UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

CONHECIMENTO DOS PACIENTES RECEM-DIAGNOSTICADOS
E RECIDIVANTES SOBRE A TUBERCULOSE PULMONAR NO
DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CENTRO INTEGRADO
DE SAÚDE "AMAURY DE MEDEIROS".

MARLENE SORRENTINO MARSICANO.

SÃO PAULO - 1975.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

CONHECIMENTO DOS PACIENTES-RECEM DIAGNOSTICADOS
E RECIDIVANTES SOBRE A TUBERCULOSE PULMONAR NO
DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CENTRO INTEGRADO
DE SAÚDE "AMAURY DE MEDEIROS".

MARLENE SORRENTINO MARSICANO

MONOGRAFIA APRESENTADA À FACULDADE DE SAÚDE PÚ
BLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO PARA OBTEN
ÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA:

SÃO PAULO - 1975.

AGRADECIMENTO

Expressamos os sinceros agradecimentos aos que colaboraram com a execução desse trabalho e nossa gratidão particular ao:

Professora ERNESTINE MAURER BASTIN, do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que, como orientadora oficial sempre foi compreensiva e dedicada e com quem muito aprendemos durante a realização deste trabalho, nosso reconhecimento pela orientação recebida.

Professor Adjunto GUILHERME MONTENEGRO ABATH, do Departamento Neuro-Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, pela generosa colaboração e interesse demonstrado, cuja contribuição foi decisiva para a realização deste trabalho.

Professor Assistente Doutor ROBERTO BRÖLIO, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela sua cordial colaboração na revisão do trabalho e valiosas sugestões.

Auxiliar de Ensino MARILIA BELLUOMINI, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que altamente identificada com os problemas da Tuberculose nos incentivou com seu entusiasmo e dedicação, de quem recebemos importantes sugestões.

Professora Assistente SÁBINA LEA DAVIDSON, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela revisão das tabelas.

Professora Adjunto MARIA DO ROSÁRIO SOUTO NÓBREGA, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, cuja orientação foi básica na dissipação de nossas dúvidas.

MARIA ANELCIRA FALCÃO DE BARROS, LÍGIA SOUZA MELO BARROS e GEORGINA ALEXANDRINO, da Biblioteca da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, pela valiosa cooperação na busca de referências bibliográficas.

E aos doentes portadores de tuberculose pulmonar inscritos no Dispensário de Tuberculose do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros.

S U M Á R I O

	PÁG.
1. INTRODUÇÃO-----	06
2. OBJETIVOS-----	10
3. REVISÃO DA LITERATURA-----	11
4. VARIÁVEIS-----	19
5. ÁREA E POPULAÇÃO-----	19
5.1. <u>Cidade e População do Recife</u> -----	19
5.2. <u>Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-</u>	21
5.3. <u>Grupos Trabalhados</u> -----	22
6. MATERIAL E MÉTODO-----	22
6.1. Seleção, Técnica, Instrumento e Procedimento- 22	
6.1.1. Grupo A -----	22
6.1.2. Grupo B -----	24
7. RESULTADOS -----	27
7.1. <u>Grupo A</u> -----	27
7.2. <u>Grupo B</u> -----	36
8. COMENTÁRIOS -----	41
8.1. <u>Grupo A</u> -----	41
8.2. <u>Grupo B</u> -----	45
9. CONCLUSÕES -----	47

BIBLIOGRAFIA

A N E X O S

1. INTRODUÇÃO

Em época não muito remota, a tuberculose conhecida também como *tísica* ou *peste branca*, ocupava os primeiros lugares nos coeficientes de mortalidade. Propagando-se em todas as idades e níveis sociais da população, cobrava os mais pesados tributos, gerando o sofrimento, a incapacidade para o trabalho e ceifando vidas.

Apesar do extraordinário progresso alcançado a tuberculose continua sendo ainda um grave problema de Saúde Pública.

O Comitê de Peritos em Tuberculose da Organização Mundial da Saúde, (O.M.S.) após examinar a situação da enfermidade no mundo conclui que, a tuberculose constituiu um dos problemas de saúde mais importante, particularmente nos países em desenvolvimento.²⁴

Estimou a referida Organização em 10 a 15 milhões o número de casos de tuberculose ativa no mundo, com a ocorrência anual de 2 a 3 milhões de casos novos e 1 a 2 milhões de óbitos.⁹

A mortalidade que em 1946 foi de 248,6 por 100.000 habitantes, decaiu para 38,5 em 1969, havendo um decrescimento significativo.²² Entretanto, idêntica redução não foi verificada em sua incidência, estimada atualmente em 300 por 100.000 habitantes.

