido a essa situação, foi instalado o primeiro *Sanatório* e em 1950, encontravam-se funcionando 50 Instituições especializadas que constituíram recursos significativos para o tratamento e profilaxia da tuberculose⁶⁸.

Após as relevantes conquistas terapêuticas, a importância do clima e da altitude desapareceram, ocasionando a queda do "*mito da montanha mágica*"⁶⁶. Como ocorreu em outras localidades, muitas Instituições foram fechadas, porém por volta de 1970, mesmo com um arsenal terapêutico comprovadamente eficaz, Campos do Jordão contava ainda com mais de 10 Instituições especializadas, para onde muitos doentes eram encaminhados para tratamento.

Pretendendo entrevistar um número significativo de doentes, em prazo de tempo relativamente limi-

tado, Campos do Jordão ofereceu condições que permitiram atingir os objetivos propostos neste trabalho.

OBJETIVOS

GERAL

Oferecer subsídios educativos para o desenvolvimento de programas de controle da tuberculose.

ESPECÍFICO

- investigar entre os doentes internados o motivo da procura de assistência médica, a sintomatologia e o contato com tuberculosos na fase anterior ao diagnóstico.
- investigar entre os doentes internados a orientação recebida e os conhecimentos adquiridos.
- investigar entre os doentes reinternados o motivo das altas, o controle subsequente e as causas de reinternação.

MATERIAL E
MÉTODOS

POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída de doentes com tuberculose pulmonar, que se encontravam internados em quatro Hospitais de Campos do Jordão, na época da realização do trabalho.

Esses Hospitais foram escolhidos devido ao interesse demonstrado pela sua Direção Clínica que ofereceu facilidades operacionais para que a pesquisa pudesse ser realizada.

Foram excluídos os pacientes internados por outras pneumopatias, doentes cirúrgicos e os doentes graves acamados.

O total de doentes internados nas quatro Instituições, era de 509 e destes foram entrevistados 431, com diagnóstico de tuberculose pulmonar e em condições de comparecer à entrevista.

Os meses escolhidos foram Novembro e início de Dezembro de 1977, por disponibilidade da autora e da Educadora de Saúde que colaborou nas entrevistas. As entrevistas puderam ser terminadas bem antes do período que antecedeu o Natal, quando muitos doentes tem al

ta ou licença para passar as festas de fim de ano em suas casas.

INSTRUMENTO

Para a coleta de dados, foi empregada a técnica da *entrevista*, utilizando como meio auxiliar um formulário semi-estruturado, contendo 21 perguntas, das quais 13 foram aplicadas a todos os doentes, 2 apenas aos internados pela primeira vez e 6 aos reinternados.

As questões abertas foram estruturadas posteriormente, quando realizada a categorização das variáveis correspondentes, para facilidade da elaboração, análise e discussão dos dados. Anteriormente à sua aplicação, o formulário foi testado em doentes em tratamento no *Centro de Saúde "Geraldo de Paula Souza"* da Faculdade de Saúde Pública, USP, demonstrando sua viabilidade.

De cada Instituição foi obtida uma lista dos doentes internados e com o auxílio das Assistentes Sociais e pessoal de enfermagem responsável pelas enfermarias, foram excluídos os doentes que não fariam parte da pesquisa.

O encaminhamento dos doentes para a sala cedida para a entrevista, foi feito pelas Assistentes So

ciais e por alguns internados indicados por elas, cujas condições de saúde permitiram esta colaboração.

A Educadora de Saúde que colaborou no preenchimento do formulário, possui larga experiência no campo da tuberculose e na técnica de entrevista.

APURAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os formulários após a aplicação foram codificados e apurados manualmente. Em todas as etapas do trabalho, os dados foram analisados entre os *internados pela primeira vez e entre os reinternados*, distribuição esta denominada *condição de internação*. Na caracterização da população, cada grupo foi estudado de acordo com as seguintes variáveis:

- sexo
- idade
- estado civil
- escolaridade
- naturalidade (Est. de S.Paulo, Outros Estados e Exterior)
- local de residência
- naturalidade (por Regiões fisiográficas) e residência atual em S.Paulo.
- tempo de permanência em S.Paulo
- tempo de internação
- instituição que encaminhou para internação.

Para fins de análise, as perguntas foram divididas em:

- perguntas *introdutórias* (1 a 3)
- perguntas *sobre conhecimento* (4 a 9)
- perguntas *suplementares* (10 a 13)
- perguntas *aos internados pela primeira vez* (14 e 15)
- perguntas *aos reinternados* (16 a 19)

Esta sequência não foi rigorosamente obedecida, a fim de atender à divisão dos grupos adotada para a análise dos dados.

Nas perguntas sobre conhecimento, além da divisão por condição de internação, os doentes foram distribuídos em *orientados e não orientados* sendo esta ūltima distribuição mantida para analisar os dados referentes às perguntas feitas aos internados pela primeira vez.

Para fins deste trabalho, são considerados reinternados, todos os doentes que informaram já terem tido uma ou mais internações anteriores para tratamento da tuberculose, independentemente do tempo decorrido entre elas. Quanto à orientação, considerou-se oritados os internados que citaram como fonte de orientação o pessoal das instituições de saúde e não orienta-

dos aqueles que informaram nunca terem recebido orientação ou citaram fontes informais.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados obtidos são apresentados em Tabelas e a análise é feita em valores percentuais com uma decimal por permitirem a comparação dos achados. Dado o fato de ser uma população, não houve necessidade de testes estatísticos.

Os títulos das tabelas foram simplificados ficando subentendido que todas as variáveis se referem à população de estudo.

Alguns conceitos considerados necessários para melhor compreensão do leitor, serão expostos no decorrer da apresentação dos capítulos.

A situação mostrada refere-se apenas aos doentes nas condições daqueles internados nos hospitais estudados e que estiveram presente na época da aplicação do formulário.

RESULTADOS E
COMENTÁRIOS

1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população de estudo é constituída por 431 doentes sendo 349 (81,0%) de internados pela primeira vez e 82 (19,0%) de reinternados.

SEXO

A distribuição quanto ao sexo e condição de internação é mostrada na Tabela 1.

Entre as Instituições selecionadas, apenas uma era destinada à internação de mulheres, razão pela qual, há maior número de homens entre os internados.

Do total de doentes, 333 (77,3%) são do sexo masculino e 98 (22,7%) do sexo feminino. Considerando as condições de internação, houve maior percentagem de homens reinternados. As diferenças percentuais por sexo, situam-se em 50,2% a mais para o sexo masculino entre os internados pela primeira vez, e em 73,2% entre os reinternados.

Alguns trabalhos feitos com recidivantes em *Dispensários e Hospitais*, mostram um maior número de inscrições de pacientes do sexo masculino. MARSICANO⁵³ em 1975, no *Dispensário de Tuberculose do Centro de Saúde "Amaury Medeiros"*, em Recife, verificou que 65,3%

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO SEXO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO

SEXO \ COND. DE INTERN.	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
MASC.	262	75,1	71	86,6	333	77,3
FEM.	87	24,9	11	13,4	98	22,7
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

dos pacientes reinscritos eram do sexo masculino e 34,7% do sexo feminino. JANOTTI⁴¹, no mesmo ano, mostrou que no Hospital "*Nestor Goulart dos Reis*" em São Paulo, a reinternação entre os homens foi de 35,5%, enquanto que entre as mulheres foi de 22,5%.

Uma hipótese que poderia ser aventada para este comportamento é a de que devido às suas responsabilidades econômicas, o homem seja menos constante no tratamento da tuberculose, do que a mulher. Os problemas de ordem material, que de um modo geral afetam mais os homens, sobrepõe-se frequentemente ao que deveria ser o principal problema do doente, que é o tratamento, conduzindo-os a uma nova internação.

Embora a população de estudo seja constituída por maior número de homens, as porcentagens por condição de internação mostram valores mais baixos para as mulheres reinternadas.

IDADE

Na população de estudo, a idade dos internados segundo condição de internação, distribuiu-se conforme mostra a Tabela 2.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO IDADE E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO

COND. DE INTERN. GRUPO ETÁRIO (ANOS)	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
10 — 19	45	13,2	3	3,7	49	11,4
20 — 29	152	43,5	23	28,1	175	40,6
30 — 39	63	18,1	31	37,8	94	21,8
40 — 49	42	12,0	16	19,5	58	13,5
50 — 59	36	10,3	6	7,3	42	9,7
60 e +	10	2,9	3	3,6	13	3,0
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

Do total de doentes internados, foi verificado um maior contingente, pertencente à faixa etária de 20-29 anos, 175 (40,6%). No grupo de internados pela primeira vez encontram-se 152 (43,5%) doentes dentro desta faixa etária.

Dados coligidos por LINS DE LIMA E NASCIMENTO,⁴⁹ sobre a situação da tuberculose no Brasil, mostram para os anos de 1967 a 1969, que 25,8% dos doentes inscritos em Dispensários se encontram na faixa etária de 20-29 anos, e 58,9% nas idades de 20 a 49 anos. Resultados semelhantes são referidos por NASCIMENTO E LIMA⁵⁰ que mostram para o período de 1970 a 1974, 24,9% de doentes novos inscritos, pertencentes à faixa etária de 20-29 anos e 56,1% entre as idades de 20 a 49 anos.

Nos quatro Hospitais estudados, os doentes com idades entre 20 e 49 anos constituem 75,9% da população.

Esta situação expressa a característica epidemiológica e a magnitude do problema da tuberculose no Brasil, visto que os grupos mais atingidos são aqueles que representam a maior força de trabalho, e que poderiam contribuir mais decisivamente para a produtividade da nação.

Ambos os autores anteriormente citados, chamam a atenção para o fato de que os dados apresentados, não incluem doentes inscritos nos ambulatorios e consultórios credenciados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e em algumas unidades ambulatoriais. Este talvez seja o motivo pelo qual, na população de análise, foi encontrada uma porcentagem bem maior de doentes internados pela primeira vez nas idades de 20 a 49 anos (73,6%), do que de doentes novos inscritos nas unidades ambulatoriais do Brasil, naquelas idades (58,9 e 56,1%), respectivamente.

Esses dados sugerem uma falta de unificação no sistema de atendimento e notificação dos casos de tuberculose nos diferentes serviços e mostra a oportunidade de Convênios que vêm sendo feitos entre as Secretarias de Saúde com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), dentre os quais São Paulo se inclui⁵⁷, visando congregar em apenas um órgão oficial a orientação do controle da tuberculose nos Estados. A expansão desta medida trará, provavelmente, maiores possibilidades de assegurar uma efetiva execução e coordenação dos programas anti-tuberculose no país.

É importante informar que dos 49 pacientes da faixa etária de 10-19 anos, mais de 50% (27) tinham menos de 18 anos. Destes, 25 estavam internados pela primeira vez e informaram as seguintes idades: 12 anos - 1; 13 anos - 1; 15 anos - 2; 16 anos - 6 e 17 anos - 15. Dois (2) eram reinternados, 1 com 14 anos e 1 com 16 anos, com uma internação anterior em 1975 e 1977, respectivamente. No grupo de 20-29 anos houve uma paciente de 24 anos com 11 internações no período de 3 anos.

Entre os reinternados, a maior porcentagem desloca-se para a faixa etária de 30-39 anos, com 31 doentes (37,8%). LEITE e COL⁴⁸ fazendo um estudo sobre casos de readmissões em Sanatórios no Ceará, encontraram os seguintes dados: 15-19 anos, 2%; 20-29 anos , 21%; 30-39 anos, 33,4%; 40-49 anos, 27%; 50-59 anos , 10% e 60 anos e mais 3,3%. Esses dados assemelham-se aos encontrados neste trabalho.

Vale dizer, como informação, que na população de estudo, 50,0% dos doentes com 30-39 anos tiveram as primeiras internações na faixa etária anterior, de 20-29 anos.

ESCOLARIDADE

Raros autores referem dados sobre a instrução das populações trabalhadas, nas suas pesquisas sobre tuberculose. Trata-se, no entanto, de uma característica muito importante pois, reflete, de um modo geral, a condição profissional e econômico-social do indivíduo, que mantêm estreita relação com o problema da doença.

Na população de estudo, a escolaridade dos doentes internados distribuiu-se conforme mostra a Tabela 3.

Do total de internados 100 (23,2%) são analfabetos ou apenas sabem ler e escrever. Pouco menos da metade 213 (49,4%) possuem nível de escolaridade referente ao curso primário, com 4 anos ou menos de estudo e 101 (23,5%) iniciaram ou concluíram o curso secundário.

Em ambas as condições de internação, a escolaridade foi bastante semelhante em quase todos os níveis. Observa-se no entanto, que com nível superior encontram-se 7 doentes (2,0%) todos internados pela primeira vez.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO A ESCOLARIDADE E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. ESCOLARIDADE	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
ANALFABETO	53	15,2	12	14,7	65	15,1
SABE LER E ESCREVER	30	8,6	5	6,1	35	8,1
PRIMÁRIO INCOMPLETO	87	24,9	22	26,8	109	25,3
PRIMÁRIO COMPLETO	80	22,9	24	29,3	104	24,1
GINASIAL INCOMPLETO	50	14,3	14	17,1	64	14,8
GINASIAL COMPLETO	22	6,3	2	2,4	24	5,6
COLEGIAL INCOMPLETO E COMPLETO	11	3,2	2	2,4	13	3,1
PROFISSIONALIZANTE	9	2,6	1	1,2	10	2,3
SUPERIOR	7	2,0	-	-	7	1,6
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

GUSMÃO³⁵ em 1948, estudando o problema da tuberculose nas indústrias de São Paulo, dividiu o grupo em 2 categorias e encontrou 15,1% de *analfabetos* e 84,9% de *alfabetizados*.

Se a população de análise for considerada nas mesmas categorias, incluindo no grupo de alfabetizados aqueles que informaram saber ler e escrever, as porcentagens são exatamente iguais às aquelas encontradas entre os industriários.

ALMEIDA³, classificando os pacientes internados no *Conjunto Sanatorial de Curicica*, no Rio de Janeiro em 1958, quanto à instrução, verificou que 10% eram analfabeto; 7,9% alfabetizados; 66,3% tinham instrução primária; 13,2% secundária e 1,9 superior. O autor comenta a importância da instrução dos pacientes e conclui sugerindo cursos de alfabetização, nos Hospitais, visando melhorar o grau de instrução dos internados.

A semelhança dos dados, em anos diferentes, mostra que não houve praticamente diferença nos níveis de instrução básica, em doentes de tuberculose.

ESTADO CIVIL

Em tuberculose, o estado civil dos pacientes , reveste-se de importância, quando se procura estudar a transmissão e cuidados necessários a fim de evitar o contágio dos familiares.

Para o doente internado, poder-se-ia pensar na interferência do estado civil na sequência do tratamento, uma vez que as preocupações de ordem econômica podem influir no seu comportamento com relação à internação.

Entretanto, na população estudada, não foi observada qualquer influência do estado civil entre os internados, como mostra a Tabela 4.

De 431 internados, os 209 (48,5%) casados, os 205 (47,5%) solteiros e 17 (4,0%) que referiram outras situações quanto ao estado civil, apresentam porcentagens bastante semelhantes quando analisadas por condição de internação.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO O ESTADO CIVIL E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. ESTADO CIVIL	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
CASADO	170	48,7	39	47,6	209	48,5
SOLTEIRO	166	47,5	39	47,6	205	47,5
VIÚVO	7	2,0	1	1,2	8	1,9
DESQUITADO	3	0,9	2	2,4	5	1,2
AMAZIADO	3	0,9	1	1,2	4	0,9
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

LOCAL DE NASCIMENTO

Analisando a variável sobre a naturalidade dos doentes internados, a distribuição é apresentada na Tabela 5.

Mais da metade dos doentes internados nos Hospitais estudados, são nascidos em outros Estados, 220 (51,0%), e Exterior, 8 (1,9%). Os nascidos no Estado de São Paulo entram com um contingente de 203 pacientes (47,1%).

Em ambas as condições de internação, houve maior porcentagem para os nascidos em outros Estados, com uma pequena diferença, a mais, para os reinternados, 43 (52,4%).

Esta situação vem confirmar a atração exercida pelo Estado de São Paulo, como um polo de migração, principalmente entre os outros Estados da Federação.

LOCAL DE RESIDÊNCIA

Quanto ao local de residência, verifica-se a distribuição constante na Tabela 6.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO A NATURALIDADE E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. NATURALIDADE	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
ESTADO DE SÃO PAULO	166	47,6	37	45,1	203	47,1
OUTROS ESTADOS	177	50,7	43	52,4	220	51,0
EXTERIOR	6	1,7	2	2,5	8	1,9
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO O LOCAL DE RESIDÊNCIA E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. RESIDÊNCIA	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
ESTADO DE SÃO PAULO	332	95,1	75	91,5	407	94,4
OUTROS ESTADOS	17	4,9	7	8,5	24	5,6
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

Quase a totalidade dos doentes, 407 (94,4%) residem no Estado de São Paulo. Entre os internados pela primeira vez declararam este Estado como residência 332 (95,1%) doentes, e entre os reinternados 75 (91,5%).

Residem em outros Estados 24 (5,6%) doentes . Pertencem ao grupo de internados pela primeira vez 17 (4,9%) e ao grupo de reinternados 7 (8,5%).

Para os residentes em São Paulo, houve porcentagem maior de internados pela primeira vez e para os residentes em outros Estados, esta porcentagem é maior para os reinternados. Foi verificado que as internações anteriores de todos estes reinternados ocorreram nos Hospitais estudados. Assim, após a alta hospitalar, sem condições para continuar o controle nos seus locais de origem, ao terem reativação da doença voltaram aos mesmos hospitais para novo período de tratamento .

Como informação, é importante assinalar que do total de não residentes em São Paulo, 15 residiam em Minas Gerais, sendo 10 internados pela primeira vez e 5 reinternados; 2 na Bahia, internados pela primeira vez; 3 no Rio de Janeiro, 2 internados pela primeira vez e 1 reinternado; 2 em Mato Grosso, 1 internado

pela primeira vez e 1 reinternado; e 2 internados pela primeira vez e residentes em Porto Alegre e Pernambuco, respectivamente.

Nos quatro Hospitais trabalhados foram encontrados doentes internados e residentes em outros Estados, o que leva a pensar que isto ocorra devido à tradição que Campos do Jordão mantém como *estância climática, ideal para a cura da tuberculose*. O grande número de residentes em Minas Gerais pode ser explicado, não só por esse fato mas também devido à proximidade do limite daquele Estado com Campos do Jordão, o que facilita a comunicação rodoviária e, conseqüentemente, a locomoção dos doentes.

GUIMARÃES³⁴ na avaliação de leitos de Assistência Hospitalar Geral do Vale do Paraíba, em 1975, verificou "*que a maior parte dos atendimentos a não residentes da Região provieram de Minas*" e em breve relato histórico mostra a influência da evolução das vias de acesso às cidades do Vale do Paraíba e que segundo o autor "*criaram vínculos tradicionais e constituíram um fato contributivo para a demanda da assistência na Região, por parte da população circunvizinha*".

NATURALIDADE DOS DOENTES COM RESIDÊNCIA ATUAL NO ESTADO DE SÃO PAULO.

Na Tabela 7 é apresentada a distribuição dos doentes residentes em São Paulo, de acordo com a Região onde se situam os seus locais de origem.

A Divisão da Regiões foi adotada pela Fundação IBGE⁴ e publicada no *Anuário Estatístico do Brasil* em 1974.

As condições sócio-econômica das localidades brasileiras, exercem uma grande influência no fluxo migratório interno, ocasionando o deslocamento de indivíduos para cidades com maiores potenciais econômicos. O Estado de São Paulo, por ser considerado o maior mercado de trabalho nacional, há longo temporecebeendo levas de migrantes de outras Regiões, menos favorecidas, atraídos por salários mais elevados e pelas perspectivas de uma vida com certo conforto.

Dos 407 doentes internados que informaram residir no Estado de São Paulo (Tabela 6), 220 são naturais de outros Estados, (Tabela 5). Destes, 196 residem no Estado de São Paulo e 24 em outros Estados.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS, RESIDENTES EM SÃO PAULO
E NATURAIS DE OUTROS ESTADOS, SEGUNDO A REGIÃO E CONDIÇÃO DE
INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. REGIÕES	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
NORDESTE	83	51,9	20	55,6	103	52,5
SUDESTE	69	43,1	16	44,4	85	43,4
SUL	8	5,0	-	-	8	4,1
TOTAL	160	100,0	36	100,0	196	100,0

Do total de doentes naturais de outras Regiões com residência em São Paulo, 103 (52,5%) são oriundos da Região Nordeste, sendo que 83 (51,9%) pertencem ao grupo de internados pela primeira vez e 20 (55,6%) ao grupo de reinternados. Quanto à naturalidade por Estados, desta Região houve a seguinte distribuição: Bahia, 41 doentes (39,8%); Pernambuco 20 (19,4%); Alagoas, 13 (12,6%); Sergipe, 9 (8,8%); Piauí, 7 (6,8%); Ceará, 6 (5,8%); Paraíba, 4 (3,9%); Rio Grande do Norte, 3 (2,9%).

A distribuição dos doentes nascidos na Região Sudeste, 85 (43,4%) foi bastante semelhante em ambas as condições de internações: 69 (43,1%) e 16 (44,4%), respectivamente. A naturalidade por Estados, da Região Sudeste, foi a seguinte: Minas Gerais, 78 (91,7%); Estado do Rio de Janeiro, 6 (7,1%) e Espírito Santo, 1 (1,2%).

Da Região Sul, foram encontrados 8 doentes (4,1%) todos internados pela primeira vez. Destes, vieram do Paraná 6 (75,0%); de Santa Catarina 1 (12,5%) e do Rio Grande do Sul, 1 (12,5%).

Não foram encontrados doentes oriundos das Regiões Norte e Centro Oeste.

Houve nítida predominância de indivíduos nascidos na Região Nordeste entre os doentes estudados. Sabendo-se das condições desfavoráveis em que vivem estas populações, é perfeitamente compreensível a intensificação dos movimentos migratórios para as grandes Capitais. Muitas vezes o despreparo físico, emocional ou profissional destes migrantes, acarreta sérios problemas de adaptação, facilitando assim o aparecimento de agravos em sua saúde, entre eles o da *tuberculose*.

Apenas 2 Estados da Região Nordeste, deixaram de ser citados como local de procedência: Fernando de Noronha e Maranhão.

Excetuando-se São Paulo que não fazia parte desta análise, todos os Estados da Região Sudeste foram indicados como local de nascimento, salientando-se o Estado de Minas Gerais que teve uma participação muito grande no total de doentes internados. Os dados do censo de 1970⁵ mostram também este Estado como o primeiro no fluxo migratório para o Estado de São Paulo. O grande número de mineiros ocupando os leitos hospitalares dos Hospitais estudados, sugere que aquele fluxo é feito, em parte, por pessoas já doentes e que vêm à procura de assistência médica, dan-

do como residência o endereço de parentes ou amigos já radicados em São Paulo. Outra suposição seria a de que, indivíduos, após algum tempo de permanência em São Paulo, vêm a adoecer devido aos impactos causa dos pela nova situação de vida.

O número reduzido de internados naturais da Região Sul, pode indicar condições de vida mais favoráveis para as populações que vivem nos Estados desta Região, e que portanto, não teriam necessidade de sair à procura de assistência médica ou de melhores mercados de trabalho, ou ainda, que aqueles que migram, estariam menos sujeitos a adoecer de tuberculose.

TEMPO DE PERMANÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Para analisar o tempo de permanência no Estado de São Paulo, foi estudada a distribuição dos 196 doentes naturais de outros Estados (Tabela 7), e dos 8 do Exterior, o que abrange 204 doentes, representando 47,3% da população de estudo e com porcentagens bem semelhantes quanto à condição de internação 166 (47,6%) entre os internados pela primeira vez e 38 (46,3%) entre os reinternados.

Na Tabela 8 são apresentados os dados quanto ao tempo em que esses doentes se encontravam no Estado de São Paulo.

A permanência em São Paulo de 20 anos e mais, foi informada pelo maior número de internados, 57 (28,0%), sendo que 42 (25,3%) pertenciam ao grupo de internados pela primeira vez e 15 (39,5%) ao grupo de reinternados. No período de 1 a 20 anos e mais, a permanência de 10-15 anos, foi referida pelo menor número de internados 18 (8,8%), sendo que 16 (9,6%) entre os internados pela primeira vez e 2 (5,3%) entre reinternados.

O período de menos de 1 ano, foi referido por apenas 15 doentes (7,3%). Interessante observar que este período não foi mencionado por nenhum paciente reinternado, o que pode sugerir que aqueles que informaram, sejam casos de tuberculose importada de outros Estados (*todos os estrangeiros informaram estarem no Brasil em período acima de 5 anos*) ou que, devido à falta de recursos para sobreviver na cidade grande, tenham tido maior probabilidade de adoecer, vindo a ter a sua primeira internação, nos primeiros tempos de sua permanência em São Paulo.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES NATURAIS DE OUTROS ESTADOS E DO EXTERIOR,
SEGUNDO O TEMPO DE PERMANÊNCIA EM SÃO PAULO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. TEMPO EM SÃO PAULO	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
-6 m	8	4,8	-	-	8	3,9
6m — 1 a	7	4,2	-	-	7	3,4
1a — 5 a	38	22,9	2	5,3	40	19,6
5a — 10 a	34	20,5	12	31,5	46	22,6
10a — 15 a	16	9,6	2	5,3	18	8,8
15a — 20 a	21	12,7	7	18,4	28	13,7
20a e +	42	25,3	15	39,5	57	28,0
TOTAL	166	100,0	38	100,0	204	100,0

TEMPO DE INTERNAÇÃO

A *Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo* , divulgou em 1970, Norma Técnica⁷⁸ onde são feitas considerações sobre o tratamento da tuberculose, realizano no Hospital e no Ambulatório, e estabelece que quando indicada a internação, esta deverá ser mantida até a *negativação do escarro*, em período que varia de 3 a 6 meses.

Este era o critério que vigorava por ocasião da realização deste trabalho e na Tabela 9 é mostrada a distribuição da população em estudo, quanto ao tempo em que se encontrava internada.

Na análise isolada por períodos, o maior número de internados se concentra entre o 1º e 2º mes incompletos, quando são encontrados 177 (27,2%) doentes. Há menos de 1 mes até o 4º mes incompleto observa-se o maior contingente de internados 356 (82,6%). Do 4º mes em diante as porcentagens caem gradativamente, fato que ocorre para ambos os grupos segundo a condição de internação, mostrando porém queda um pouco mais nítida entre os internados pela primeira vez.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO O TEMPO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

TEMPO DE INTERN. (MESES)	COND. DE INTERN.	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
	1	86	24,6	21	25,6	107	24,8
1 — 2	2	99	28,4	18	22,0	117	27,2
2 — 3	3	63	18,1	12	14,6	75	17,4
3 — 4	4	46	13,2	11	13,4	57	13,2
4 — 5	5	28	8,0	9	11,0	47	8,6
5 — 6	6	13	3,7	5	6,1	18	4,2
6 — 9	9	13	3,7	4	4,9	17	3,9
9 — 12 e +		1	0,3	2	2,4	3	0,7
TOTAL		349	100,0	82	100,0	431	100,0

Trabalhos realizados em Hospitais especializados, mostram a evolução ocorrida quanto ao tempo médio em que o doente de tuberculose se mantinha internado.

MARTINS ⁵⁴, verificando as altas dadas em Hospitais destinados ao tratamento da tuberculose no Brasil, no período de 1952 a 1959, verificou um tempo mêdiode permanência de 258 dias para as altas a pedido, indisciplina ou abandono e de 358 dias para as altas por cura, transferência e outros motivos.

POPPE DE FIGUEIREDO²⁸, ao fazer a avaliação do rendimento das unidades hospitalares em todo o Brasil em 1967, concluiu que as médias de permanência eram de 5 a 9 meses, aproximadamente, com algumas variações regionais.

Na população de análise a queda gradativa de internados após o 2º mes e o fato de apenas 20 (4,6%)doentes encontrarem-se internados após o 6º mes, mostram uma observância das recomendações preconizadas quanto ao tempo de manutenção do tratamento em regime hospitalar. Os dados encontrados, sugerem uma preocupação da direção dos Hospitais estudados, em diminuir o tempo de internação dos doentes, para posterior tratamento em regime ambulatorial.

INSTITUIÇÃO QUE ENCAMINHOU PARA INTERNAÇÃO

JANNUZI ⁴² em 1974, analisando o panorama da tuberculose no INPS declara que dos prováveis 500 mil tuberculosos existentes no Brasil, pelo menos 170 mil são previdenciários e destes, cerca de 100 mil estão sob controle; que a mesma Instituição movimenta cerca de 22 mil leitos para tuberculosos em 100 Hospitais próprios ou contratados e que dos pacientes que se apresentam para início de tratamento, 70% são casos portadores de formas avançadas da doença. Esta situação, aliada ao fato de que os quatro Hospitais estudados mantêm convênios com Entidades previdenciárias, explica a quase totalidade de segurados (90,7%) entre os doentes internados, como pode ser observado na Tabela 10.

Foram incluídos no grupo de previdenciários não só os doentes encaminhados pelo INPS, mas também, aqueles que referiram encaminhamento pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) Serviço Social da Indústria (SESI) ou Convênios, tanto na categoria de associados como dependentes.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES SEGUNDO O ENCAMINHAMENTO
E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. QUEM ENCAM.	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
PREVIDÊNCIA	325	93,1	66	80,5	391	90,7
HOSPITAIS GERAIS SANTAS CASAS	5	1,4	3	3,7	8	1,9
UNIDADE SANITÁRIA	8	2,3	6	7,3	14	3,2
OUTROS	11	3,2	7	8,5	18	4,2
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

Do total de 391 (90,7%) previdenciários internados, 325 (93,1%) pertenciam ao grupo de internados pela primeira vez e 66 (80,5%) ao grupo de reinternados.

Embora os 8 doentes (1,9%) encaminhados por Hospitais e Santas Casas não tenham referido os Institutos de Previdência como entidades encaminhadoras, podemos supor que alguns deles também sejam previdenciários devido aos Convênios existentes entre aquelas Entidades.

As Unidades Sanitárias aparecem com baixa porcentagem de encaminhamentos para internação nos Hospitais estudados: 14 (3,2%).

Sabendo-se que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo possui Hospitais especializados para internação de tuberculosos e com boa disponibilidade de leitos, provavelmente as Unidades Sanitárias estarão dando preferência à rede hospitalar oficial para o internamento dos doentes inscritos nos seus Serviços de Tuberculose.

No item *Outros*, aparecem 18 doentes (4,2%) que foram internados a pedido de amigos, familiares, mēdicos, do próprio paciente e mesmo por solicitação de políticos (prefeitos, vereadores).

Entre os internados pela primeira vez, 24 doentes, (6,9%) foram encaminhados por Hospitais, Santas Casas, Unidades Sanitárias e Outros, enquanto que entre os reinternados, estes encaminhamentos em número de 16, representaram 19,5%. Pesquisando o local de internação anterior neste último grupo, foi observado que 8 doentes (50,0%) já tinham sido internados em algum dos Hospitais trabalhados, às vezes mais de uma vez; 3 (18,8%) tinham sido internados em outros hospitais de Campos do Jordão ou São José dos Campos e apenas 5 (31,2%), em hospitais da rede oficial ou outros, não localizados no Vale do Paraíba. A experiência anterior dos 11 primeiros doentes pode explicar a predominância dos reinternados sobre os internados pela primeira vez, encaminhados aos hospitais estudados por outras vias que não a Previdência.

2 - ANÁLISE DO FORMULÁRIO

PERGUNTAS INTRODUTÓRIAS

Inúmeros trabalhos mostram a influência dos fatores psicológicos e emocionais no doente tuberculoso. SIMPSON⁸¹ e WITTKOWER⁹², fazem considerações detalhadas sobre o assunto e concluem que a estabilidade das

emoções é muito importante para que o paciente compreenda sua doença, aceite o tratamento sem violentar sua personalidade e possa retornar à comunidade como adulto amadurecido, responsável e produtivo. VIJIL ⁸⁹ comenta com muita propriedade, a contribuição que as ciências sociais proporcionam na quimioterapia e quimioprofilaxia, como medidas de saúde pública na luta contra a tuberculose.

Segundo o autor, para evitar comportamentos indesejáveis, hesitantes ou inconsistentes devem ser levados em conta alguns fatores, tais como: crenças básicas existenciais, reconhecimento dos sintomas da tuberculose, concepções sobre sua causa, definição cultural dos métodos de tratamento, porém acima de tudo está a necessidade de considerar cada paciente como um indivíduo com uma personalidade própria, sofrendo influências de todo um contexto social.

DOCKHORN²⁴ FORDHAM³¹, nos seus artigos, não só tecem considerações, como ilustram com vários exemplos, casos nos quais os fatores emocionais e psicológicos tiveram uma influência positiva ou negativa nos cursos do diagnóstico e/ou tratamento da tuberculose.

PERSONALITY, STRESSES and TUBERCULOSIS⁸⁴, um livro editado por SPARER, professor de Psiquiatria e Medicina Preventiva da Universidade de Tennessee, contém artigos extremamente interessantes e valiosos sobre o assunto, onde são apresentadas considerações, exemplos, pesquisas, recomendações e programas sobre tuberculose, abordando o problema nos seus vários aspectos psicológicos.

Entre as inúmeras recomendações apresentadas nos vários trabalhos citados, uma é constante na grande maioria deles. Trata-se da importância do primeiro contato dos doentes com o pessoal da equipe de saúde.

COBURN²¹ acha que "*devemos ter técnicas para conhecer os problemas dos pacientes e flexibilidade para entendê-los*". e prossegue "*a melhor técnica que os psiquiatras têm a oferecer para os que tem sob sua responsabilidade a assistência ao doente tuberculoso é muito simples, em palavras: conseguir que o paciente fale de si mesmo*".

FORDHAM³¹, já anteriormente citado, afirma "*Muitos pacientes são admitidos nos sanatórios para tuber-*

culosos, em um estado de grande apreensão". E recomenda "o paciente deve ser instigado a por seus problemas para fora". (To talk his troubles out...)

Muitas vezes, devido ao acúmulo de serviço ou ao desconhecimento das necessidades psicológicas dos indivíduos, os profissionais responsáveis pelo doente, não dão a devida atenção a este aspecto do problema. Este comportamento pode afetar mais profundamente o doente tuberculoso recém-admitido nos Hospitais. De um modo geral, ele sente-se rejeitado pela família e pela sociedade, afetado no seu "*status*" sócio-econômico, apreensivo quanto à adaptação ao novo regime que lhe foi imposto e cheio de dúvidas quanto ao prognóstico futuro. Se não encontrar uma acolhida satisfatória da parte da equipe de saúde, vai procurar entre os doentes mais antigos, a segurança e as informações desejadas. E estas, muitas vezes poderão chegar de modo distorcido ou não satisfatório.

Tendo em vista que o objetivo deste trabalho somente poderia ser alcançado pela interação com o próprio doente, procurou-se fazer com que este processo se desenvolvesse da maneira mais informal e descon

traída possível. Assim, as primeiras perguntas do formulário foram feitas visando dar oportunidades ao doente de falar sobre fatos que antecederam à sua doença, para então chegar às informações desejadas quanto ao conhecimento que ele possuía sobre tuberculose.

Quando solicitados a contar como souberam que estavam doentes, se tinham sintomatologia, há quanto tempo e o que sentiam, foi percebida a necessidade que o doente tem de falar sobre si mesmo e como isto é importante para ele. Com raras exceções, (casos que posteriormente foram indicados como "*doentes difíceis*" pelo pessoal dos Hospitais), os internados contaram com grande riqueza de detalhes as ocorrências que os levaram à internação.

É importante ressaltar que para os reinternados estas perguntas se referiam à primeira internação.

PERGUNTA 1. "*Como o sr.(a) soube que estava tuberculoso?*"

Por se tratar de pergunta aberta, os motivos que teriam levado o doente a procurar assistência médica e que redundaram em um diagnóstico de tuberculose, foram agrupados e distribuídos conforme mostra a Tabela 11.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES SEGUNDO O MOTIVO QUE OS LEVOU
A UM DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. MOTIVO DO DIAGNÓSTICO	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
SINT. SUG. DE TUBERC.	241	69,0	67	81,7	308	71,4
EX. P/ FINS LEGAIS	42	12,0	10	12,2	52	12,1
TRATº INICIAL OUTRAS PNEUMOP.	36	10,3	4	4,9	40	9,3
OUTROS SINT. TRATº OUTRAS DOENÇAS	24	6,9	1	1,2	25	5,8
ORIENT. ESPECIALISTAS, FAM., AMIGOS	2	0,6	-	-	2	0,5
"CURIOSIDADE"	1	0,3	-	-	1	0,2
CONTR. POR SER COMUN.	3	0,9	-	-	3	0,7
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

A maioria dos doentes, 308 (71,4%), soube que estava com tuberculose por ter procurado assistência médica devido aos sintomas sugestivos. Foram incluídos neste item, 14 doentes que revelaram ter tido um diagnóstico ou iniciado tratamento, não seguiram as recomendações médicas e com o agravamento dos sintomas, submeteram-se a novos exames e foram encaminhados para internação. Entre os reinternados a procura a assistência médica foi maior (81,7%) do que entre os internados pela primeira vez (69,0%).

Os 123 restantes (28,6%) o fizeram por outros motivos, assim distribuídos: 52 (12,1%) submeteram-se a exames para fins legais (carteira de saúde, carteira de trabalho, para servir o exército, a mandado da firma, etc...); 40 (9,3%) iniciaram tratamento de outras afecções pulmonares como pneumonia, bronquite, derrame pleural e devido ao agravamento dos sintomas ou a "recída" após um período de melhora, foram encaminhados para exames diagnósticos da tuberculose; 25 (5,8%) estavam em tratamento de outras doenças tais como: diabetes, cardiopatias, reumatismo, coluna, anemia; 2 (0,5%) foram orientados a procurar serviço especializado, 1 pela médica do planejamento familiar e 1 pela patroa; 1 (0,2%) devido à "curiosidade" sobre o seu estado de

de saúde e dos 3 (0,7%) comunicantes, 2 tinham tido contato recente com familiares e 1 fazia controle regularmente devido a contato anterior com pessoa doente.

Várias pesquisas mostram a importância de exames diagnósticos, em grupos de sintomáticos sugestivos, para descobrir os doentes em uma comunidade.

BANERJI e ANDERSON⁹ entrevistaram uma amostra de aproximadamente 2.000 pessoas (doentes de tuberculose e sadios) em 36 vilas e cidades do Distrito de Tumkur, Índia do Sul, com o objetivo de verificar quantas apresentavam sintomas sugestivos da doença. Aproximadamente 70% dos casos confirmados bacteriológicamente referiram, pelo menos, um sintoma sugestivo de tuberculose.

MEYERS e col.^{5,6} estudaram o rendimento de vários métodos de detecção de casos, em programas desenvolvidos no Canadá (Saskatchvan - 1960-1969 e Ontario 1967-1968), Checoslováquia (Kolin-1961-1969) e Países Baixos (todo o país - 1951-1965). Verificaram, que em bora os programas fossem desenvolvidos com algumas diferenças nas áreas dos países estudados, 50 a 60% dos

pacientes bacilíferos foram descobertos pela busca passiva ou seja, pela própria iniciativa do paciente que procura assistência médica nas clínicas de tuberculose ou que é encaminhado a esses Serviços por outros médicos devido às queixas sugestivas da doença.

SAKAMOTO⁷⁶, fazendo uma avaliação da eficiência dos vários métodos utilizados para a descoberta de casos, no Japão, conclui que somente cerca de 30% dos novos casos de pacientes registrados são detectados por outros motivos. A maioria restante é descoberta por procura voluntária de assistência médica, pelos sintomas que a aflige.

A confirmação diagnóstica em 71,4% dos sintomáticos sugestivos na população de análise é bastante semelhante aos dados apresentados nos trabalhos citados, diferindo um pouco da pesquisa de ALLAN e col.², que em Hong Kong, encontraram entre os pacientes recém-diagnosticados, 86,0% que se apresentaram para tratamento ou investigação devido a sintomas sugestivos.

Visto que a maioria dos casos ativos de tuberculose apresenta uma característica comum, ou seja, de-

envolve sintomas que sugerem a presença da doença e que motiva as pessoas a procurar auxílio médico, é prioritariamente, a este grupo que as medidas diagnósticas devem ser oferecidas. E estas tem que ser escolhidas entre aquelas que se mostram mais eficazes, mais facilmente aceitáveis e mais rentáveis. ARANTES⁶ assinala "a questão da escolha entre este ou aquele método de busca de casos de tuberculose pulmonar, não deve se ater apenas ao confronto entre os méritos relativos de cada processo; na verdade é preciso estabelecer prioridades, das quais a primeira inquestionavelmente, é constituída pelos doentes bacilíferos e a segunda pelos pacientes sintomáticos ainda não bacilíferos, dos quais certamente alguns virão a sê-lo..."