Não obstante os resultados favoráveis obtidos principalmente pela diminuição da mortalidade, a tuberculose continua em sua marcha insidiosa.

O inquérito tuberculínico realizado pela Divisão Nacional de Tuberculose (DNT), em 1970, nas capitais brasileiras, em cri-

anças no início do período escolar (idade média de 7 anos), evidenciou a gravidade do problema, uma vez que, a média do índice de infecção registrada foi de 15%.²

Vale ressaltar que, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu um índice de infecção inferior a 1%, aos 14 anos de idade, para que se possa considerar a tuberculose controlada sob o ponto de vista da Saúde Pública.³³

Dados disponíveis obtidos com o emprego da Prova Tuberculínica, fazem admitir que, aproximadamente a metade da população brasileira ao chegar aos 20 anos de idade já se acha infectada pelo bacilo da tuberculose.²⁵

O número de infectados depende do número de doentes e os doentes resultam dos infectados. Os infectados representam reservatórios em potencial de bacilos e podem tornar-se doentes por uma reativação da virulência dos bacilos ou por uma diminuição da resistência do organismo.⁵

Diante do grande reservatório de infectados é fácil compreender que, a incidência da tuberculose - doença, não tenderá a diminuir em prazo curto, o que, deixa claro a grande distância para o controle da enfermidade no país e mais distante ainda da sua erradicação.

Segundo dados disponíveis, técnicos da Divisão Nacional de Tuberculose, baseados na situação atual da tuberculose no Brasil, previram o seguinte quadro epidemiológico.⁴

Em um minuto se infectam uma ou duas pessoas;

Em cada cinco minutos surge um caso novo;

Entre trinta e quarenta minutos, morre um doente de tuberculose.

A luta anti-tuberculose no Brasil deve basear-se em atividades contínuas, objetivando-se o diagnóstico precoce, o tratamento e controle do doente e a vacinação pelo B.C.G. (BACILO CALMETTE GUÉRIN).

O tratamento dos portadores de tuberculose através dos quimioterápicos atualmente empregados é considerada a medida sanitária mais eficiente na luta contra a doença.

A experiência mundial demonstrou que, os mesmos quando corretamente conduzidos, são capazes de curar praticamente 100% dos pacientes não tratados anteriormente, independentemente da extensão das lesões e da gravidade dos casos.¹⁴

Tem ainda a quimioterapia corretamente conduzida o poder de recuperar os pacientes, mesmo quando, pertencentes à população de baixo nível sócio-econômico, destruindo pois os bacilos em quaisquer que sejam as circunstâncias de vida do organismo do ente.¹⁹

Diante da disponibilidade de uma terapêutica tão eficaz e do afastamento dos entraves decorrentes dos fatores sócio-econômicos para sua cura, a maior preocupação dos que se ocupam com a luta contra a tuberculose, deverá então concentrar-se na descoberta de casos e no uso correto das drogas. Daí se deduz que, o êxito da luta anti-tuberculose depende em grande parte da colaboração do doente, o que deixa implícita a necessidade de atividades educativas eficientes.

A ação educativa com o paciente tuberculoso, exige uma maior responsabilidade do enfermeiro principalmente nos serviços localizados na Região Norte e Nordeste, onde a escassez do profissional especializado em educação para a saúde é uma realidade.

O Serviço de Enfermagem do Dispensário de Tuberculose do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, (CISAM) dá uma atenção especial ao doente tuberculose em tratamento. Além da sua participação nas atividades de prevenção da doença e na descoberta de casos novos, suas ações visam obter o cumprimento correto do tratamento por parte dos pacientes.

De acordo com a rotina ambulatorial, os tuberculosos em tratamento devem comparecer mensalmente ao Serviço para o atendimento médico e de enfermagem e após consulta receberem a cota mensal de medicamentos.

Embora os doentes sejam orientados sobre a importância da regularidade e continuidade do tratamento, é frequente o seu não comparecimento nas datas agendadas.

Esta falta, concorre para que sejam feitas solicitações de visitas domiciliárias que deverão ser efetuadas dentro do prazo de três a cinco dias. Os pedidos de visitas para os faltosos são muitas vezes repetidos para o mesmo paciente.

Assim, observamos que, o elevado número de visitas domiciliárias rotineiras necessárias aos doentes recém-diagnosticados, aos admitidos e egressos do hospital, somadas às visitas solicitadas para os faltosos, acarreta uma dedicação quase que exclusiva do Serviço de Visita Domiciliária do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros aos pacientes tuberculosos, em detrimento da visitação necessárias aos demais setores.

Apesar da visitação intensa, o percentual de abandono ao tratamento vem aumentando significativamente. Em 1971/1972, foi de 4,4%, em 1972/1973 foi de 8,5% e em 1973/1974 foi de 14,0% , observando-se um aumento quase em proporção geométrica.

Essa tendência crescente de suspensão do tratamento pelo próprio doente antes de haver decorrido o período para a alta e a interrupção do uso da medicação com suas graves implicações de ordem médica, merecem especial atenção.

A falta de regularidade e de continuidade do tratamento, são fatores que favorecem a resistência bacteriana, dificultando tratamentos posteriores. Os pacientes que assim procedem permanecem como reservatórios de infecção contribuindo para o aumento da prevalência da doença ou da infecção, e transmitindo a outros indivíduos bacilos com as mesmas características de resistência.

A propósito convém ressaltar que, a relação entre o custo dos esquemas usados com doentes resistentes, e os empregados com os sensíveis é de dez para um, o que, evidentemente torna os programas de combate à doença, mais onerosos.²⁸

Parece estar claro, que a educação do paciente, visando a compreensão do seguimento do uso correto dos quimioterápicos, é fator fundamental para reduzir as interrupções e os abandonos do tratamento.

2. OBJETIVOS

Considerando que as atividades educativas devem ser desenvolvidas com bases nas necessidades do educando e inferindo que entre nós tal fato talvez não está acontecendo, o presente estudo tem como objetivo identificar;

- 2.1 O conhecimento que os pacientes portadores de tuberculose pulmonar têm sobre a sua enfermidade.

2.2 Os aspectos da doença que se apresentam mais carentes de informações.

3. REVISÃO DA LITERATURA

De um modo geral nas enfermidades transmissíveis devem ser considerados três fatores; o risco de infecção, o risco de morbidade e o risco de mortalidade. O conhecimento e a disponibilidade de medidas sanitárias frente a esses fatores no campo da tisiologia possibilitaram novas esperanças na luta anti-tuberculose.

CANETTI⁸ admite que na tuberculose humana dois reservatórios podem ser considerados. O reservatório principal, representado pela soma de todos os tuberculosos bacilíferos e o reservatório secundário, representado pela soma de indivíduos infectados. Como o reservatório principal alimenta o reservatório secundário ou latente, é evidente que o tratamento do tuberculoso bacilífero deve ser a arma sanitária mais importante no combate à doença.

Atuando a quimioterapia no reservatório principal, que é o doente bacilífero, tem o poder de reduzir em curto período de tempo o número de bacilos infectantes e consequentemente os danos decorrentes da virulência da infecção, assegurando também a limitação do período de transmissibilidade.

Para cobrir o risco de morbidade entre a população já infectada, a quimioprofilaxia secundária tem sido amplamente utilizada em muitos países, permitindo evitar que, quatro quintos dessa população venha a se tornar fonte de infecção.⁴

A eficácia das drogas específicas inicialmente comprovada por estudiosos ingleses^{11,12}, foi posteriormente confirmada através da I Experiência Internacional de Quimioterapia Contra a Tuberculose.¹⁴ Os resultados dessa experiência promovida pela

União Internacional Contra a Tuberculose com a participação de 21 países, entre os quais o Brasil evidenciou que, a quimioterapia "standard" é capaz de curar praticamente 100% dos pacientes portadores de bacilos sensíveis às drogas, sob a condição de correta utilização terapêutica, isto é, esquemas de tratamento adequados no que diz respeito à associação de drogas, doses prescritas, regularidades de administração e duração do tratamento.

Tais conclusões vieram demonstrar que os chamados malos da quimioterapia no tratamento da tuberculose, foram motivados pelo uso incorreto dos agentes terapêuticos e não à sua ineficácia. Como marcas desses insucessos podemos citar, o fenômeno da resistência bacteriana e a insignificante redução nos coeficientes de morbi-mortalidade.¹⁸

A mortalidade nas capitais brasileiras que em 1960 era de 69,2 por 100.000 habitantes, diminuiu para 38,5, em 1969, apresentando um declínio lento, com variação um pouco maior em 1969 - 11,3%, em relação ao ano de 1968.

De acordo com os dados das Unidades das capitais e interior do País, o percentual de pacientes novos inscritos no período de 1960 a 1969, variou de 30,9 (1965) a 40,1 (1968) em relação ao total de doentes existentes em cada ano, sendo a média no período de 35,4%, o que vem mostrar que o número de doentes inscritos nessas Unidades não tem sofrido modificação apreciável.²²

Mediante o quadro estudado sobre a tuberculose e o seu tratamento, várias medidas foram utilizadas com o fim de alcançar melhores resultados.