É importante lembrar no entanto, que a identificação dos casos de tuberculose não é um fim em si mesma e sim um meio para um fim que é tratar corretamente o paciente diagnosticado. E para que todo esse processo seja bem sucedido é necessário que se ofereça um bom serviço médico, que conte com a confiança da população, que seja facilmente acessível, eficiente e orientado para as necessidades consultantes.

PERGUNTA 2 - " O sr.(a) sentia alguma coisa antes de saber que estava doente?"

a) caso sim - o que sentia?

b) há quanto tempo?

De modo geral, quando se trabalha com população de doentes com tuberculose, o termo sintomático significa o indivíduo que apresenta sintomas respiratórios ou outros que sugerem a presença da doença. Operacionalmente o termo sintomático respiratório é usado para caracterizar indivíduos, que apresentam tosse ou expectoração há mais de 3 semanas, constituindo o grupo prioritário para a busca de casos, no desenvolvimento de um programa.

Neste trabalho, visto a indagação sobre a sensação de sintomas referir-se a uma sintomatologia geral, foi aplicado o termo sintomático a todos os doentes que responderam afirmativamente àquela pergunta.

A distribuição dos pacientes quanto à presença ou não de sintomatologia é mostrada na Tabela 12.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO A SENSACÃO DE SINTOMAS
E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. SENS. DE SINT.	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
SIM	312	89,4	67	81,7	379	87,9
NÃO	37	10,6	15	18,3	52	12,1
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

A maioria dos doentes internados informou sentir alguma coisa antes de saber que estava com tuberculose. Assim, 379 (87,9%) fizeram referência a alguma sintomatologia, com pouca variação entre o grupo de internados pela primeira vez, 312 (89,4%) e o grupo de reinternados, 67 (81,7%).

Negaram a presença de qualquer sintomatologia, 52 doentes (12,1%) com uma leve predominância dos reinternados 15 (18,3%), sobre os internados pela primeira vez 37 (10,6%). Já que a presença de sintomas se referia a queixas gerais, foi verificado quantos dos pacientes sintomáticos tinham feito referências apenas àquelas queixas, sem associá-las a algum sintoma sugestivo de tuberculose. Foi observado que apenas 3 (0,8%) internados pela primeira vez, deixaram de fazer referência a algum dos sintomas sugestivos de tuberculose pulmonar, atendo-se apenas a sintomas gerais e que foram os seguintes: insônia (1); dor nas pernas (1) e "loucura da cabeça" (1).

Embora neste trabalho a insônia tenha sido considerada como um sintoma não sugestivo, é interessante apontar que BHATIA¹¹, apresentando o programa de tuber

culose desenvolvido no distrito de Amristar na Índia, considerou a insônia como um dos sintomas sugestivos, devido ao grande número de pacientes que a mencionou, ou seja, 51,0% do total de 1.050 pacientes estudados.

Procurando verificar se a percepção de sintomas teria influido sobre os motivos que levaram os doentes a um diagnóstico da tuberculose, foi elaborada a Tabela 13.

Entre os 379 doentes que referiram sintomatologia, 293 (77,3%) procuraram assistência médica e foram informados que estavam tuberculosos devido à presença de sintomas sugestivos, e porcentagem maior é observada entre os reinternados 63 (94,0%) do que entre os internados pela primeira vez, 230 (73,8%). Os demais, 86 (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, conforme relato do capítulo anterior.

Outros autores apresentam situações semelhantes. Na pesquisa de HONG KONG² já citada, além dos 86% dos pacientes que se apresentaram à consulta médica devido à sintomatologia sugestiva de tuberculose,

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS SINTOMAS, MOTIVO QUE OS LEVOU AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

MOTIVO DO DIAGN.	PERCEPÇÃO DE SINT. COND. DE INTERN.				SUB TOTAL		NÃO				SUB TOTAL		TOTAL	
	SIM													
	1a. VEZ		REINTERN.		1a. VEZ		REINTERN.							
nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
INT. SUGEST.	230	73,8	63	94,0	293	77,3	11	29,7	4	26,7	15	28,8	308	71,4
X.P/ FINS LEGAIS	31	9,9	4	6,0	35	9,2	11	29,7	6	40,0	17	32,7	52	12,1
RATº INICIAL DE OUTRAS NEUMOP. S/ MELHORA	31	9,9	-	-	31	8,2	5	13,5	4	26,7	9	17,3	40	9,3
UTROS SINT. TRATº UTRAS DOENÇAS	18	5,8	-	-	18	4,7	6	16,2	1	6,6	7	13,5	25	5,8
RIENT. ESPECIALISTAS, AM., AMIGOS	1	0,3	-	-	1	0,3	1	2,7	-	-	1	1,9	2	0,5
CURIOSIDADE"	1	0,3	-	-	1	0,3	-	-	-	-	-	-	1	0,2
ONTR. POR SER COMUN.	-	-	-	-	-	-	3	8,2	-	-	3	5,8	3	0,7
OTAL	312	100,0	67	100,0	379	100,0	37	100,0	15	100,0	52	100,0	431	100,0

os autores observaram que 14% se apresentaram por outras razões, e entre estes 49% admitiram a presença de sintomas relacionados com a doença.

ARCINIEGAS e col.⁷, em 1976, observaram que dos 28 casos diagnosticados, nos Serviços de Saúde do Departamento de Risaralda, Colombia, 75% compareceram ao serviço de saúde devido a sintomas respiratórios, definidos pelos autores como: tosse, expectoração ou hemoptise e 25% tomaram aquela decisão por outros motivos, mesmo admitindo a presença de sintomas.

Embora seja bastante significativo o grupo de sintomáticos sugestivos que descobrem serem tuberculosos devido a esses sintomas, não pode ser menosprezado o grupo de sintomáticos que não relacionam seus sintomas com a tuberculose pois muitos deles poderão estar disseminando a doença, até que outro motivo os leva à procura de assistência médica.

Na população sintomática, chama a atenção o fato de 31 doentes (8,2%) terem tomado conhecimento da doença por não apresentarem melhora no tratamento de outras afecções pulmonares, principalmente "pneumonia", durante períodos que variaram de 6 dias a 4 meses, mesmo na

presença de sintomas sugestivos. Com as simplificações ocorridas no atendimento da tuberculose, o especialista e os Dispensário especializados deixaram de ser uma necessidade. O doente, preocupado com sintomas pulmonares, irá necessariamente recorrer à consulta com o médico que se encontra nos Serviços de Saúde e este profissional deverá ter um bom preparo para utilizar apropriadamente os recursos postos à sua disposição.

No grupo de não sintomáticos, ocorreu um fato curioso. Embora negando a existência de qualquer sintoma, 15 doentes (28,8%) deram como causa da procura de assistência médica, a presença de sintomas sugestivos. Algumas das causas mencionadas foram: resfriado forte que não sarava, escarro hemoptóico, fraqueza, dor do lado, febre, pontada aguda nas costas, etc. e ainda 3 doentes, todos internados pela primeira vez, que declararam que haviam sido diagnosticados tuberculosos, não fizeram tratamento correto e "pioraram". Ora, esta "piora" só poderia ser identificada por meio de um agravamento da sintomatologia e que não foi reconhecida como sensação de sintomas. Seriam necessários estudos sociológicos ou psicológicos bastante apurados para explicar este fato, já que o ocorrido está intimamente ligado a crenças e sentimentos inteiramente subjetivos.

Assim a interpretação de sintomas para o indivíduo referia-se à sua interpretação própria e não àquela válida para as interpretações médicas da doença. HOCHBAUM ³⁸, no seu estudo sócio-psicológico da participação do público em programas de descoberta de casos de tuberculose, discute estes aspectos com muita propriedade trazendo subsídios gerais para a interpretação de condutas como aquelas referidas acima.

É perfeitamente compreensível o fato de que 37 doentes (71,2%) tenham tomado conhecimento de sua doença por outros motivos, já que não havia percepção de sintomas. Mais um vez chama a atenção do ocorrido com 9 doentes (17,3%) que descobriram estarem tuberculosos após tratamento inicial de outras afecções pulmonares. Destes, 5 (13,5%) eram internados pela primeira vez e 4 (26,7%) eram reinternados e cujo diagnóstico foi feito em épocas anteriores, deixando a impressão de que esta situação vem ocorrendo com certa frequência e evidenciando mais uma vez a necessidade de maiores cuidados nos exames diagnósticos da Tuberculose.

a) O que sentia?

Para analisar a ocorrência dos sintomas entre os doentes sintomáticos foi feito um agrupamento dos sintomas sugestivos e não sugestivos da tuberculose.

São considerados sintomas sugestivos, os que podem estar relacionados à tuberculose, embora nem sempre específicos da mesma.

Na relação apresentada na Tabela 14, foram considerados todos os sintomas mencionados pelos doentes, razão pela qual os totais não correspondem ao número de sintomáticos. A porcentagem foi calculada sobre o total geral de sintomáticos (379) e sobre os totais dos mesmos em cada condição de internação (312 e 67, respectivamente).

Quase a metade dos internados, 186 (49,1%), referiu tosse associada a outro sintoma. Isto ocorreu com 158 doentes (50,6%) entre os internados pela primeira vez e 28 (41,8%) entre os reinternados. Sô tosse foi informada por 11 deles (2,9%) todos internados pela primeira vez. Canseira, desânimo e fraqueza foram mencionadas por ambos os grupos segundo a condição

TABELA 14 - SINTOMAS E SINAIS REFERIDOS PELOS DOENTES SINTOMÁTICOS,
SEGUNDO CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE SINT. E SINAIS REFERIDOS INTERN.	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	% (*)	nº	% (*)	nº	% (*)
SÕ TOSSE	11	3,5	-	-	11	2,9
TOSSE ASSOCIADA A OUTROS SINT.	158	50,6	28	41,8	186	49,1
FEBRE	114	36,5	25	37,3	139	36,7
DORES TORAXICAS	94	30,1	16	23,9	110	29,0
INAPETÊNCIA	64	20,5	12	17,9	76	20,1
EMAGRECIMENTO	36	11,5	11	16,4	47	12,4
ESCARRO (HEMOPTOICO OU NÃO)	46	14,7	13	19,4	59	15,6
SINTOMA DE GRIPE	42	13,5	3	4,5	45	11,9
SUORES NOTURNOS	30	9,6	8	11,9	38	10,0
HEMOPTISE	6	1,9	2	3,0	8	2,1
CANSEIRA, DESÂNIMO, FRAQUEZA	128	41,0	34	50,7	162	42,7
OUTROS (NÃO SUGESTIVOS)	109	34,9	22	32,8	131	34,6
TOTAL	838		174		1012	

*Porcentagens tiradas sobre os totais de sintomáticos.

de internação, em porcentagens bem semelhantes, exceto sintomas de gripe que foi mencionada por 42 (13,5%) de internados pela primeira vez e por apenas 3 (4,5%) de reinternados.

A hemoptise aparece com uma frequência bastante baixa em ambos os grupos 6 (1,9%) e 2 (3,0%). No item "outros", aparecem os sintomas gerais, quer tenham sido mencionados isolados ou associados a sintomas sugestivos da tuberculose 131 (34,6%).

O número médio de sintomas referidos por todos os sintomáticos foi de 2,7% e bastante semelhantes entre os internados pela primeira vez (2,7%) e entre os reinternados (2,6%).

BANERJEE e ANDERSEN⁹ consideram como sintomas mais sugestivos de tuberculose, a tosse, febre, dores torácicas, fraqueza geral e hemoptise.

Analisando as pesquisas de autores que apresentaram dados referentes a essa relação, foi elaborada a Tabela 15, a fim de comparar seus resultados com os deste trabalho.

TABELA 15 - CINCO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS SUGESTIVOS REFERIDOS POR DOENTES
DIAGNOSTICADOS COM TUBERCULOSE PULMONAR, RELATADOS POR ALGUNS
AUTORES.

AUTORES	SINTOMAS SUGESTIVOS REFERIDOS				
	TOSSE	DORES TORAXICAS	FEBRE	FRAQUEZA	HEMOPTISE
BANERJI, D. e ANDERSEN, S. ⁹					
India, 1963	69,4%	19,4%	33,3%	45,0%	11,1%
BHATIA, J.L. ¹¹					
India, 1972	96,5%	79,1%	87,9%	95,1%	19,3%
ALLAN, W. G. L. et col. ²					
Hong Kong, 1979	96,0%	34,0%	36,0%	36,0%	56,0%
BELLUOMINI, M.					
São Paulo, 1977	52,6%	29,0%	36,7%	42,7%	2,1%

Essa tabela mostra, que os sintomas não se apresentam de modo uniforme, nem mesmo dentro do próprio país, como é o caso das duas pesquisas na Índia, onde os dados obtidos em 1962 diferem bastante dos obtidos em 1967. Na pesquisa de HONG KONG² os autores chamam a atenção para o fato de que embora 56% dos pacientes tenham mencionado a hemoptise como um dos sintomas presentes, apenas 27% submeteu-se a uma primeira consulta médica devido a esta ocorrência, sendo que 5% deles informaram ter tolerado este sintoma por mais de 6 meses, antes de procurarem assistência médica.

Outros autores, como BAAS e col.⁸ pesquisaram a presença de sintomas no momento do diagnóstico entre os casos de tuberculose pulmonar descobertos em 3 anos sucessivos (1973-1975) na Holanda, dividindo-os em 3 grupos: 75% que referiram tosse com ou sem outros sintomas, 18% com outros sintomas sugestivos e 7% sem sintomas.

Estudando uma população semelhante e adotando a mesma divisão acima mencionada, BLAHA e col.¹² apresentam dados obtidos na Baviera (1974-1976): 67% com tosse somente ou associada a outro sintoma; 16% com outros

sintomas exceto a tosse e 17% sem sintomas.

Fica evidente que embora com algumas variações, a tosse é o sintoma que se apresenta com maior frequência entre os indivíduos bacteriologicamente positivos. Nestas circunstâncias, as atividades para a identificação dos doentes na comunidade, deverão concentra-se nos sintomáticos sugestivos, que procuram assistência médica devido aos sintomas que os afligem e prioritariamente, entre aqueles que apresentam tosse com mais de 3 semanas de duração.

b) há quanto tempo?

Várias atividades são utilizadas para a busca de casos de tuberculose na comunidade;

- busca passiva, quando o paciente procura espontaneamente o auxílio médico;
- busca ativa, indiscriminada, quando as fontes de transmissão da tuberculose são identificadas por meio de pesquisas na população;
- busca ativa, em grupos de alto risco, quando as atividades são de iniciativa dos serviços de tuberculose e dirigidas a pessoas que apresentam maior risco

de contrair a doença, constituídas, entre outras, pelos comunicantes de casos bacilíferos, indivíduos com viragem tuberculina recente, e reatores à tuberculina com imagens radiológicas suspeitas de tuberculose.

Como já foi referido anteriormente, cerca de 70% dos casos bacilíferos tornam-se conhecidos devido à busca passiva. Portanto, a iniciativa tomada pelos sintomáticos sugestivos, em se apresentarem para exames diagnósticos e ulterior tratamento, é o que representa o maior benefício nos programas de luta contra a tuberculose. A permanência destes prováveis disseminadores da doença em uma comunidade é que torna importante a detecção precoce dos casos, que uma vez descobertos, permitirão cortar a cadeia de transmissão pela quimioterapia. Reveste-se assim de grande importância o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e a procura de auxílio médico, já que das medidas a serem tomadas, poderão advir benefícios epidemiológicos, sociais, econômicos e sanitários, não só para o indivíduo como para a comunidade⁸⁷.

BAAS et col.⁸ assinalam que, na Holanda em 1975-1975, em apenas um quarto dos casos com escarro

positivo, (24%) houve um período de mais de 4 meses entre a percepção da sintomatologia e o momento em que a quimioterapia foi iniciada e que dos 76% que iniciaram o tratamento antes do 4º mes, 52% o fizeram antes do 2º mes e 24% até o final do 3º mes.

Em HONG KONG em 1977², 76% dos pacientes recém diagnosticados na clínica de torax, procuraram um local para diagnóstico ou tratamento, dentro do 1º mes a partir do início dos sintomas. E os autores concluem sobre a necessidade de educar o público com relação aos sintomas da tuberculose e sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento nas clínicas especializadas.

BHATIA¹¹, nas suas considerações quanto as medidas de busca de casos na Índia, refere que uma das coisas mais valiosas para identificar as fontes de infecção é a percepção dos pacientes e a ação tomada por eles na presença de sintomas. Analisando o comportamento de 1050 pacientes quanto ao período decorrido entre a ação para o diagnóstico e a duração dos sintomas, o autor menciona que mais de 66% dos pacientes procuraram espontaneamente uma agência médica, entre a segunda e a quarta semana após se sentirem doentes.

Na população de estudo, a duração dos sintomas antes de que o doente tomasse alguma iniciativa quanto ao diagnóstico, é apresentada na Tabela 16.

Comparando-se os dados da tabela com os dos autores citados, verifica-se que é bastante baixa a porcentagem de sintomáticos que procuraram assistência mê-dica antes de completar 1 mes do aparecimento dos sintomas: 74 (19,5%). A maioria ou seja, 255 (67,2%) tomou iniciativa para obter um diagnóstico, até o final do 3º mes, sendo que apenas 145 (38,2%) até antes do 2º mes e 110 (29,0%) até o final do 3º mes. Desde o início do aparecimento dos sintomas até o 4º mes completo, foi bem maior a procura de assistência médica pelos internados pela primeira vez, 247 (79,2%) do que pelos reinternados 37 (55,2%). Do 5º mes em diante a procura foi mais regular pelos internados pela primeira vez.

Os reinternados concentram-se em dois períodos: 6 a 7 meses e 12 e mais. Como a pergunta referia-se à sintomatologia anterior ao diagnóstico, podemos supor que os reinternados por não se lembrarem com exatidão o tempo, fixaram-no naqueles períodos.

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES SINTOMÁTICOS, SEGUNDO DURAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA ANTERIORMENTE AO DIAGNÓSTICO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN.		1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
DURAÇÃO DOS SINT. (MESES)							
	- 1 mes	64	20,5	10	14,9	74	19,5
1	2	60	19,2	11	16,4	71	18,7
2	3	53	17,0	4	6,0	57	15,0
3	4	45	14,5	8	11,9	53	14,0
4	5	25	8,0	4	6,0	29	7,7
5	6	9	2,9	5	7,5	14	3,7
6	7	21	6,7	9	13,4	30	7,9
7	8	2	0,6	-	-	2	0,5
8	9	5	1,6	1	1,5	6	1,6
9	10	3	1,0	-	-	3	0,8
10	11	3	1,0	-	-	3	0,8
11	12	1	0,3	-	-	1	0,3
12 e +		19	6,1	9	13,4	28	7,4
NÃO LEMBRA		2	0,6	6	9,0	8	2,1
TOTAL		312	100,0	67	100,0	379	100,0

O retardo dos doentes deste estudo em procurar assistência médica, pode estar ligado a vários fatores, tais como: desconhecimento dos sintomas sugestivos de tuberculose; o não relacionamento imediato dos sintomas com a doença; medo das implicações que poderiam o correr nas suas vidas profissional, familiar e social, devido a uma confirmação do diagnóstico ou ao conceito que as agências de saúde têm na comunidade.

É bastante alta a porcentagem de doentes que deram como tempo de sintomatologia 12 meses e mais , tanto no grupo de internados pela primeira vez (6,1%) como no de reinternados (13,4%).

Por se tratar de informação sobre sintomatologia geral e não apenas sugestiva de tuberculose, pode mos supor que aqueles que informaram um período tão longo, estivessem se referindo a queixas gerais e que no decorrer desse período tivessem aparecido aquelas sugestivas de tuberculose.

Houve ainda na população estudada, 8 doentes (2,1%) que não se lembravam hã quanto tempo tinham sintomas. Destes 2 (0,6%) eram internados pela primei ra vez e 6 (9,0%) reinternados. Justifica-se esta por

centagem mais alta para este último grupo já que a sintomatologia ocorreu em anos passados.

PERGUNTA 3 - O sr (a) teve contato com alguém doente do pulmão?

Caso sim - a) com quem?

b) quando?

O que caracteriza o bacilo da tuberculose é a sua completa adaptação à espécie humana, sendo esta uma das condições que favorece o aparecimento da doença evolutiva transmissível uma vez ocorrido o contágio.

HOLMS⁴⁰ considera que são necessários uma série de acontecimentos, todos regidos pelo acaso, para que ocorra o que ele denomina "*transmissão bem sucedida*". Em síntese, ela ocorre quando os bacilos projetados na atmosfera circundante são inalados por indivíduos susceptíveis, cujas condições permitam que os bacilos se estabeleçam com sucesso e se reproduzam com liberdade no organismo do novo hospedeiro e passem a ser eliminados sob a forma de gotículas, transformando-o em nova fonte de infecção.

As probabilidades de êxito na transmissão estão no entanto, condicionadas a vários fatores: nūme-

ro e virulência dos bacilos contidos nas excreções do bacilífero; tamanho das gotículas expelidas por meio da tosse, espirro ou fala; condições ambientais do local onde as gotículas são projetadas; frequência e proximidade média com as fontes de transmissão, resistência e condições específicas dos indivíduos expostos ao contágio.

Sem entrar em uma análise detalhada sobre o mecanismo da transmissão da tuberculose, pode-se concluir que ela ocorre no momento em que os bacilos, presentes nas gotículas de *Pflügge*, são projetados no meio ambiente pela tosse, espirro ou fala do doente tuberculoso e uma vez inalados, atingem os alvéolos pulmonares da pessoa sadia. Em condições favoráveis, há uma grande multiplicação bacilar com formação de lesões específica, convertendo o hospedeiro em uma nova fonte de infecção. Isto implica em que a transmissão direta de homem para homem é a mais frequente e a mais importante e é a que contribui de forma decisiva para a perpetuação do bacilo tuberculoso e do padecimento humano causado pela doença.

Trabalhando com uma população de tuberculosos, que somente poderia ter adquirido a doença se transmitida por outros tuberculosos, foi investigado se os do

entes tinham conhecimento ou não da ocorrência desse contato.

Na Tabela 17 são apresentadas as respostas obtidas.

Do total de doentes internados, 181 (42,0%) referiram contato com pessoa tuberculosa, verificando -se porcentagem maior entre os internados pela primeira vez 154 (44,1%) do que entre os reinternados 27 (32,9%). Desconheciam a ocorrência de contato anterior, 250 pacientes (58,0%), com maior porcentagem entre os reinternados 55 (67,1%) do que entre os internados pela primeira vez 195 (55,9%).

É importante destacar o dado referente ao desconhecimento da fonte transmissora, por parte de mais da metade da população de estudo. Isto mostra a presença de bacilíferos não diagnosticados ou que omitem esta condição, mantendo assim sua capacidade de transmitir tuberculose a outras pessoas em alguma época de suas vidas.

RICH⁷² assinala que "*é evidente que existem muitos indivíduos na população com lesões abertas e bacilos tuberculosos no seu escarro, que servem de contã-*

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO CONHECIMENTO DE CONTATO ANTERIOR COM FONTE DE INFECÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. CONTATO ANTERIOR	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
SIM	154	44,1	27	32,9	181	42,0
NÃO	195	55,9	55	67,1	250	58,0
TOTAL	349	100,0	82	100,0	431	100,0

gio, embora nem eles mesmo suspeitem deste fato. Os que tratam com pacientes tuberculosos, chegam mesmo a ficar impressionados com a grande frequência com a qual é impossível descobrir a origem da infecção".

a) com quem?

Para aqueles que referiam ter tido contato com pessoas tuberculosas, esta ocorrência foi dividida em: familiar íntimo (pais, irmãos, cônjuges ou outros parentes residindo na mesma casa do entrevistado); familiar ocasional (parentes residindo em outra casa); e extra-familiar, íntimo ou ocasional, (colega de quarto, amigos íntimos ou não, vizinhos chegados, colegas de trabalho, patroa e outros).

A situação em que ocorreu o contato é mostrada na Tabela 18.

Foi evidente a influência do contágio familiar na população de estudo. Nesta situação, quer ele tenha sido íntimo 93 (50,8%) ou ocasional 42 (23,0%) encontram-se 135 doentes ou seja 73,8% dos internados. Os trabalhos de Grzybowski et al. no Canada em 1972 e os estudos bastante precisos de Van Geuns et al. na Holanda em 1963-64, citados por ROUILLON⁷⁵, demonstraram que a intimidade do contato exerce uma influência

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO A CIRCUNSTÂNCIA DA OCORRÊNCIA DO CONTATO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. CIRCUNST. DO CONTATO	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
FAMILIAR INTIMO	82	52,6	11	40,8	93	50,8
FAMILIAR OCASIONAL	34	21,8	8	29,6	42	23,0
EXTRA FAMILIAR INTIMO OU OCASIONAL	40	25,6	8	29,6	48	26,2
TOTAL	156*	100,0	27	100,0	183	100,0

* 2 pacientes informaram 2 fontes de contágio.

considerável na transmissão da infecção tuberculosa . Embora seja muito difícil estimar o risco da evolução da infecção para a doença, já que este processo depende não só da proximidade mas também do tipo da fonte de infecção (virulência e quantidade dos bacilos expelidos) ou ainda da idade do infectado e se se trata de uma infecção primária ou de reinfecção, o indivíduo bacilífero é uma ameaça constante para os seus semelhantes. Representa maior perigo quanto mais frequente for a exposição dos sadios a este contágio. Após a análise de vários trabalhos sobre este assunto, a mesma autora conclui que *"se pode considerar uma proporção de 10% como a cifra média do risco da evolução da infecção para a enfermidade, nos anos seguintes à infecção, e este risco concentra-se especialmente nos primeiros dois anos posteriores à infecção"*.

b) *há quanto tempo?*

É muito difícil prognosticar a evolução da tuberculose nos indivíduos expostos ao contágio. Isto porque, enquanto a maioria das doenças infecto-contagiosas tem um único período de incubação poder-se-ia admitir para a tuberculose, duas incubações. Uma compreende o tempo decorrido entre o primeiro contato do organismo com o "*Mycobacterium tuberculosis*" e o aparecimento da infecção primária. É um período relati

vamente curto que, dependendo das condições de resistência do organismo infectado, poderá evoluir para a doença generalizada, ou então, passar inteiramente de sapercebido com tendência espontânea para a cura, embora persistam bacilos em estado de latência.

Uma vez curada a infecção primária, o organismo entra em um estado de equilíbrio, que pode representar uma segunda incubação, durante períodos variáveis e imprevisíveis, podendo ou não vir a produzir doença evolutiva. Mantido um estado de saúde satisfatório a situação torna-se compatível com uma vida longa e normal. Vencidas porém as barreiras de contenção, a doença pode eclodir a qualquer momento da vida da pessoa infectada, em consequência da reativação dos focos latentes desde a primo-infecção.

Para TARANTINO⁸⁶ o aparecimento da doença declarada evolutiva ocorre em duas circunstâncias: 1) *"em seguimento à primo-infecção, quando os bacilos infectantes conseguem dominar as forças defensivas e se difundem por todo o organismo. É a tuberculose primária ou,* 2) *quando após a vitória sobre a infecção primária, condições especiais de desfalecimento da imunidade ou cargas infectantes maciças conseguem romper o*

equilíbrio parasito-hospedeiro e ensejar o reaparecimento da doença. É a tuberculose pós-primária ou de reinfecção".

RICH⁷³, considera este aspecto um dos mais interessantes e importantes da patogenia da tuberculose e conclui "que no organismo humano o curso de uma infecção tuberculosa é muito influenciado por diferenças no grau de resistência natural de cada indivíduo e também nos mesmos indivíduos, segundo diferentes períodos de idade e em condições diferentes em qualquer época de suas vidas".

Diante destas conclusões, torna-se evidente que as informações obtidas entre a população de estudo sobre a época em que ocorreu o contágio, conforme apresentadas na Tabela 19, somente poderão ser discutidas de um modo geral, pois seriam necessários dados mais substanciais para que se pudesse tirar algumas conclusões.

O maior número de doentes informou ter tido contágio em período de 1 a 5 anos anterior ao seu diagnóstico de tuberculose. Neste caso, encontram-se 65 doentes (35,9%); entre os internados pela primeira vez 60 (39,0%) e entre os reinternados 5 (18,6%) .

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES, SEGUNDO INFORMAÇÃO SOBRE TEMPO DE CONTÁGIO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. TEMPO DE CONTÁGIO	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
0 — 1 m	-	-	-	-	-	-
1 — 3 m	4	2,6	-	-	4	2,2
3 — 6 m	7	4,5	1	3,7	8	4,4
6 — 1 a	36	23,4	-	-	36	19,9
1a — 5 a	60	39,0	5	18,6	65	35,9
5a — 10 a	23	14,9	10	37,0	33	18,2
10 a e +	18	11,7	7	25,9	25	13,8
NÃO LEMBRA	6	3,9	4	14,8	10	5,6
TOTAL	154	100,0	27	100,0	181	100,0

O período de menos de 1 mes, não foi referido por nenhum paciente.

48 doentes (26,5%) informaram contágio no período de 1 mes a menos de 1 ano (1m a 1a) antes de serem diagnosticados e destes apenas 1 (3,7%) entre os reinternados. No período de 5 anos a 10 anos e mais, encontram-se 58 pacientes (32,0%), com mais referências entre os reinternados 17 (62,9%), do que entre os internados pela primeira vez 41 (26,6%).

Não se conhecendo o estado de alergia tuberculínica destes doentes por ocasião do contágio, é impossível qualquer conclusão sobre a origem da tuberculose no grupo em estudo. Sabendo-se no entanto, que a prevalência da infecção tuberculosa no Brasil apresenta índices bastante altos (40,0% em todas as idades)⁸⁶ e por se tratar de estudo em uma população adulta, poder-se-ia supor que a maioria dos doentes já estivesse infectada. O fato de que mais de 50% da população de estudo é procedente da Região Nordeste (Tabela 7), onde são encontrados altos índices de prevalência da infecção tuberculosa nas crianças que ingressam nas escolas primárias (15 a 20%)⁶⁰, vem reforçar a suposição acima mencionada. Assim, poder-se-ia admitir que

a maioria dos doentes internados nos Hospitais trabalhados, seriam casos de tuberculose pós-primária ou de reinfecção. Evidentemente, não se descartaria a hipótese da presença de casos de tuberculose primária ou seja, de indivíduos que por condições as mais variadas não teriam tido capacidade de reagir à primeira invasão dos bacilos infectantes.

PERGUNTAS SOBRE CONHECIMENTO

Em outro trabalho¹⁰ foi referido que "*a tuberculose é uma doença infecto contagiosa, tem características próprias e se difunde principalmente porque se ignoram os seus riscos*".

O desconhecimento de noções básicas sobre tuberculose e conseqüentemente dos seus riscos, não significa simplesmente que as pessoas não tenham recebido orientação sobre a doença. Pode significar também que estas informações foram divulgadas e devido a barreiras quer por parte do educador, quer por parte do educando, elas não tenham sido captadas. Especificamente com relação à orientação do doente, estas falhas na comunicação poderão

estar ligadas, não sã a falta de preparo ou motivação do grupo responsável em orientar, mas também a bloqueios psicológicos, sociais ou físicos que funcionam como fatores impeditivos dos indivíduos na recepção das mensagens.

Procurando verificar o conhecimento que os doentes internados por tuberculose tinham sobre alguns aspectos da doença, a análise das respostas foi feita, considerando a orientação recebida, pelos doentes internados pela primeira vez e reinternados.

Embora a pergunta sobre orientação esteja incluída nas perguntas suplementares, ela serviu de base para dividir os doentes em orientados e não orientados, razão pela qual a análise dos dados relativos a esta questão foram incluídos antes da discussão sobre conhecimentos.

PERGUNTA 10 - *O sr. (a) recebeu orientação sobre a doença?*

caso sim: a) onde?

b) quem orientou?

Considerando que a orientação é responsabilidade primordial das Instituições que cuidam dos doentes

tes, quer sejam Serviços de Saúde que fazem o diagnóstico, o tratamento ou os encaminham para internação, quer sejam Hospitais que os recebem e os mantêm em tratamento, foi verificado quanto dos doentes foram orientados, e de onde provieram as orientações.

A Tabela 20 mostra a situação dos doentes quanto a orientação recebida, local onde foram orientados e condição de internação.

Quando o doente mencionou mais do que uma fonte, a primeira indicada foi a considerada como local de onde provieram as orientações.

Dos 431 doentes entrevistados, 278 (64,5%) informaram ter recebido orientação e 153 (35,5%) não receberam.

O grupo de internados pela primeira vez é constituído por 216 (61,9%) doentes orientados e por 133 (38,1%) não orientados e o grupo de reinternados por 62 (75,6%) e 20 (24,4%), respectivamente.

Embora mais de 60% da população em estudo informem ter recebido orientação sobre tuberculose, é de se estranhar que os demais, tenham sido encaminhados para internação sem orientação prévia e mais surpreen-

TABELA 20 - INFORMAÇÃO DOS DOENTES SOBRE ORIENTAÇÃO ANTERIOR E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO

ORIENTAÇÃO	COND. DE INTERN.	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	LOCAL	nº	%	nº	%	nº	%
SIM	HOSP.	167	47,9	25	30,5	192	44,5
	OUTRAS* INSTIT.	49	14,0	37	45,1	86	20,0
SUB TOTAL		216	61,9	62	75,6	278	64,5
NÃO		133	38,1	20	24,4	153	35,5
TOTAL		349	100,0	82	100,0	431	100,0

Outras Instituições: Unidades Sanitárias, Postos do INAMPS, SESI, Santas Casas, Escola.

de o fato de que 24,4% dos pacientes que informaram esta situação, pertençam ao grupo de reinternados.

O Hospital é referido como órgão orientador por 192 (44,5%) doentes e as outras Instituições por 86 (20,0%). Segundo a condição de internação, verifica-se que o Hospital atuou como Instituição orientadora para 167 (47,9%) doentes internados pela primeira vez e outras Instituições para 49 (14,0%). Entre os reinternados a situação é inversa, 37 (45,1%) referem outras Instituições como local de onde provieram as informações e 25 (30,5%) referem o Hospital.

A informação de que 133 (38,1%) dos internados pela primeira vez não receberam orientação, aliada às porcentagens de referências ao Hospital como orientador pelos doentes nesta mesma condição de internação, sugere que o pessoal das Instituições responsáveis pelo encaminhamento de doentes para internação, não está contribuindo com sua parcela de responsabilidade para a educação do doente tuberculoso. Parece não estar havendo preocupação em dar as noções necessárias, quer na consulta médica, quer na pós-consulta, sobre a conduta do doente frente a um diagnóstico confirmado de tuberculose.

O Hospital, que deveria ser um órgão orientador de grande valia, também não está atuando de maneira satisfatória. Isto pode ser observado na mesma tabela, onde do total de internados nos 4 Hospitais, menos da metade foi beneficiada pela sua ação orientadora.

Algumas considerações podem ser feitas diante destes dados. Uma, seria que o doente internado pela primeira vez, não tendo sido orientado pela Instituição encaminhadora, esteja se beneficiando mais com a ação orientadora do Hospital, e outra seria que o doente reinternado tenha sido motivo de maior atenção por parte das outras Instituições de Saúde, por ocasião do controle pós-alta hospitalar ou do reencaminhamento para internação, ou na época do primeiro diagnóstico.

b) quem orientou?

Devido a sua função orientadora, as Instituições que cuidam do doente tuberculoso, precisam contar com uma equipe categorizada e suficientemente motivada para se identificar com o doente, encontrando as palavras certas para fazê-lo compreender tudo o que ele precisa e quer saber sobre sua doença.

Os inúmeros fatores humanos que envolvem o pessoal de saúde por um lado e o doente por outro, influem de maneira decisiva para um bom relacionamento que trará como resultado melhor compreensão e colaboração mútua.

A relação dos profissionais das várias Instituições de saúde que contribuíram para a orientação dos doentes orientados, é mostrada na Tabela 21.

A informação dos doentes sobre a orientação recebida pela equipe do Hospital, refere-se a palestras organizadas por dois dos Hospitais trabalhados, que ocasionalmente programavam esta atividade para os doentes. Fazem parte da equipe, o médico, a assistente social, o enfermeiro e a técnica de laboratório. Entre os 238 doentes internados nesses 2 Hospitais, 128 (53,8%) assistiram às palestras, o que representou 46,0% do total de doentes orientados.

Dos 278 doentes orientados (Tabela 20), 192 (69,0%) referiram o Hospital como fonte de informação e 128 (46,0%) (Tabela 21) receberam estas informações por meio de palestras mostrando que a ação orientadora informal do Hospital alcançou 23,0% dos doentes orientados.

TABELA 21 - INFORMAÇÃO DOS DOENTES SOBRE AS FONTES DE ORIENTAÇÃO SOBRE TUBERCULOSE, SEGUNDO CONDIÇÃO DE ORIENTAÇÃO.

COND. DE INTERN. ORIENTADO POR:	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
EQUIPE DO HOSP. (PALESTRAS)	100	46,3	28	45,2	128	46,0
MÉDICOS DO HOSP. E OUT. INST.	58	26,9	11	19,4	70	25,2
ASSIST. SOC. DO HOSP. E OUT. INST.	25	11,6	11	17,7	36	12,9
ENFERM. DO HOSP. E OUT. INST.	21	9,7	4	6,5	25	9,0
PROFESSORES	7	3,2	2	3,2	9	3,2
ATENDENTES OUT. INST.	4	1,8	2	3,2	6	2,2
ED. SANITÁRIA OUT. INST.	1	0,5	2	3,2	3	1,1
TECN. LABOR. HOSP.	-	-	1	1,6	1	0,4
TOTAL	216	100,0	62	100,0	278	100,0

Isto mostra a necessidade de que sejam organizadas no ambiente hospitalar atividades educativas , por meio de programas contínuos, planejados e coordenados, desenvolvidas por uma equipe preparada e motivada para dar assistência integral aos internados, a fim de despertar mais interesse e maior participação dos doentes.

A indicação por profissionais, isoladamente , mostra uma baixa contribuição do médico, 70 (25,2%), da assistente social 36, (12,9%) e da enfermeira 25 (9,0%). Estes três elementos ocupam posições chaves na equipe de saúde e podem contribuir muito nas atitudes pessoais do tuberculoso, determinando em grande parte o que ele deverá fazer ou consentirá que se faça frente à doença e ao tratamento.

Considerando a influência que a equipe de saúde tem sobre o doente, é indispensável que o médico, a enfermeira e a assistente social, se mantenham atualizados não só nos aspectos epidemiológicos e administrativos do controle da tuberculose, mas também interessados em adquirir ou reforçar conhecimentos sobre o processo educativo e procedimentos didáticos .

Somente assim estarão realmente capacitados a participar em todas as atividades e colaborar no preparo de outros profissionais, para um bom desempenho de um trabalho em equipe.

A participação dos professores é inexpressiva, 9 (3,2%), mostrando que a Escola, que poderia participar como um elemento orientador em questões de saúde, especificamente no campo da tuberculose tem dado uma contribuição bastante restrita.

Outros elementos da equipe (atendente, educadores sanitário, técnico de laboratório) são mencionados por poucos doentes, 10 (3,7%). Sabendo-se que o contato dos doentes é bastante frequente principalmente com o atendente, é de se estranhar que este profissional tenha sido mencionado por apenas 6 (2,2%) doentes. Quanto à baixa referência ao Educador Sanitário, justifica-se quando se sabe que poucos Serviços ainda contam com a presença deste profissional, devido a extinção do curso para sua formação.

PERGUNTA 4 - "O sr.(a) sabe como se pega tuberculose?"

Durante muito tempo prevaleceu a idéia de que tanto o contágio direto como o indireto, desempenha -

vam um papel importante na transmissão da tuberculose. Atualmente, é de aceitação geral que o maior número de infecções ocorrem por contágio direto, mediante pequenas partículas contendo bacilos, projetadas pelas vias aéreas dos doentes de tuberculose.

Mais raramente, o bacilo depositado em objetos que estiveram em contato com o doente, pode ser o responsável pela transmissão da doença, persistindo o conceito em Saúde Pública, de que, o mais importante na luta contra a tuberculose é evitar a disseminação do bacilo de pessoa para pessoa.

Na população em estudo, os doentes foram divididos em 3 grupos, de acordo com as respostas obtidas sobre a transmissão da doença:

- Transmissão direta: aqueles que responderam especificamente transmissão de pessoa a pessoa ou associaram esta via a outros meios, ou então com uma terminologia própria, deram idéia de que tinham noção de contágio direto. Por exemplo: "pelo "bafo "", pelo "calor da boca", pela "respiração", por "conversa", etc.

- Por outros meios: aqueles que mencionaram apenas transmissão indireta ou que fizeram referências a condições desfavoráveis de vida, de trabalho, de saúde, etc. com enfraquecimento do organismo.
- Não sabe: aqueles que simplesmente responderam que não sabiam ou referiram alguns meios diferentes, por exemplo: "calor do assento" ou "poluição do ar".

De acordo com esta categorização e das anteriormente estabelecidas, o conhecimento sobre transmissão em tuberculose, é mostrado na Tabela 22.

A transmissão direta é indicada como responsável pelo aparecimento da tuberculose no homem, por 132 doentes (30,6%) orientados e 44 (10,2%) não orientados; que se pega a tuberculosa por outros meios, foi referido por 71 (16,5%) orientados e 31 (7,2%) não orientados. Responderam que não sabiam 75 (17,4%) orientados e 78 (18,1%) não orientados. Chama a atenção nestes dados, o fato de que na população em estudo, apenas 176 (40,8%) doentes sabem ser a transmissão direta a responsável pela disseminação da doença.

TABELA 22 - CONHECIMENTO DOS DOENTES SOBRE TRANSMISSÃO DA TUBERCULOSE,
SEGUNDO ORIENTAÇÃO RECEBIDA E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

ORIENTA- ÇÃO	COND. DE TRANSMIS SÃO	COND. DE INTERN.		REINTERN.		TOTAL	
		1a. VEZ					
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	DIRETA	101	28,9	31	37,8	132	30,6
	OUTROS MEIOS	54	15,5	17	20,7	71	16,5
	NÃO SABE	61	17,5	14	17,1	75	17,4
NÃO ORIENTADOS	DIRETA	37	10,6	7	8,5	44	10,2
	OUTROS MEIOS	24	6,9	7	8,5	31	7,2
	NÃO SABE	72	20,6	6	7,4	78	18,1
TOTAL		349	100,0	82	100,0	431	100,0

Considerando a condição de internação, observa-se que entre os internados pela primeira vez, 101 (28,9%) doentes orientados e 37 (10,6%) não orientados mencionaram a transmissão direta como responsável pelo aparecimento da tuberculose e entre os reinternados, 31 (37,8%) orientados e 7 (8,5%) não orientados.

Mesmo com porcentagem um pouco mais elevada para os reinternados, o que seria de esperar, houve menos de 50% de respostas corretas em ambas as condições de internação. Tratando-se de uma população que foi admitida no Hospital devido à sua condição de bacilíferos, todos os doentes deveriam ter conhecimento correto do modo de transmissão da doença.

Ainda persiste a noção de que o contágio indireto ou de condições de vida insatisfatórias, sejam a causa do aparecimento da tuberculose, principalmente no grupo de internados pela primeira vez 54 (15,5%) e no grupo de reinternados 17 (20,7%), que receberam orientação. Esta situação sugere que aquelas noções estão sendo indevidamente enfatizadas nas orientações sobre contágio.

É bastante alta a porcentagem de doentes que informaram não saber como se pega a tuberculose 153 (35,5%). Este desconhecimento foi verificado entre os orientados internados pela primeira vez e os reinternados, de forma bem semelhante 61 (17,5%) e 14 (17,1%) e pelos não orientados, mais entre os internados pela primeira vez 72 (20,6%) do que entre os reinternados 6 (7,4%).

Surpreende que o desconhecimento do modo de transmissão seja maior entre os reinternados orientados do que entre os não orientados.

PERGUNTA 5 - *"Uma pessoa pode estar tuberculosa e não sentir nada?"*

caso não: a) o que sente?

Devido às suas características de cronicidade e variadas formas de evolução, a tuberculose difere de outras doenças infecto-contagiosas quanto à evidência da sintomatologia.

Pode ocorrer que a sua fase inicial seja inteiramente assintomática ou apresente sintomas ligeiros, muitas vezes atribuídos a uma "gripe", ou a uma "fraqueza geral", ou "bronquite", porém, são raros os casos de tuberculose pulmonar aberta com ausência total de sintomas.

A opinião dos doentes entrevistados quanto à ausência de sintomas em pessoas com tuberculose pulmo - nar é mostrada na Tabela 23.

Na população em estudo, 167 (38,7%) doentes orientados responderam que a tuberculose pode ocorrer sem manifestação de sintomas, 100 (23,2%) achavam que não e 11 (2,6%) não sabiam.

A opinião dos doentes não orientados é pratica - mente igual quanto às respostas sim 69 (16,0%) e não 58 (15,8%). Responderam que não sabiam 16 (3,7%) des - tes doentes.

A noção de que a pessoa pode estar tuberculosa e não sentir nada, foi mais predominante entre os reinternados orientados 46 (56,1%) do que entre os in - ternados pela primeira vez e também orientados 121 (34,7%).

Poucos doentes entre os 236 (54,8%) que respon - deram que uma pessoa pode estar doentes em ter sinto - mas, fizeram a ressalva de que isto ocorria no início da doença. Mencionaram esta ocorrência, apenas 10 do - entes (4,2%), sendo 8 (3,4%) orientados e 2 (0,8) não orientados.

TABELA 23 - INFORMAÇÃO DOS DOENTES SOBRE A OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE SEM SINTOMAS, SEGUNDO ORIENTAÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

ORIENTAÇÃO	COND. DE TB SEM SINTOMAS INTERN.	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	SIM	121	34,7	46	56,1	167	38,7
	NÃO	85	24,3	15	18,3	100	23,2
	NÃO SABE	10	2,9	1	1,2	11	2,6
NÃO ORIENTADOS	SIM	58	16,6	11	13,5	69	16,0
	NÃO	61	17,5	7	8,5	68	15,8
	NÃO SABE	14	4,0	2	2,4	16	3,7
TOTAL		349	100,0	82	100,0	431	100,0

Houve maior porcentagem de referências ao aparecimento de sintomas na presença de tuberculose, entre os internados pela primeira vez, quer tenham sido orientados 85 (24,3%) ou não, 61 (17,5%) do que entre os reinternados 15 (18,3%) e 7 (8,5%), respectivamente .

Que não sabiam foi referido mais pelo grupo de internados pela primeira vez orientados 10 (2,9%) e não orientados 14 (4,0%), do que pelos reinternados orientados 1 (1,2%) e não orientados 2 (2,4%).

A ausência de sintomatologia nos doentes com tuberculose, foi durante muito tempo um argumento utilizado para obter a participação do público nos programas de descoberta de casos, baseada, prioritariamente, no diagnóstico radiológico coletivo. A verificação de que este método não permitia detectar de modo confiável e permanente as fontes de infecção, resultou na adoção de uma nova prioridade diagnóstica, baseada na baciloscopia dos sintomáticos. Esta recomendação exigiu uma reformulação nos conceitos anteriormente estabelecidos, e os consultantes com sintomas sugestivos constituem hoje, o grupo que deve merecer toda a atenção para as ações de descoberta da doença. Portanto , embora ainda seja aceita a existência da tubercu-

lose sem sintomas, principalmente nas fases iniciais, mesmo diante de leves alterações físicas, as pessoas devem estar alertas de que a manutenção ou o agravamento dessas alterações merecem atenção médica.

a) o que sente?

Aos 168 (39,0%) doentes que responderam que a tuberculose não poderia ocorrer sem sintomas, foi indagada qual a manifestação percebida e esta distribuição é mostrada na Tabela 24.

A tosse foi mencionada isoladamente ou associada a outros sintomas, por 50 (29,8%) doentes.

Outros sintomas sugestivos foram indicados por 99 (58,9%) doentes e sintomas gerais não sugestivos, por 19 (11,3%). A indicação dos sintomas foi muito semelhante por ambos os grupos, segundo a condição de internação e orientação recebida.

A análise das respostas obtidas entre os doentes sobre a presença ou não de sintomas em pessoas com tuberculose, permite considerações interessantes. Por exemplo: mais de 50,0% dos doentes entrevistados foram de opinião que uma pessoa pode estar tuberculosa e não sentir nada (Tabela 23) ao mesmo tempo que quando indagados se sentiam alguma coisa antes de saberem

TABELA 24 - SINTOMAS REFERIDOS PELOS DOENTES QUE RESPONDERAM QUE A TUBERCULOSE NÃO PODE OCORRER SEM SINTOMAS, SEGUNDO ORIENTAÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

ORIENTAÇÃO	COND. DE INTERN. O QUE SENTE	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	TOSSE	25	17,1	5	22,7	30	17,9
	SINT. SUGEST.	53	36,3	8	36,4	61	36,3
	SINT. GERAIS	7	4,8	2	9,1	9	5,4
NÃO ORIENTADOS	TOSSE	17	11,6	3	13,6	20	11,9
	SINT. SUGEST.	35	24,0	3	13,6	38	22,6
	SINT. GERAIS	9	6,2	1	4,6	10	5,9
TOTAL		146	100,0	22	100,0	168	100,0

que estavam doentes, mais de 85,0% dos internados informaram a sensação de sintomas (Tabela 12).

A presença de tosse, foi informada por cerca de 50,0% dos sintomáticos (Tabela 14) o que representa 45,7% da população de estudo. Este mesmo sintoma foi mencionado por 29,8% dos doentes que achavam que a tuberculose não poderia se manifestar sem sintomas (Tabela 24), o que representa apenas 12% da população estudada.

Esta situação sugere que não existe entre os doentes um relacionamento entre as perguntas feitas em um nível abstrato, com aquelas feitas sobre fatos diretamente ligados às suas condições de saúde.

PERGUNTA 6 - *A tuberculose tem cura?*

Atualmente a cura da tuberculose já não é mais uma hipótese otimista, podendo se afirmar com segurança que ela é uma doença curável.

De fases inteiramente sem esperanças, quando um diagnóstico de tuberculose significava um prognóstico para a morte, passou-se para outras pouco mais

favoráveis, quando a cura era viável, dependendo de reações orgânicas satisfatórias quando seguidas as recomendações sobre clima, repouso e dieta alimentar, ou auxiliada por processos mecânicos ou técnicas cirúrgicas especializadas. A introdução da quimioterapia específica para o tratamento da doença trouxe novas e promissoras perspectivas para o seu controle, não só sob o ponto de vista epidemiológico mas também em relação ao alívio do sofrimento humano decorrente da enfermidade.

O conhecimento demonstrado pela população de estudo quanto à cura da tuberculose é apresentado na Tabela 25.

Acham, que a tuberculose tem cura, 395 (91,7%) internados, sendo 261 (60,6%) orientados e 134 (31,1%) não orientados. Que não tem cura foi respondido de modo igual pelos orientados e não orientados, 8 (1,8%) , e que não sabem, 9 (2,1%) e 11 (2,6%) respectivamente.

Entre os reinternados é maior o conhecimento sobre a possibilidade de cura 58 (70,7%) do que entre os internados pela primeira vez 203 (58,2%) quando orientados. Não tendo recebido orientação, a porcentagem de

TABELA 25 - OPINIÃO DOS DOENTES SOBRE A CURABILIDADE DA DOENÇA SEGUNDO ORIENTAÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

ORIEN TAÇÃO	COND. DE INTERN. TB TEM CURA	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	SIM	203	58,2	58	70,7	261	60,6
	NÃO	7	2,0	1	1,2	8	1,8
	NÃO SABE	6	1,7	3	3,7	9	2,1
NÃO ORIENTADOS	SIM	119	34,1	15	18,3	134	31,1
	NÃO	6	1,7	2	2,4	8	1,8
	NÃO SABE	8	2,3	3	3,7	11	2,6
TOTAL		349	100,0	82	100,0	431	100,0

respostas afirmativas é maior entre os internados pela primeira vez 119 (34,1%) do que entre os reinternados 15 (18,3%).

Verifica-se no entanto, que mesmo após decorridos mais de 30 anos da descoberta de medicamentos que tornaram possível a cura da tuberculose, 36 doentes, o que representa 8,3% da população de estudo, não acredita ou ignora essa realidade.

PERGUNTA 7 - *Para saber se uma pessoa está doente do pulmão há necessidade de exames especiais?*

Caso sim: a) quais são esses exames?

b) qual o sr.(a) acha o mais importante?

Em uma sequência cronológica, os principais procedimentos diagnósticos para a tuberculose pulmonar, podem ser relacionados nas seguintes fases:

- observação de características constitucionais aliadas a alterações físicas. (A.C. até meados século XVII).
- ausculta pelo estetoscópio - LAENNEC - 1819

- demonstraco do bacilo no escarro - KOCH - 1822
- radiologia - ROENTGEN - 1895
- prova tuberculínica - VON PIRQUET - 1907

No decorrer do tempo, alguns destes procedimentos foram substituídos ou associados, procurando sempre chegar a um diagnóstico cada vez mais específico.

Portanto, um exame clínico geral pode levar a uma suspeita de tuberculose, porém para que o diagnóstico seja definitivo h necessidade de exames especiaiais, que devero ser adotados conforme os recursos disponíveis.

Na populao em estudo, o conhecimento sobre a necessidade de exames especiais para o diagnóstico da tuberculose  mostrado na Tabela 26.

A quase totalidade dos doentes 418 (97,0%) tem conhecimento da necessidade de exames especiais para o diagnóstico da tuberculose. Destes, 271 (62,9%) foram orientados e 147 (34,1%) no receberam orientao.

Quanto  condio de internaco, as respostas afirmativas dos orientados (60,1% e 74,4%) so superiores s demonstradas pelos no orientados (36,6% e 23.2%).

TABELA 26 - OPINIÃO DOS DOENTES SOBRE A NECESSIDADE DE EXAMES DIAGNÓSTICOS ESPECIAIS, SEGUNDO ORIENTAÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

COND. DE INTERN. EXAMES ESPECIAIS		1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	SIM	210	60,1	61	74,4	271	62,9
	NÃO	3	0,9	-	-	3	0,7
	NÃO SABE	3	0,9	1	1,2	4	0,9
NÃO ORIENTADOS	SIM	128	36,6	19	23,2	147	34,1
	NÃO	3	0,9	-	-	3	0,7
	NÃO SABE	2	0,6	1	1,2	3	0,7
TOTAL		349	100,0	82	100,0	431	100,0

Mesmo tendo se submetido a exames específicos, uma vez que o fato de estarem internados exige diagnósticos definitivos, foi encontrado um total de 13 (3,0%) doentes que informaram não serem necessários ou que ignoram a necessidade de exames diagnósticos específicos, em porcentagens semelhantes para os orientados e não orientados.

a) quais são esses exames?

A seleção dos exames específicos, conforme mostra a Tabela 27, foi considerada entre os 3 exames diagnósticos rotineiramente solicitados de acordo com os recursos disponíveis nas Agências de Saúde : Raios X, compreendendo abreugrafia ou radiografia, e exame de escarro e prova tuberculínica.

Dos doentes que responderam afirmativamente à pergunta anterior, a maioria (99,6%) sabe indicar pe lo menos um exame específico para o diagnóstico da tuberculose: três dos exames de rotina foram mencionados por 89 (21,3%) dos doentes; dois, por 279 (66,8%) e um, por 48 (11,5%) doentes.

TABELA 27 - NÚMERO DE EXAMES ESPECÍFICOS MENCIONADOS PELOS DOENTES QUE ACHAM NECESSÁRIOS EXAMES DIAGNÓSTICOS ESPECIAIS PARA TUBERCULOSE, SEGUNDO ORIENTAÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

ORIENTAÇÃO	COND. DE INTERN. Nº DE EXAMES MENCIONADOS	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	3 EXAMES ESPECÍFICOS	55	16,3	11	13,7	66	15,8
	2 EXAMES ESPECÍFICOS	135	39,9	46	57,5	181	43,3
	1 EXAME ESPECÍFICO	20	5,9	3	3,7	23	5,5
	NENHUM EXAME ESPECÍFICO	-	-	1	1,3	1	0,2
NÃO ORIENTADOS	3 EXAMES ESPECÍFICOS	21	6,2	2	2,5	23	5,5
	2 EXAMES ESPECÍFICOS	85	25,2	13	16,3	98	23,5
	1 EXAME ESPECÍFICO	21	6,2	4	5,0	25	6,0
	NENHUM EXAME ESPECÍFICO	1	0,3	-	-	1	0,2
TOTAL		338	100,0	80	100,0	418	100,0

Cerca de 60% associou-os a não específicos, como: exames de fezes, urina ou de sangue. Isto ocorreu porque ao ser admitido no Hospital, o doente faz de rotina estes exames juntamente com os específicos, o que os leva a pensar que todos esses exames tam-bem são necessários para o diagnóstico.

Os dois exames específicos que foram mais indi-cados pelos orientados e não orientados em ambas as condições de internação, referem-se principalmente à chapa do pulmão e exame do escarro. Os 2 pacientes que não mencionaram exames específicos, indicaram o exame de sangue como necessário para o diagnóstico.

b) qual o sr.(a) acha que é o mais importante?

A pesquisa do bacilo da tuberculose no escarro (BK), pela sua especificidade constitui a técnica insubstituível para a descoberta de casos. Entre todos os exames diagnósticos, é ela que permite identi-fi-car com segurança as fontes de infecção, responsá-veis pela disseminação da doença.

Aos doentes que informaram serem necessários exames específicos para o diagnóstico da tuberculose,

foi indagado qual o mais importante.

Pelos dados apresentados na Tabela 28, houve maior indicação para pesquisa do BK, em relação aos outros exames, tanto pelos orientados 170 (40,7%) , quanto pelos não orientados 70 (16,7%).

A radiologia foi mencionada por 127 (30,4%) do entes, 74 (17,7%) orientados e 53 (12,7%) não orientados.

A prova tuberculílica e outros exames foram pouco mencionados como mais importantes, tanto pelos orientados (4,5%) quanto pelo não orientados (2,9%).

Entre os internados pela primeira vez, a pesquisa de BK foi considerada a mais importante por 131 (38,7%) doentes orientados e por 60 (17,7%) não orientados . Os demais exames, nesta condição de internação não apresentaram grandes diferenças na indicação, conforme orientação recebida.

Entre os reinternados foi bem maior a porcentagem de orientados que indicou a pesquisa do BK como a mais importante 39 (48,8%) do que os não orienta - dos 10 (12,5%). A indicação da radiologia não apre - sentou muita diferença 15 (18,8%) doentes orientados

TABELA 28 - IMPORTÂNCIA DOS EXAMES REFERIDA PELOS DOENTES QUE RESPONDERAM AFIRMATIVAMENTE SOBRE A NECESSIDADE DE EXAMES ESPECIAIS PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE, SE GUNDO ORIENTAÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

ORIENTAÇÃO	COND. DE INTERN. MAIS IMPORTANTE	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	PESQUISA DE BK	131	38,7	39	48,8	170	40,7
	EX. RADIOLÓGICO	59	17,5	15	18,8	74	17,7
	PROVA TUBERCULÍNICA	9	2,7	1	1,2	10	2,4
	OUTROS	4	1,2	5	6,3	9	2,1
	NÃO SABE	7	2,0	1	1,2	8	1,9
NÃO ORIENTADOS	PESQUISA DE BK	60	17,7	10	12,5	70	16,7
	EX. RADIOLÓGICO	45	13,3	8	10,0	53	12,7
	PROVA TUBERCULÍNICA	4	1,2	-	-	4	1,0
	OUTROS	8	2,4	-	-	8	1,9
	NÃO SABE	11	3,3	1	1,2	12	2,9
TOTAL		338	100,0	80	100,0	418	100,0

e 8 (10,0%) não orientados. A prova tuberculínica ou outros exames foram indicados como mais importantes por 7,5% doentes orientados e por nenhum não orientado.

A porcentagem daqueles que informaram que não sabiam foi maior entre os internados pela primeira vez, tanto orientados 7 (2,0%) como não orientados 11 (3,3%), do que entre os reinternados que considerada a orientação, foi de 1 (1,2%), nas duas situações.

Todos os pacientes que referiram outros exames 17 (4,0%) indicaram o exame de sangue como o mais importante.

Na população de estudo as respostas obtidas sugerem a valorização da pesquisa do BK no escarro, para o diagnóstico da tuberculose, tanto entre os orientados como nos não orientados, em ambas as condições de internação, perfazendo um total de 240 (57,4%) doentes com porcentagem mais elevada para os orientados (40,7%).

PERGUNTA 8 - *Uma pessoa tuberculosa com exame de escarro positivo precisa tomar algum cuidado ?*

Caso sim; a) quais são esses cuidados?

Conforme referido anteriormente, a contagiosidade da tuberculose, foi admitida desde a mais remota antiguidade, quando medidas, inteiramente empíricas , eram tomadas para evitar a disseminação da doença. A descoberta do agente causador permitiu a racionalização das medidas de prevenção, que com o passar dos anos foram se modificando, devido às contribuições acumuladas sobre estudos relacionados ao contágio.

Tratando-se porém de uma doença infecto-contagiosa e cuja principal fonte é o nomem doente, não resta dúvida que este necessita tomar algum cuidado, para não transmitir a doença aos seus semelhantes.

A Tabela 29, mostra a distribuição dos doentes estudados, quanto às respostas sobre a necessidade de cuidados especiais a serem tomados pelos bacilíferos.

TABELA 29- OPINIÃO DOS DOENTES SOBRE NECESSIDADE DE CUIDADOS PELOS QUE
TÊM EXAME DE ESCARRO POSITIVO, SEGUNDO ORIENTAÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO

COND. DE INTERN. PRECISA CUIDADOS		1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	SIM	211	60,4	61	74,4	272	63,1
	NÃO	2	0,6	1	1,2	3	0,7
	NÃO SABE	3	0,9	-	-	3	0,7
NÃO ORIENTADOS	SIM	124	35,5	19	23,2	143	33,2
	NÃO	2	0,6	-	-	2	0,5
	NÃO SABE	7	2,0	1	1,2	8	1,8
TOTAL		349	100,0	82	100,0	431	100,0

Responderam afirmativamente 415 (96,3%) doentes, sendo que destes 272 (63,1%) tinham sido orientados e 143 (33,2%) não receberam orientação. No grupo de reinternados orientados foi obtida a maior porcentagem de respostas positivas 61 (74,4%). Dos 5 (1,2%) pacientes que responderam não haver necessidade de cuidados especiais por parte do bacilífero, 1 (hum), justificou sua resposta alegando que não era necessário, desde que o doente estivesse se tratando. Não seria de esperar respostas negativas por parte de doentes internados e surpreende que entre estas 3 (0,7%) tenham sido dadas por doentes orientados.

Também o desconhecimento das medidas de prevenção da disseminação da doença causa estranheza, devido à situação da população estudada, principalmente quando se verifica que dos 11 (2,5%) dos que responderam que não sabiam, 3 (0,7%) foram orientados e 1 (1,2%) faz parte do grupo de reinternados, que mesmo tendo informado que não recebeu orientação, deveria ter alguma noção sobre a necessidade de cuidados.

a) quais são esses cuidados?

Até a época em que não se conheciam meios de curar a doença, as orientações diante de um caso de tu-

berculose, eram dirigidas com ênfase em relação ao isolamento, principalmente em Hospitais, alimentação, hábitos de vida.

Conselhos eram insistentemente difundidos para evitar o perigo decorrente do uso de objetos que estiveram em contato com os doentes e também sobre as medidas a serem tomadas quanto aos aposentos ocupados por um tuberculoso.

As experiências adquiridas no decorrer dos anos seguintes à descoberta dos quimioterápicos específicos mostraram, porém, que muitos destes cuidados podem ser minimizados. A quimioterapia mostrou ser a medida mais eficaz na redução do risco do contágio. Com doses e combinações corretas de drogas antituberculose, tomadas regularmente por período determinado, torna-se possível reduzir, em curto prazo, a tosse e o escarro que são os responsáveis pela disseminação da doença.

As medidas visando evitar o contágio, devem ser observadas com mais rigor diante da suspeita da doença e no início do tratamento, já que com a continuidade deste, o doente deixa de ser infectante e mesmo elimi

nando bacilos, estes perdem a sua capacidade de multi
plicação, diminuindo consideravelmente o risco de in
fecção nos contatos.

As opiniões dos doentes quanto aos cuidados a serem tomados diante de um diagnóstico de tuberculose, foram categorizadas conforme a sua importância, sob os aspectos seguintes:

- Fazer tratamento. Foram consideradas as respostas dos doentes que o referiram necessário, quer mencionado isoladamente ou associado a outros cuidados.
- Evitar contágio direto. Aqueles que referiram explicitamente esta condição ou pelo modo como se expressaram, deixaram clara a idéia deste contágio. Alguns exemplo: "manter distância ao conversar", "a saliva da boca pode infectar os outros", "a respiração, tosse espalha bacilos", "não mandar "bafo" sobre os outros", "não soltar gotículas em qualquer lugar". Foram considerados neste item todos os doentes que mencionaram este modo de contágio, isoladamente ou associado a cuidados gerais.
- Ter cuidados gerais. Incluíram noções sobre contágio indireto, noções gerais sobre higiene ou habitação. Por exemplo: "separar utensílios", "não dar restos

aos outros", "ter tudo limpo", "arejar o quarto" ;
"ferver a roupa".

Dentro desta categorização, na Tabela 30 é apresentada a distribuição dos 415 doentes que consideraram necessários cuidados, por parte do doente tuberculoso.

Na opinião de 217 (52,4%) doentes entrevistados, a conduta do tuberculoso, deve ser dirigida de modo a evitar o contágio direto. Este foi indicado por 145 (35,0%) doentes orientados e por 72 (17,4%) não orientados.

Seguem-se cuidados gerais, referidos por 74 (17,8%) orientados e 39 (9,4%) não orientados. Não atingiu a 20% o total de doentes dos dois grupos 52 (12,5%) e 23 (5,5%), respectivamente, que consideraram o tratamento como cuidado necessário.

Esta mesma sequência é observada por condição de internação. Tanto entre os internados pela pri^{mei}ra vez quanto entre os reinternados, quer tenham sido orientados ou não, foram maiores as porcentagens de referências no sentido de evitar o contágio direto do que de tomar outras providências. Fazer o tra-

TABELA 30 - CUIDADOS A SEREM TOMADOS POR PESSOAS COM EXAME DE ESCARRO POSITIVO, REFERIDOS PELOS DOENTES QUE OS CONSIDERAM NECESSÁRIOS, SEGUNDO ORIENTAÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

ORIENTAÇÃO	COND. DE INTERN. CUIDADOS	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	FAZER TRATAMENTO	43	12,8	9	11,2	52	12,5
	EVITAR CONT. DIRETO	108	32,3	37	46,3	145	35,0
	TER CUIDADOS GERAIS	69	17,6	15	18,7	74	17,8
	NÃO SABE	1	0,3	-	-	1	0,2
NÃO ORIENTADOS	FAZER TRATAMENTO	21	6,3	2	2,5	23	5,5
	EVITAR CONT. DIRETO	61	18,2	11	13,8	72	17,4
	TER CUIDADOS GERAIS	34	10,1	5	6,3	39	9,4
	NÃO SABE	8	2,4	1	1,2	9	2,2
	TOTAL	335	100,0	80	100,0	415	100,0

tamento foi pouco indicado por ambos os grupos, segundo condição de internação, e em porcentagens mais baixas pelos não orientados.

Informaram que não sabiam 1 (0,2%) orientado e internado pela primeira vez, e 9 (2,2%) não orientados sendo 8 (2,4%) entre os internados pela primeira vez e 1 (1,2%) entre os reinternados.

PERGUNTA 9 - *E as pessoas que convivem com um tuberculoso, o que devem fazer?*

O foco tuberculoso representa um risco para aqueles com os quais convive, fato este que implica a necessidade de ações preventivas, a fim de evitar a propagação da infecção, como decorrência da exposição ao contágio.

As ações preventivas baseiam-se em exames específicos e medidas visando evitar o contágio direto. Os primeiros serão recomendados de acordo com os recursos disponíveis, com a idade e com o estado de saúde do comunicante, conforme Normas estabelecidas e sob a responsabilidade das agências de saúde.

As segundas, conforme já referido anteriormente, são necessárias na suspeita da doença e por algum tempo após o início do tratamento.

Os cuidados gerais referentes à higiene, exames periódicos de saúde, uso individual de roupas ou utensílios, justificam-se, não devido à proximidade de um caso de tuberculose mas como um regime de vida, visto que hábitos saudáveis contribuem de um modo geral, para a manutenção ou melhoria da saúde das pessoas.

As respostas obtidas na população de estudo , sobre o que devem fazer os comunicantes de um caso de tuberculose, foram categorizadas em:

- Exames específicos. Foram incluídos neste item, todos os doentes que mencionaram um ou mais exames diagnósticos, entre o radiológico, tuberculíneo ou baciloscópico e ainda os que deram a entender que sabiam da existência desses exames, mesmo sem mencioná-los explicitamente. Por exemplo: "fazer todos os exames correspondentes à constatação da doença", "fazer todos os exames em um Dispensário de Tuberculose", "fazer exames do pulmão".
- Exames específicos e evitar contágio direto. Os que mencionaram corretamente meios de evitar o contágio direto, isoladamente ou associado a exames específicos. Por exemplo: "evitar contatos íntimos e

fazer exames de mantoux e Raios X"; "evitar contato de fala", "evitar viver intimamente com o doente por causa do bacilo".

- Exames específicos e cuidados gerais. Os que mencionaram cuidados gerais isoladamente ou associados a exames específicos. Foram considerados cuidados gerais, as referências a separação de utensílios, medidas de higiene, exames de saúde sem especificação, desinfecção dos aposentos, isolamento do doente.

Dentro desta categoria, os doentes se distribuíram conforme é mostrado na Tabela 31.

Os dados mostram que 297 (68,0%) doentes mencionaram só exames específicos como providência necessária para o comunicante. Esta porcentagem torna-se mais elevada, quando incluídos os doentes que mencionaram aquela providência associada aos meios de evitar contágio direto e ter cuidados gerais.

Entre os reinternados orientados, houve maiores porcentagens em todas as indicações de providências, exceto em cuidados gerais que foi mencionada em porcentagem discretamente mais elevada entre os internados pela primeira vez.

TABELA 31 - CUIDADOS A SEREM TOMADOS PELOS COMUNICANTES, REFERIDOS PELOS DOENTES, SEGUNDO ORIENTAÇÃO E CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO.

ORIENTAÇÃO	COND. DE COMUN. DEVERN. FAZER	1a. VEZ		REINTERN.		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
ORIENTADOS	SÕ EXAMES ESPECÍFICOS	155	44,4	39	47,5	194	45,0
	EX.ESPEC. E EVITAR CONT. DIRETO	15	4,3	7	8,5	22	5,1
	EX. ESPEC. E CUIDADOS GERAIS	22	6,3	8	9,8	30	7,0
	SÕ CUIDADOS GERAIS	23	6,6	5	6,1	28	6,5
	NADA, NÃO SABE, NÃO LEMBRA	1	0,3	3	3,7	4	0,9
NÃO ORIENTADOS	EXAMES ESPECÍFICOS	86	24,6	17	20,8	103	23,0
	EX. ESPEC. E EVITAR CONT. DIRETO	14	4,0	1	1,2	15	3,4
	EX. ESPEC. E CUIDADOS GERAIS	6	1,7	2	2,4	8	1,8
	SÕ CUIDADOS GERAIS	18	5,2	-	-	18	4,2
	NADA, NÃO SABE, NÃO LEMBRA	9	2,6	-	-	9	2,1
TOTAL		349	100,0	82	100,0	431	100,0

Que não precisavam fazer nada, que não sabiam ou que não se lembravam, foram também mais referidos entre os reinternados do que entre os internados pela primeira vez, na proporção de 3,7% para 0,3%.

Os não orientados, mostraram uma situação inversa. Entre os internados pela primeira vez aparecem porcentagens bem maiores em todas as providências do que entre os reinternados, exceto em exames específicos e cuidados gerais com 1,7% e 2,4%, respectivamente. Que não precisava fazer nada, que não sabiam ou que não lembravam, foram referidos somente pelos internados pela primeira vez 9 (2,6%).

Chama a atenção nesta tabela, a baixa porcentagem de referência a exames específicos e evitar contágio direto, não só pelos doentes não orientados como também pelos orientados. Talvez pelo fato de estarem afastados do convívio familiar e social, os internados tenham relacionado a pergunta com suas situações particulares quanto ao isolamento deixando assim de considerar que os comunicantes devam tomar certos cuidados para evitar o contágio direto.

Apenas 8 (2,3%) doentes consideram a vacina BCG como providência necessária, todos internados pela primeira vez, sendo 3 orientados e 5 não orientados.

No decorrer da análise dos dados sobre conhecimentos não foram discutidos os resultados de pesquisas correlatas, publicadas por outros autores, devido às diferenças entre as populações estudadas, a divisão dos grupos de análise e à diversidade das questões formuladas.

No entanto, como informação e respeitando as diferenças apontadas, foi elaborada a Tabela 32, onde são mostrados os resultados de algumas investigações sobre conhecimentos em tuberculose, tendo sido relacionadas apenas as perguntas coincidentes nos diversos trabalhos.

No item sobre modo de contágio, os conhecimentos de amostras da população mostram porcentagens bastante discrepantes que vão desde 91% nos Países Baixos até 37,9% na Escócia. Este último resultado pode ocorrer devido ao alto estágio de controle em que se encontra a tuberculose, quando o número de casos na população é tão baixo a ponto de não constituir problema que deva ser levado ao conhecimento do público.

Entre as coletividades diferenciadas, as noções sobre contágio são relativamente altas, verificando-se porém uma diferença entre os especialistas dos

TABELA 32 - RESULTADOS DE INVESTIGAÇÕES SOBRE CONHECIMENTOS EM ALGUNS ASPECTOS DA TUBERCULOSE, OBTIDOS POR VÁRIOS AUTORES EM POPULAÇÕES, LOCAIS E ANOS DIFERENTES.

TIPO DE POPULAÇÃO	POPULAÇÃO TRABALHADA	AUTORES	NOÇÕES CORRETAS SOBRE:				
			MODO DE CONTÁGIO	TB SEM SINTOMAS	CURABILIDADE	EXAMES DIAGN.	SINTOMAS
GERAL	. amostra da pop.	DAVID, S.T. ²³ Londres, 1950	66%	50%	40%	96%	64%
	. amostra da pop.	RAUHALA, U. ⁶⁹ Finlândia, 1958-62	33,1%	63%	85,2%	97,1%	96%
	. amostra 3 grandes cidades	FOSTER, A.P. ²⁹ EE.UU. 1962	75-80%	58-86%	74-90%	88-75%	-
	. amostra da pop.	SOUTHWORTH, W.H. ⁶² EE.UU., 1965	81%	86%	80%	80%	-
	. 152 mães de família	FREOUR, P. ²⁰ França, 1966	68%	62%	85%	85%	90%
	. amostra da pop.	VAN VREDEN, E.M. ⁸⁸ Países Baixos, 1966	91%	75%	90%	91%	-
	. amostra da pop.	SRAMKOVA, J. et col. ⁸⁵ Checoslováquia, 1966	88%	66%	71%	100%	-
	. amostra da pop.	BRAY, H. ¹⁵ Escócia, 1970	37,9%	2,3%	87%	65%	61%
	. escolares, e familiares	SEPPILLI, A. ⁸⁰ Itália, 1970	85-90%	69%	50%	80%	-
	. amostra da pop.	CHUNG, H.C. ¹⁹ Korea, 1970	43,5%	43,2%	75,7%	67,2%	-
	. amostra da pop. nativa	JENKINS, D. ⁴³ Índia, 1976	61,6%	80%	-	-	90%
DIFERENCIADA	. universitários	NEWMAN, J. ⁶¹ New York, 1946	64%	94%	-	100%	-
	. especialistas e outros profs.		100%	92%	-	100%	-
	. médicos	BRÖLTO, R. ¹⁶ São Paulo, 1977	86,8%	-	82,1%	94,8%	-
DOENTES	. doentes novos	NEWMAN, J. ⁶¹	57%	81%	-	99%	
	. doentes antigos	New York, 1946	90%	80%	-	100%	
	. doentes em tratamento amb.	HOCHSTRASSER, D. et col. ³⁹ Kentucky, EE.UU., 1965	34,1%	-	52,4%	-	-
	. doentes recém inscritos	MARSICANO, M.S. ⁵³ Recife, Brasil, 1975	18,8%	-	95%	-	-
	. doentes intern.	SENTIES, R.V. et col. ⁷⁹ Ciud. México, 1971	51,9%	-	-	-	-
	. doentes intern.	CALDAS JR, A.L. et col. ¹⁷ Botucatu, S.P., 1976	39,5%	-	82,7%	-	-
	. doentes intern.	BELLUOMINI, M. S.Paulo, 1981	49,8%	54,7	91,7%	99,6%	88,7%

EE.UU. (New York, 100,0%) e os do Brasil (São Paulo , 86,8%).

Entre os doentes, o modo de contágio da doença é bastante conhecido pelos doentes de New York, principalmente os antigos (90%).

Já em Kentucky os doentes apresentam um conhecimento baixo 34,1%. No México mais da metade dos doentes internados (51,9%) sabe como a tuberculose se transmite e no Brasil as porcentagens são semelhantes em São Paulo (49,5% no Hospital de Araraquara) e 40,8% em 4 Hospitais de Campos do Jordão. Esta porcentagem cai sensivelmente quando se observa o conhecimento de doentes recém-inscritos para tratamento ambulatorial em Recife (18,8%). Observam-se porcentagens bem maiores em noções corretas sobre contágio nas amostras de populações do que entre os doentes. Em alguns casos, isto pode ocorrer devido à falta de homogeneidade das populações estudadas e em outros, podemos supor que o tuberculoso não queira admitir que a doença que o atinge seja passível de contágio, para não assumir a condição de contagiante.

Quanto ao conhecimento sobre a existência da tuberculose sem sintomas, as porcentagens situam-se ,

na maioria, acima de 50%.

Mais uma vez a pesquisa da Escôcia mostra porcentagem extremamente baixa (2,3%) talvez devido à motivação na população para que o diagnóstico seja feito com base na sintomatologia.

Tanto nas coletividades diferenciadas quanto na população doente são bastante altas as porcentagens dos que acreditam que a tuberculose pode estar presente sem sintomas, exceto entre os doentes objetos deste estudo que mostra 54,7% nesta situação.

A curabilidade da tuberculose é aceita pela maioria das pessoas atingidas pelas pesquisas efetuadas. Aquela que mostra menor porcentagem (Londres 40%) talvez seja devido à época em que foi feita, ou seja, no início da era da quimioterapia. Pode-se supor que aquela população ainda não estivesse realmente confiante na eficácia do tratamento em vigor. As pesquisas com doentes em tratamento ambulatorial ou internados, no Brasil, mostram porcentagens bastante altas (95%, 88,7% e 91,7%), superando mesmo a opinião dos médicos (82,1%).

A necessidade de exames especiais para o diagnóstico da tuberculose é reconhecida pelos três grupos

selecionados, ficando as menores porcentagens para a a mostra da população da Escócia e na Korea, 65% e 67,2%, respectivamente. Na população de doentes a menção a exames diagnósticos especiais foi baixa também entre os doentes em tratamento ambulatorial em Kentucky, EE.UU., 52,4%.

Nos 4 Hospitais estudados 99,6% dos doentes in ternados mencionaram pelo menos um método diagnósti- co para a tuberculose, porcentagem que se aproxima e mesmo supera os índices das amostras de populações de países mais adiantados, de coletividades diferenciadas e de populações de doentes de outros países.

Poucas são as pesquisas, entre as referidas , que tem dados sobre os conhecimentos sobre sintomas . Mais uma vez a amostra da população da Escócia é a que apresenta porcentagem mais baixa (61,0%) seguindo-se a de Londres (64,0%). Entre os índices mais altos encontra-se a Finlândia com 96% da população trabalhada conhecendo os sintomas da tuberculose, seguindo os inter nados nos 4 Hospitais de Campos do Jordão com 88,7% e a população nativa da Índia com 80% de menções corretas.

Finalizando os comentários das perguntas sobre conhecimentos é oportuno ressaltar que embora na população estudada, os orientados tenham respondido mais a certamente do que os não orientados, houve entre estes últimos, uma parcela razoável que mostrou conhecimentos corretos que em algumas questões significou mais de 30% dos doentes. Estas noções terão sido adquiridas em qualquer época de suas vidas em decorrência de conversas informais com pessoas com conhecimentos sobre tuberculose ou por meio de impressos explicativos distribuídos ao público, pelas agências de saúde ou procuradas informalmente por iniciativa do próprio doente, interessado em informações sobre sua doença ao se saber tuberculoso.

Como consideração final, caberia lembrar que a análise dos conhecimentos que os doentes demonstraram sobre algumas noções básicas em tuberculose, não permite assegurar a interferência desses conhecimentos em comportamentos, atitudes ou práticas com relação à doença. Seria necessário a utilização de outras metodologias que não são objetivos deste trabalho.

PERGUNTAS SUPLEMENTARES

Das quatro perguntas denominadas suplementares, os dados de duas delas, as referentes à internag

ção (pergunta 13) e orientação (pergunta 10), foram mos trados em capítulos anteriores uma vez que as informa - ções obtidas nessas questões, conforme já foi salienta - do, forneceram os subsídios para a determinação das va - riáveis dependentes do trabalho.

As outras 2 questões, (perguntas 11 e 12) mais gerais e informativas, não trouxeram subsídios importan - tes, talvez pela maneira como foram formuladas. Este é o motivo pelo qual apenas breves comentários serão fei - tos sobre as mesmas.

PERGUNTA 11 - *Por quê o sr.(a) foi encaminhado(a) para tratar no Hospital e não em casa?*

A resposta a esta pergunta revela que a maioria dos doentes não foi consultado se queria ou da possibili - dade de que o tratamento fosse feito em casa.

Cerca de 70% dos internados responderam simples - mente: "porque o médico mandou" ou "não sei, o médico que mandou".

Cerca de 20% acreditavam que sô ficariam cura - dos se fossem para o Hospital, pois eles próprios pedi - ram a internação ou achavam que em casa não fariam o tratamento correto.

Apenas 8% dos doentes informaram que iniciaram tratamento ambulatorial e por não sentirem melhora fo - ram encaminhados para internação. Em alguns casos, os próprios doentes se consideram crônicos alegando que sô se beneficiariam no Hospital.

Alguns (2%) informaram que foram transferidos di - retamente de um hospital para outros, sendo este o

motivo que os levou à internação em algum dos 4 Hospitais estudados.

PERGUNTA 12 - *Como é o seu dia no Hospital?*

A informação de como decorria o dia do internado no Hospital, mostra uma total falta de aproveitamento do período de internação, em contribuir para a educação do doente. A quase totalidade respondeu que seguia a rotina hospitalar, com suas horas determinadas para refeições, repouso, ouvir rádio, ler, caminhar ou conversar com os companheiros.

Outras atividades foram mencionadas, mas eram desenvolvidas espontaneamente como por exemplo: tricô ou crochet para as mulheres ou pequenas peças de artesanato feitas pelos homens, não havendo no entanto pessoal especializado permanente para ensinar, coordenar ou supervisionar as atividades.

Como já foi referido, dois dos hospitais estudados, esporadicamente, ofereciam palestras sobre tuberculose aos doentes, porém o tempo dispendido para assisti-las não foi sequer mencionado, talvez devido a falta de regularidade com que eram programadas.

As respostas dos doentes, juntamente com a observação feita por ocasião da entrevista, deixam a impressão de que nos 4 Hospitais estudados predomina a atenção às necessidades médicas dos doentes, excluindo suas necessidades pessoais que poderiam ser atendidas por meio de programas educativos, atividades vocacionais ou de recreação.

PERGUNTAS PARA INTERNADOS PELA PRIMEIRA VEZ

PERGUNTA 14 - *O sr.(a) acha necessário continuar o tratamento após alta?*

Caso sim: onde?

Embora há algum tempo venha sendo preconizado o tratamento domiciliar para o doente tuberculoso, reservando-se a hospitalização somente para os casos cujas condições físicas ou sociais exijam essa medida, muitos dos doentes são encaminhados para os Hospitais sem que haja uma verificação da real necessidade ou não desse encaminhamento. O argumento seria o de que o doente deve permanecer hospitalizado por um período de tempo, pelo menos até a negatificação do escarro. Sem entar nos méritos dos motivos da internação, o tempo em

que o doente permanece no Hospital deveria ser aproveitado para orientá-lo sobre a doença, criar hábitos corretos sobre a tomada de medicamentos e necessidade de manutenção do controle ambulatorial, após alta hospitalar.

Visto que a maioria dos doentes internados nos 4 Hospitais, aí se encontravam por indicação médica, praticamente sem critérios seletivos, foi verificado se os internados pela primeira vez sabiam da necessidade de continuar o controle após a alta hospitalar e em caso afirmativo onde fariam o controle.

Os dados encontram-se na Tabela 33.

Dos 216 orientados, 207 (95,8%) achavam que havia necessidade e 9 (4,2%) não sabiam. Dos 207 que responderam afirmativamente, 178 (82,4%) iriam procurar Serviços Médicos, 2 (0,9%) iriam tomar outras providências que nos 2 casos era voltar para seus Estados de origem e 27 (12,5%) ainda não sabiam para onde se dirigiriam para controle pós-alta, mesmo achando-o necessário. Nenhum doente entre os orientados respondeu que não havia necessidade de controle.

TABELA 33 - DOENTES INTERNADOS PELA PRIMEIRA VEZ. NECESSIDADE DE CONTROLE APÓS ALTA HOSPITALAR, SEGUNDO ORIENTAÇÃO.

NECESSIDADE DE CONTINUAR TRATº		ORIENTADO		NÃO ORIENTADO		TOTAL	
LOCAL		nº	%	nº	%	nº	%
SIM	SERVIÇO MÉDICO	178	82,4	87	65,4	265	75,9
	OUTRAS PROVIDÊNCIAS	2	0,9	7	5,3	9	2,6
	NÃO SABE	27	12,5	25	18,8	52	14,9
SUB TOTAL		207	95,8	119	89,5	326	93,4
NÃO		-	-	4	3,0	4	1,2
NÃO SABE		9	4,2	10	7,5	19	5,4
TOTAL		216	100,0	133	100,0	349	100,0

Entre os 133 não orientados, 119 (89,5%) mencionaram a necessidade de controle; 4 (3,0%) não julgavam necessário pois achavam que sairiam curados do Hospital e 10 (8,5%) não sabiam se era necessário ou não. Dos que responderam afirmativamente à pergunta, 87 (65,4%) se dirigiriam a Serviços Médicos, 7 (5,3%) tomariam outras providências (volta aos Estados) e 25 (13,8%) não sabiam onde iriam fazer o controle.

Algumas diferenças se fazem notar entre as respostas dos doentes orientados e não orientados. Por exemplo: entre os orientados foi menor a porcentagem dos doentes que responderam não saber para onde se dirigir ou se havia necessidade de controle pós-alta, não houve também resposta negativa sobre a necessidade de controle, enquanto que para os não orientados 4 (3,0%) responderam não haver necessidade.

Estas respostas dos não orientados mostram a importância de uma boa orientação, quanto à conduta posterior do doente internado.

É de se esperar, no entanto, que por ocasião da entrega da guia de alta, desde que o doente saia do Hospital com alta médica, sejam dadas explicações con-

vincentes sobre a importância do controle Ambulatorial e todas as dúvidas ou desconhecimentos sobre a necessidade de continuar o controle sejam esclarecidas, beneficiando todos os doentes.

PERGUNTA 15 - *O tuberculoso após terminar o tratamento e receber alta médica poderá ter uma vida normal?*

Ao ser feita esta pergunta ao doente, foi esclarecido que vida normal, significa um regime de vida regrado, sem excessos, porém com as possibilidades de volta ao trabalho, convívio familiar e social, prática de esportes, etc.

O tratamento correto da tuberculose leva o paciente à cura definitiva, cujas sequelas não o impedem de retomar o ritmo normal de vida, dentro daquele conceito exposto acima.

Muitos dos tabus que no passado envolveram a tuberculose, continuam porém a fazer parte da crença popular, mesmo diante dos avanços científicos ocorridos. A opinião dos doentes internados pela primeira vez, segundo a possibilidade de vida normal, após alta médica, mostrada na Tabela 34, permite alguns comentários interessantes.

TABELA 34 - DOENTES INTERNADOS PELA PRIMEIRA VEZ. POSSIBILIDADE DE VIDA NORMAL APÓS ALTA MÉDICA, SEGUNDO ORIENTAÇÃO.

COND. DE INTERN. VIDA NORMAL	ORIENTADOS		NÃO ORIENTADOS		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
SIM	98	45,4	86	64,7	184	52,7
NÃO	47	21,7	37	27,8	84	24,1
NÃO SABE	71	32,9	10	7,5	81	23,2
TOTAL	216	100,0	133	100,0	349	100,0

Pouco mais da metade, 184 (52,7%) dos doentes acham que poderão ter uma vida normal. Ressalta o fato de que entre os 98 orientados a porcentagem foi menor (45,4%) do que entre os 86 não orientados (64,7%).

Negaram a possibilidade de vida normal após a alta médica, 84 (24,1%) doentes, 47 orientados (21,7%) e 37 não orientados (27,8%).

Informaram que não sabiam, 81 (23,2%) internados e este desconhecimento também foi maior entre os 71 orientados (32,9%) do que entre os 10 não orientados (7,5%).

O fato de que os orientados não estejam seguros sobre a possibilidade de vida normal após a alta ou de que ignorem esta possibilidade, pode indicar que a orientação recebida tenha dado grande ênfase às influências das condições de vida no aparecimento ou na manutenção da cura da tuberculose.

Por outro lado, a elevada porcentagem de não orientados que acredita na possibilidade da vida normal, após a alta médica, pode sugerir que estes doentes conheçam casos de tuberculose curados e levando

vida normal ou sabem da existência de tratamento eficaz ou então que tenham uma falsa concepção dos prognósticos da doença.

Relacionando as perguntas sobre cura e possibilidade de vida normal (Tabelas 25 e 34), dos 216 orientados e internados pela primeira vez, 203 (94,0%) acreditam na cura porê^m apenas 98 (45,4%) acham possível uma vida normal apô^s a alta médica e, entre os 133 não orientados, 119 (89,5%) consideram a tuberculose uma doença curável e 86 (64,7%) acham que o doente curado pode levar vida normal.

PERGUNTAS PARA REINTERNADOS

PERGUNTA 16 - *Onde o sr.(a) esteve internado?*

PERGUNTA 17 - *Porque o sr.(a) saiu do(s) outro(os) Hospital (ais)?*

A primeira questão, como foi formulada, teve como intuito saber o número de internações anteriores dos doentes reinternados. Seria mais fácil para o doente, lembrar o nome do(s) Hospital (is) no(s) qual (is) estivera anteriormente, do que o número de internações ocorridas.

A Tabela 35 mostra o número de internações dos pacientes reinternados e o motivo da alta de cada uma das mesmas.

O número de reinternações dos 82 doentes, variou de 1 até 11, anteriores à atual, perfazendo um total de 151 reinternações. Não foram encontrados doentes com 5, 6, 9 e 10 internações anteriores.

A maioria das altas anteriormente concedidas foi por critério médico, (71,5%) seguindo-se altas a pedido (11,9%), por transferência (10,0%) e alta disciplinar e por abandono (6,6%).

As altas médicas foram as mais concedidas por número de internações, exceto na referente a 11 internações, quando apenas 1 (9,1%) foi a critério médico e as demais, 8 (72,7%) a pedido e 2 (18,2%) por indisciplina.

As altas por outro motivo que não a alta médica, parecem ser mais frequentes nas primeiras internações. Casos como aquele da paciente com 11 internações anteriores e com apenas 1 alta médica, não foram frequentes. Mesmo porque, na entrevista para apli

TABELA 35 - DOENTES INTERNADOS. NÚMERO DE INTERNAÇÕES ANTERIORES E MOTIVO DA ALTA HOSPITALAR.

MOTIVO DA ALTA	INTERN. ANT.		PAC.		1		2		3		4		7		8		11		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
MÉDICA	38	74,5	26	76,5	15	62,5	6	75,0	7	100,0	15	93,7	1	9,1	108	71,5				
A PEDIDO	2	3,9	3	8,8	4	16,7	-	-	-	-	1	6,3	8	72,7	18	11,9				
TRANSFERÊNCIA	9	17,7	2	5,9	3	12,5	1	12,5	-	-	-	-	-	-	15	10,0				
ABANDONO	2	3,9	2	5,9	-	-	1	12,5	-	-	-	-	-	-	5	3,3				
DISCIPLINAR	-	-	1	2,9	2	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	18,2	5	3,3		
TOTAL	51	100,0	34	100,0	24	100,0	8	100,0	7	100,0	16	100,0	11	100,0	151	100,0				

cação do formulário, foi observado tratar-se de uma doente com problemas vivenciais que interferiam de modo decisivo no seu comportamento. Excetuando casos como este, as porcentagens de altas a pedido, por abandono e por indisciplina, são relativamente baixas em relação às altas médicas, o que sugere ter havido boa aceitação do regime hospitalar anterior, pelos doentes reinternados nos 4 Hospitais estudados.

Dos 9 doentes com 1 internação anterior e que tiveram alta por transferência, todos foram transferidos diretamente a um dos Hospitais estudados, 7 devido à conveniência na continuação do tratamento e 2 a pedido dos próprios doentes, por não terem se adaptado nos Hospitais anteriores.

PERGUNTA 18 - O sr.(a) foi orientado (a) no sentido de continuar o tratamento após sair do Hospital?

PERGUNTA 19 - O sr.(a) fez algum controle após sair do Hospital?

Caso sim: a) por quanto tempo?

Até a bem pouco tempo o objetivo fundamental do tratamento hospitalar para pacientes com tuberculose

era a resituição da sua saúde e da sua capacidade no mais alto grau, tornando possível a sua imediata reintegração na sociedade.

Com as mudanças ocorridas nos critérios para internação, as vagas hospitalares ficaram reservadas para os casos de emergência, que uma vez superada, permite a alta hospitalar para ulterior controle ambulatorial.

O controle feito pelos doentes reinternados, a pós alta hospitalar, de acordo com a orientação recebida no momento da alta, é mostrado na Tabela 36.

Foram considerados tanto na alta com orientação, como no tempo de controle, os doentes que informaram terem recebido orientação em algumas das altas e que fizeram controle em algum período entre elas.

Não fazem parte desta análise os 9 doentes com 1 reinternação anterior e que foram transferidos diretamente de um Hospital para outro, a pedido ou por conveniência no tratamento.

Assim, dos 73 doentes com uma ou mais altas hospitalares, 64 (87,7%) foram orientados por ocasião da alta, 8 (11,0%) não receberam orientação e 1 (1,3%) não se lembra.

TABELA 36 - DOENTES REINTERNADOS. TEMPO DE CONTROLE AMBULATORIAL,
SEGUNDO ORIENTAÇÃO RECEBIDA NA ALTA HOSPITALAR.

<div>ALTA C/ ORIENTAÇÃO</div> <div>TEMPO DE CONTROLE (MESES)</div>	SIM		NÃO		NÃO LEMBRA		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1 3 m	7	10,9	-	-	-	-	7	9,6
3 6 m	12	18,8	1	12,5	-	-	13	17,8
6 9 m	12	18,8	1	12,5	-	-	13	17,8
9 12 m	6	9,3	-	-	-	-	6	8,2
12 e +	19	29,7	-	-	-	-	19	26,0
SUB TOTAL	56	87,5	2	25,0	-	-	58	79,4
NÃO FEZ CONTROLE	8	12,5	6	75,0	1	100,0	15	20,6
TOTAL	64	100,0	8	100,0	1	100,0	73*	100,0

* 9 EXCLUÍDOS POR TRANFERÊNCIA DIRETA PARA UM DOS HOSPITAIS ESTUDADOS.

Dos orientados, 56 (87,5%) fizeram algum controle posterior e 8 (12,5%) não realizaram o tratamento recomendado.

Dos não orientados, 2 (25,0%) fizeram algum controle e 6 (75,0%) não fizeram.

O doente que informou não se lembrar se recebeu orientação na alta, não fez controle e justificou a resposta, pois sua primeira internação ocorrera há quase 30 anos e naquela época saiu curado do Hospital. Ele informou que durante alguns anos submeteu - se esporadicamente aos Raios X, não como controle , mas como necessidade para renovação da carteira de trabalho.

Entre os orientados na alta e que continuaram tratamento ambulatorial, os períodos de controle variaram de 1mes a 12 meses e mais, e 31 o fizeram por menos de 9 meses, que acrescidos aos 8 que não fizeram controle, perfaz um total de 61% dos orientados. Esta condição pode justificar a razão pela qual houve necessidade de reinternações posteriores.

Entre os não orientados, 2 fizeram tratamento com duração de 3 a 9 meses. Mesmo não tendo recebido

orientação sobre a necessidade de continuar o tratamento, estes doentes tiveram noção desta necessidade e procuraram alguma assistência após a internação.

Com as recomendações atuais sobre a internação, a responsabilidade do ambulatorio tomou uma dimensão muito grande. A ação ambulatorial bem organizada, tem uma influência decisiva na situação epidemiológica da doença, bem como na efetividade do tratamento hospitalar. A integração entre as instituições responsáveis por cuidados ambulatoriais e hospitalares devem ser a perfeiçoadas continuamente, a fim de proporcionar um seguimento apropriado do tratamento ambulatorial, após o término do tratamento hospitalar.

PERGUNTA 20 - *Por que não fez controle?*

Os motivos apontados pelos doentes orientados e não orientados na alta e que os levaram a não continuar o controle em regime ambulatorial, transcritos o mais literalmente possível, foram os seguintes:

DOENTES COM ORIENTAÇÃO NA ALTA	Nº
- sofreu um acidente, ficou engessado e <u>im</u> possibilitado de andar	01
- tirou chapa particular e o resultado deu normal.	01
- não foi possível conciliar trabalho com controle.	01
- não foi atendido da primeira vez que <u>pro</u> curou o ambulatório por isso não voltou mais.	01
- esqueceu de tomar o medicamento por isso não compareceu para controle.	02
- não tinha onde comer ou dormir nem di- nheiro para o medicamento.	<u>02</u>
	08

DOENTES SEM ORIENTAÇÃO NA ALTA	Nº
- sempre que se sentia mal ia direto para o Hospital	02
- saiu do Hospital com alta, curado.	04
- não foi orientado. Não sabia que precisava procurar o ambulatório para controle.	01
	<hr/> 07

Pela falta de homogeneidade, esses dados deixam de ser comentados item por item, valendo a informação sobre a possibilidade de serem encontrados, sempre que forem feitas investigações desta natureza, utilizando formulários semi-estruturados.

No seu conjunto, as causas mencionadas revelam falta de integração entre as ações ambulatoriais e hospitalares, desconhecimento por parte dos doentes das necessidades fundamentais de controle após a alta hospitalar e dificuldades advindas da situação econômica e social de doentes de tuberculose.

PERGUNTA 21 - *Por quẽ o sr.(a) acha que foi reinternado(a)?*

Algumas causas referidas pelos doentes, como responsáveis pela sua reinternação foram agrupadas e outras transcritas, por expressarem um pensamento com relação à doença.

Os motivos que levaram à reinternação, segundo a opinião dos doentes, foram os seguintes:

	Nº	%
- causas relacionadas com condição de vida (extravagâncias, bebida, excessos, má alimentação, etc.).	18	24,7
- causas relacionadas com o comportamento quanto ao tratamento (falta de colaboração do próprio paciente)	17	23,7
- causas relacionadas com a organização do tratamento ambulatorial (falta de apoio, falta de orientação, falta de medicamento).	10	13,7

	Nº	%
- fatores pessoais de saúde (fraqueza, <u>que</u> da de resistência, gravidez, parto).	05	6,8
- por indicação médica.	05	6,8
- teve "recaída".	04	5,5
- "é uma doença que volta sempre, é só fa <u>z</u> zer uma extravagância.	03	4,1
- gripes frequentes "virou" tuberculose outra vez.	02	2,7
- "estava semi-curado e não curado".	02	2,7
- "porque é muito "azarado", fez tudo di- reito.	01	1,4
- precisava fazer longas viagens constan- temente para fazer controle e isto o en <u>fr</u> aqueceu de novo.	01	1,4
- falta de orientação na alta, "senão te- ria feito tudo direito"	01	1,4
- estava em tratamento de bronquite, "daí tapou os brônquios e deu tuberculose ou <u>tr</u> a vez"	01	1,4
- não sabem	05	6,8

* 03 pacientes alegaram 2 motivos, razão pela qual foram obtidas 76 respostas dos 73 doentes reinternados, aos quais se aplicava a questão.

Na exposição das causas de reinternação, apontadas pelos doentes, não houve qualquer referência a novos contágios, indicando que os reinternados parecem acreditar que uma vez doentes e egressos do hospital, estão isentos do risco de se infectarem novamente.

As informações dos 27 doentes que deram como causa da reinternação aquelas relacionadas com comportamentos frente ao tratamento, e falhas na organização ambulatorial, e 1 que mencionou a falta de orientação na alta, comprovam a grande responsabilidade que repousa sobre o sistema de saúde, que não foi capaz de impedir a volta ao ambiente hospitalar para re-tratamento, de 38,8% dos doentes anteriormente tratados.

Esta situação, comumente atribuída à falta de cooperação do doente, pode também estar relacionada à omissão da equipe ou imprevisões do sistema de saúde vigente.

Mais uma vez, fica evidenciada a necessidade da educação do doente tuberculoso em todas as fases do

tratamento e a importância do preparo da equipe de saú
de para participar desse processo. O resultado de um
tratamento indisciplinado e inconsequente pode levar
ao aparecimento de recidivas e de doentes crônicos, re
sistentes aos quimioterápicos contribuindo para a pro
pagação da doença.

CONCLUSÕES

- A população de estudo é constituída de doentes de tuberculose pulmonar, predominando os internados pela primeira vez, no primeiro mes de internação e previdenciário, do sexo masculino, em idades entre 20 e 29 anos, com curso primário incompleto, casados, nascidos em Estados da Região Nordeste e residindo em São Paulo há mais de 20 anos.

- Cerca de 2/3 dos doentes estudados souberam que estavam tuberculosos pela procura espontânea de assistência médica e destes, 87,9% referiram a presença de sintomas sendo a tosse mencionada por 52% dos sintomáticos.

- Foi bastante baixa a procura de assistência médica pelos sintomáticos, antes de completar um mes de sintomatologia. A tolerância aos sintomas, para a maioria (67,2%), estendeu-se até o 3º mes.

- Mais da metade dos doentes não soube localizar qualquer contato anterior com casos de tuberculose. Entre os que tinham conhecimento desta ocorrência, 3,8% referiram o meio familiar íntimo ou ocasional.

- Mais de 60% da população estudada recebeu orientação sobre tuberculose e o Hospital foi mencionado

como órgão orientador por 69,0% entre os orientados e principalmente entre os internados pela primeira vez .

- A atuação dos profissionais responsáveis pelo atendimento do tuberculoso, foi bastante baixa quanto à orientação do doente, tanto no Hospital quanto em outras agências de saúde.

- Embora os doentes orientados tenham demonstrado conhecimentos mais corretos sobre tuberculose do que os não orientados, persistem entre os primeiros , noções incorretas ou desconhecimento sobre alguns aspectos da doença.

- Na maioria das respostas sobre conhecimentos houve mais acertos entre os reinternados do que entre os internados pela primeira vez, quando orientados e mais entre os internados pela primeira vez do que entre os reinternados, quando não orientados.

- Os doentes internados mostraram conhecimento incorreto ou responderam que "*não sabiam*", principalmente, sobre fatos relativos ao modo de contágio, à valorização do exame de escarro no diagnóstico da tuberculose, à importância do tratamento como neutralizador das fontes de infecção e quanto às providências a se-

rem tomadas pelos comunicantes.

- Entre os reinternados, 62,3% tinham uma internação anterior e 37,7% duas ou mais e do total de altas concedidas, 71,5% foi por critério médico.

- Entre os doentes reinternados, orientados e não orientados por ocasião da alta, 20,6% não procuraram os Serviços de Saúde para continuar o controle ambulatorial.

- Cerca de 38% dos doentes deram como causa da reinternação, motivos ligados à falta de orientação a adequada e à falhas na organização dos serviços de atendimento ao doente tuberculoso.

- Mesmo reconhecendo as limitações deste trabalho, seja pelo instrumento utilizado, que embora de grande valor em pesquisas educativas permite o aparecimento de "b́ias" de difícil controle, quer por parte do entrevistado quer por parte do entrevistador, seja pela restrição da população trabalhada, conclue-se que investigações similares oferecem subsídios importantes para a educação em saúde, não sō no campo da tuberculose mas também em outros ligados à Saúde Pública.

A determinação de um nível aproximado de conhecimento e a indicação de áreas de deficiência, contribuem seguramente, para estudar os métodos e os meios educativos e preparar as melhores condições para suas aplicações.

RECOMENDAÇÕES

Diante dos dados apresentados fica evidente a necessidade da estimulação de ações educativas em tuberculose, em todas as fases de atendimento ao doente. Sua efetividade, no entanto, está condicionada à formulação de um programa educativo, a nível nacional, integrado ao programa técnico, com ações educativas adaptadas às características locais das Instituições que irão desenvolvê-lo (Unidades Sanitárias, Hospitais, Escolas) e com participação ampla da comunidade, por meio de suas lideranças formais e informais.

Para a consecução deste programa, algumas condições se fazem necessárias:

- as autoridades em Saúde devem ser motivadas sobre a importância da inclusão de um programa educativo em tuberculose, como um componente das ações técnicas.

- é indispensável a participação do especialista em educação para a saúde, tendo em vista a necessidade de identificar na população, ou grupos, os conhecimentos, atitudes e práticas em tuberculose, a fim de selecionar o conteúdo do programa e determinar a metodologia a ser utilizada, de acordo com as características do grupo e da experiência da equipe no manejo de métodos e técnicas educativas.

- as ações educativas deverão considerar o indivíduo, a família e a comunidade e o conteúdo do programa deve atender aos conhecimentos e as crenças da população, no campo da saúde em geral e da tuberculose em especial.

- as ações educativas devem ser executadas por toda a equipe que cuida do doente tuberculoso, portanto a participação multiprofissional constitui o instrumento básico para a programação das mesmas.

- as ações educativas devem ser desenvolvidas de forma sistemática e permanente, mediante o aproveitamento de todas as oportunidades educativas que se ofereçam no desenvolvimento das ações técnicas.

- O rádio, o cinema, a televisão, a imprensa, as jornadas de saúde, exposições e todos os demais recursos disponíveis nas comunidades, deverão ser utilizados para transmitir informações sobre tuberculose à população e para incentivá-la a participar no programa de luta contra a tuberculose.

- A equipe de saúde, nos seus diversos níveis, deve ter oportunidade de frequentar cursos de formação ou de reciclagem que abranjam aspectos científicos e e

educativos em tuberculose, para que possa atuar como instrumento de reforço na manutenção e na renovação do interesse da clientela.

A adoção de um sistema que possibilite contar com uma equipe com alto senso de realização e que trará reflexos altamente positivos no desenvolvimento do programa em todas as suas etapas, é uma das condições imprescindíveis para o vislumbre dos caminhos que tornarão a tuberculose uma doença controlada no nosso país.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

1. ADEMUWAGUN, Z.A. Information and motivation in health education. Hlth Educ.J., 31:58-61, 1972.
2. ALLAN, W.G.L. et al. The symptoms of newly diagnosed pulmonary tuberculosis and patients attitudes to the disease and to it's treatment in Hong Kong . Tubercle, 60:211-23, 1979.
3. ALMEIDA, A.H.E. et al. Pesquisa sobre causas mais frequentes de altas a pedido nos Sanat6rios de tuberculose. Rev.Serv.nac.Tuberc., 2:439-54 , 1958.
4. ANUÁRIO ESTATÍSTICO do BRASIL (Fundação IBGE), Rio de Janeiro, 1974.
5. ANUÁRIO ESTATÍSTICO do BRASIL (Fundação IBGE), Rio de Janeiro, 1970.
6. ARANTES, G.R. & RUFFINO NETTO, A. Busca de casos de tuberculose. Abreugrafia em sintomáticos respira tórios seguida de exames bacteriológicos nos sus peitos. Rev.Saúde públ., São Paulo, 14: 185-93 , 1980.

- 7 . ARCINIEGAS, A. et al. Prevalencia de tuberculose entre los sintomaticos respiratorios que consultam por primera vez en los establecimientos de salud del Departamento de Risaralda, Colombia. Bol. Ofic.sanit.panamer., 87:512-21,1979.
- 8 . BAAS, M.A. et al. Vigilancia de las medidas de tratamiento y diagnosis de la tuberculosis pulmonar. Holanda, 1974-1975. Bol.Un.int.Tuberc., 54: 137-41, 1979.
- 9 . BANERJI, D. & ANDERSEN, S. A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis. Bull.Wld.Hlth.Org., 29; 665-83, 1963.
10. BELLUOMINI, M. "Contribuição da educação para a saúde nos programas de luta contra a tuberculose. São Paulo, 1975". [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP.]
11. BHATIA, J.L. Discussion on case-finding. Bull int. Un. Tuberc. (supl.2): 144-48, Aug, 1972.

12. BLAHA, H.M. et al. Vigilancia de las medidas de diagnostico y tratamiento. Baviera, 1975. Bol.Un. int. Tuberc., 54:141-9, 1979.
13. BOLETIM da FUNDAÇÃO BRASILEIRA das SOCIEDADES de TUBERCULOSE. Rio de Janeiro, 1953-1958.
14. BONILLA, J.L & PIO, A. Prueba tuberculinica. In El control de la tuberculosis como problema de salud publica. Buenos Aires, Eudeba, 1967. cap. I, pag. 3-47.
15. BRAY, M. Present day public knowledge of and attitudes to tuberculosis. Public Hlth, 84:218-22, 1970.
16. BRÓLIO, R. Subsídios para a avaliação dos conhecimentos de Tisiologia Sanitária de médicos de São Paulo. São Paulo, 1977. [Tese para Livre Docente da Faculdade de Saúde Pública, USP.]

17. CALDAS JR., A.L. et al. Conhecimentos e atitudes relacionados à doença entre pacientes tuberculosos internados. Trabalho apresentado na VI Jornada Científica da Assoc. dos Docentes da Fac. de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu . Botucatu, Dez., 1976.
18. CHADWICK, H.D. & POPE, A.S. The modern attack on tuberculosis. New York, Commonwealth Fund. , 1946.
19. CHUNG, N.C. A study of knowledge and practice relative to tuberculosis among Korean adults . Bull.int.Un. Tuberc. (sup.2) 198-200, Aug. 1972.
20. COHEN of BIRBENHEAD (Lord) Patterns of progress. J. Inst. Hlth Educ., 7: 3-8, 1969.
21. COBURN, F.E. Emotional problems in the treatment of tuberculosis: editorial. Amer. Rev.Tuberc. , 71: 299-301, 1955.
22. COSTA, M.E. A participação das Organizações privadas na luta contra a tuberculose. In: CONGRESSO NACIONAL de TUBERCULOSE, 4. Recife, 1948 Recife, 1948 v.2 pag. 639-66.

23. DAVID, S.T. Public opinion concerning tuberculosis. Tubercle, 38:78-90, 1952
24. DOCKHORN, J.M. The influence of social and emotional factors in the treatment of tuberculosis. Amer. Rev. Tuberc. 82: 223-31, 1960.
25. EINIS, V. Tuberculosis- clinical aspects, prevention and treatment. Moscow, Peace Publishers, s/d.
26. FELDMAN, F.M. The tuberculin test. Bull.nat.Tuberc. Assoc., 41, 153-4, 1955.
27. FERREIRA, C. O fator clima na cura da tuberculose . In — Ferreira, C. et al. Clima e tuberculose . São Paulo, Ed. Publicitas, 1936, 5-39.
28. FIGUEIREDO, F.P. de. Participação das unidades hospitalares na luta contra a tuberculose. Rev. Serv.nac. Tuberc., 12 :315-34, 1968.
29. FOSTER, A.P., What the public knows about TB in the United States. Bull.int.un.Tuberc., 37:394-5, 1966.

30. FREOUR, P. Ce que les populations des pays développés savent de la TB. Bull.int.un.Tuberc., 37:3967, 1966.
31. FORDHAM, G.F. & KARNOSH, L.J. Emotional factors in pulmonary tuberculosis. Amer.Rev.Tuberc., 62 : 428-33, 1950.
32. FRY, G.D. The Christmas seal of many values: panel discussion. In: ANNUAL MEETING of THE NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION 48, Boston. Mass, 1952. Transactions. New York, National Tuberculosis Association, 1952. p. 513-6.
33. GLADSON, I. Tuberculosis prevention and health education. Am. Rev. Tuberc., 18, 264-70, 1928 .
34. GUIMARÃES, C. Leitos de assistência hospitalar geral do VALE do PARAÍBA, 1975. SÃO PAULO , 1979. [Tese para livre-docente - Faculdade de Saúde Pública da USP.]
35. GUSMÃO, H.H. Contribuição para o estudo do problema da tuberculose nas indústrias de S.Paulo. São Paulo, 1948. [Tese para livre docente - Faculdade de Saúde Pública da USP.]

36. HILL, L. The conquest of tuberculosis. Am. Rev. Tuberc., 82: 291-4, 1960.
37. HISCOCK, I. et al. Campaigning against tuberculosis and syphilis. In _____. Ways to community health education. New York, The Commonwealth Fund, 1939. p. 185-204.
38. HOCHBAUM, G.M. Public participation in medical screening programs: a socio psychological study. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1958 (PHS- Publ., 572).
39. HOCHSTRASSER, D. & LERNER, S. Behavioral factors affecting medical supervision of non hospitalized tuberculous patients. Amer.Rev.resp.Dis., 91 , 746-57, 1965.
40. HOLMS, J. Nosso inimigo o bacilo da tuberculose. Cahiers internationaux de la tuberculosis.
[Traduzido de T:Tuberculose, (23), jan. 1970.]

41. JANOTTI, R. Tuberculose pulmonar: estudo do comportamento dos pacientes recidivantes. Rev.Div.nac. Tuberc., 19: 153-61, 1975.
42. JANNUZI, A. Tuberculose e previdência social. Rev.Div.nac.Tuberc., 19:46-55, 1975.
43. JENKINS, D. Tuberculosis: The native indians view point on its prevention, diagnosis and treatment. Preventive Medicine, 6: 545:55, 1977.
44. KEERS, R.Y. & RIDGEN, B.G. Historical survey.
In: _____ Pulmonary tuberculosis: a handbook for students and practitioners. Edinburgh, Livingstone, 1945, cap. 1, pag. 1.
45. KLEINSCHMIOT, H.E. & ZIMAN, S. Public Health education: its tool and procedures. New York, Macmillan, 1953.
46. KOCH, R. Etiologia da tuberculose. [Traduzido de Berliner Klinische Wochenschrift, 19 (15), abril 1882.]

47. KRAUZE, A.K. Tuberculosis and public health.
Amer.Rev.Tuberc., 18, 271-322,1928.
48. LEITE,A. et al. Estudo de 300 casos de readmissões no SANATÓRIO MARACANAN (CE) no período de 1964 a 1969. Rev.Div.nac.Tuberc., 16:123-30, 1972.
49. LIMA.L.L. de & NASCIMENTO,E.A. Algumas informações sobre a tuberculose no Brasil de 1960 a 1969. Rev.Div.nac.Tuberc., 15:5-50,1971.
50. LIGA PAULISTA CONTRA A TUBERCULOSE. Comemorações em São Paulo do 1º centenário de nascimento do Prof. Clemente Ferreira: 1859-1957. São Paulo, Tip. Edanee, 1957.
51. MAGALDI,C. Há recursos. Por que fracassa o controle da tuberculose? Saúde Deb., (5): 26:30, out - dez. 1977.
52. MARCONDES, R.S. Educação Sanitária em nível nacional. São Paulo, 1964. [Tese de doutoramento na Faculdade de Saúde Pública, USP]

53. MARSICANO, M.S. Conhecimento dos pacientes recém diagnosticados e recidivantes sobre a tuberculose pulmonar no Dispensário de Tuberculose do Centro Integrado de Saúde "Amaury Medeiros". São Paulo, 1975. [Dissertação de mestrado na Faculdade de Saúde Pública, USP.]
54. MARTINS, T.S. Altas em hospitais destinados ao tratamento da tuberculose. Rev.Serv.nac.Tuberc., 7 :101-9, 1963.
55. MEDICAL RESEARCH COUNCIL. B.C.G. and vole vaccines in the prevention of tuberculosis in adolescents Brit.med.J., 2:379, 1959.
56. MEYERS, J. et al. Identification of sources of infection. Selected Papers, The Hague, 14:5-50, 1971. [Reprint of Bull.int.Un.Tuberc., 45, 1971.]
57. MINISTÉRIO da PREVIDÊNCIA e ASSISTÊNCIA SOCIAL. Extrato de Convênio. Diário Oficial da União, 19: Nov.1980. p. 23204-5.

58. MINOPRIO, J.L. et alt. Resúmenes de los trabajos fisiológicos de MADRAS. Pren.med.argent., 58: 1635-45, 1974.
59. MIRANDA, D.P. A vacinação B.C.G. e seu poder protetor na ação profilática em massa contra a tuberculose. Rev.Div.nac.Tuberc., 15:158-203, 1971.
60. NASCIMENTO, E.A. & LIMA, R.L. Algumas informações sobre a tuberculose no Brasil - 1970-1974. Rev.Div.nac.Tuberc., 20:119-39, 1976.
61. NEWMAN, J. Patient's information about tuberculosis. Amer.Rev.Tuberc. 54:13-24, 1946.
62. NIX, M.E. Health education and human motivation. Int.J.Hlth Educ., 4:192-7, 1961.
63. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité de Expertos de la OMS en Tuberculosis, 8, Ginebra, 1964. Informe Ginebra, 1964. (OMS) - Ser.inf.tecn., 290.

64. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Exper
tos de la OMS en Tuberculosis, 9, Ginebra, 1973.
Informe. Ginebra, 1974. (OMS- ser.inf.tecn.
552).
65. PATERSON, R.G. Historical highlights of the
National Conference on Tuberculosis Workers.
IN: ANNUAL MEETING OF THE NATIONAL TUBERCULOSIS
ASSOCIATION, 48: Boston, Mas., 1952. Transations
New York, National Tuberculosis Association ,
1952 p. 769-83.
66. PAULA, A. de Tuberculose. Rio de Janeiro, Servi
ço de Propaganda e Educação Sanitária, 1938 (Co-
leção SPES,3).
67. PAULA SOUZA, R. Evolução histórica da tuberculose
no Brasil. Rev.paul.de Tisiol., 6: 237-46, 1940
68. PERRONE, O.R. Leitos para tuberculosos no Brasil.
Rev.bras.Tuberc. (144):791-925, Nov-Dez., 1952.
69. RAUHALA, N. What people in Finland knows about
tuberculosis. Bull.int.Un.Tuberc., 37:400-8 ,
1966.

70. RIBEIRO, L. A luta contra a tuberculose no Brasil: apontamentos para a sua história. Rio de Janeiro. Edit. Sul Americana, 1956.
71. RIBEIRO, L. A participação das Organizações privadas na luta contra a tuberculose. In: CONGRESSO NACIONAL DE TUBERCULOSE, 4º, Recife, 1948. Recife, 1948 v 2, 667-97.
72. RICH, A. Perspectivas para el futuro. IN: ____ Patogenia de la tuberculosis. Buenos Aires, Ed. Alfa, 1946 - p. 771-4.
73. RICH, A. Mecanismo de la resistencia natural. IN: ____ Patogenia de la tuberculosis. Buenos Aires, Ed. Alfa, 1946, p. 236-283.
74. ROSEN, G. A history of public health. New York , M.D. Publication, 1958.
75. ROUILLON, A. et al. Transmission of tubercle bacilli: the effects of chemotherapy. Tubercle, 57 : 275-299, 1976.

76. SAKAMOTO, S. Case-finding in Japan. Bull.int. Un.Tuberc. (supl.2): 130, Aug., 1972.
77. SANTOS, I.B. Vida e obra de Manuel de Abreu, o criador da abreugrafia. Rio de Janeiro, Pongetti, Ed., 1963.
78. SECRETARIA de SAÚDE do ESTADO de SÃO PAULO. Norma técn. SS/5/70. Quimioterapia da tuberculose - princípios básicos e normas para a sua aplicação. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 5 jan. 1971. p. 28-32.
79. SENTIES, R.V. et al . Encuesta sobre los conocimientos acerca de la tuberculosis de los enfermos hospitalizados. Rev.salud publ.Mex., 13: 739-47, 1971.
80. SEPPILLI, A. Importance de l'enquete préliminaire sur les notions possédées par la population en tant que base nécessaire d'une orientation rationnelle des campagnes d'éducation sanitaire. Bull.int.Un.Tuberc., 30:499-507, 1960

81. SIMPSON, R.M. Emotion and tuberculosis. Amer. Rev.Tuberc., 20: 29-40, 1929.
82. SOUTHWORTH, W.H. A tuberculosis survey findings and implications. Intern.J.Hlth.Educ. 8: 13-17, 1965.
83. SOUTO, V. Tuberculose pulmonar: noções indispensáveis a todos. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1937.
84. SPARER, P.J. ed. Personality, Stress and Tuberculosis. New York, International Universities Press, 1956.
85. SRAMKOVA, J. et al. La recherche sur les connaissances et les opinions actuelles sur la tuberculose dans les régions historiques de Tchécoslovaque. Bull. int.Un.Tuberc., 37: 409-15, 1966
86. TARANTINO, A.B. et al. Tuberculose - In Doenças pulmonares. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 1976, p. 363-8.

87. TOMAN, K. Identification of sources of tuberculous infection in low prevalence countries. Bull.int Un.Tuberc. 49: 192-202, 1974.
88. VAN VREDEN, E.M. What do people in developed countries know about tuberculosis today? Bull.int.Un.Tuberc. 37:393, 1966.
89. VIJIL, C. The social sciences in tuberculosis control by chemotherapy: correspondence. Amer. Rev.Tuberc., 82: 254-5, 1960.
90. WASKMAN, S.A. A vitória da Tuberculose. São Paulo, Cultrix, 1966.
91. WINSLOW, C.E.A. The contribution of Herman Biggs to Public Health. Amer.Rev.Tuberc., 20: 1-28, 1929.
92. WITTKOWER, E.D. Psychological aspects of tuberculosis. Amer.Rev.Tuberc., 67:869-73, 1973.