O Serviço Nacional de Tuberculose, (S.N.T.) atual Divisão Nacional de Tuberculose, órgãos máximo na luta contra essa enfer-

midade, no Brasil, através da sua Comissão Técnica, elaborou a 2a. Recomendação para o uso da quimioterapia em Saúde Pública,²⁹ na qual destacamos o esquema básico para os casos de doentes não tratados que recomenda um tratamento triplíce inicial, estreptomomicina (SM) + ácido para-amino salicílico (PAS) + isoniazida (INH) durante três meses, seguido de um duplo (PAS+INH) durante três meses e completados com o tratamento único (INH) durante os seis últimos meses. Esse esquema é ainda no presente o mais empregado pela maioria dos Serviços Ambulatoriais que formam a grande rede dispensarial do país.

Há, contudo, vários esquemas recomendados e utilizados, sendo entretanto preservados os princípios considerados fundamentais para se obter o máximo rendimento dos quimioterápicos, tais como; a associação de drogas, o uso contínuo em concentração útil e tempo de tratamento prolongado.

A associação de drogas, impede a multiplicação dos mutantes geneticamente resistente por anular o efeito decorrente do emprego isolado de uma só droga e/ou de associações inadequadas. O emprego da monoterapia favorece a multiplicação dos bacilos resistentes, dando margem ao agravamento do quadro infeccioso, a pós um período de melhora aparente do doente, diminuindo assim a possibilidade de tratamento.

A associação medicamentosa, permite que o bacilo resistente a uma droga permaneça sob a ação das demais.

A continuidade na administração dos medicamentos, mantém uma concentração sanguínea satisfatória que garante o efeito bactericida e bacteriostático das drogas sobre o bacilo.

A concentração útil dos quimioterápicos é fator fundamenen

tal, uma vez que, quando ministrados em dose certa sua ação é bactericida, passando a bacteriostática quando empregada em concentrações insuficientes.⁶

A duração do tratamento prolongado assegura uma cura das lesões e evita a possibilidade de reativação de focos, nos quais podem encontrar-se germes persistentes.

Como podemos observar, o tratamento da tuberculose é realmente exaustivo não somente pela necessidade de associações das drogas e concentração útil, mas sobretudo pelo seu extenso período de tratamento.

A tuberculose é uma doença crônica e não leva necessariamente o doente ao estado grave. O portador de tuberculose sobretudo na fase inicial da doença é em sua grande maioria uma pessoa aparentemente sadia. Os casos mais avançados podem levar o paciente ao estado mais grave, entretanto sua recuperação é feita quase sempre após poucos meses de tratamento. Esses fatores acrescidos aos casos de intolerância e toxicidade dos medicamentos parecem contribuir para que alguns doentes interrompam e/ou abandonem o tratamento.

É oportuno referir os percentuais de abandono do tratamento apresentado por 33 Unidades situadas nas Capitais e 20 no interior do país, no período de Janeiro de 1967 a Janeiro de 1969 que variaram de 5,9 a 18,3.¹⁷ Esses percentuais normalmente analisados sem as respectivas causas, se apresentam muitas vezes superiores ao estipulado como aceitável pelo Serviço Nacional de Tuberculose, (>10%).³⁰

Vários métodos de tratamento estão sendo experimentados no sentido de se conseguir esquemas mais simplificados, que irão reduzir não apenas o custo do tratamento, como tentar assegurar

a regularidade e a continuidade do mesmo, pelos doentes.

Como exemplo pode-se citar a experiência realizada pelo Centro de Quimioterapia da Tuberculose "Tuberculosis Chemotherapy Centre" em Madras, com o tratamento intermitente supervisionado. As drogas usadas foram a estreptomicina e a isoniazida diariamente nas quatro primeiras semanas seguida de duas doses semanais, até completar o período de doze meses. A proporção média de atendimento tardio, foi de 13% e a tendência de diminuição dos atendimentos pontuais, eram encontrados nos últimos meses de tratamento, mesmo entre os doentes que residiam próximo ao Centro de tratamento (4,8km).³¹

Ainda na tentativa de esquemas mais simplificados, o Conselho Britânico de Pesquisas "British Medical Research Councils", realizou experiências com quatro tipos de esquemas. Nesse trabalho, observa-se que o maior percentual dos casos excluídos da experiência, foi devido as interrupções e os abandonos ao tratamento.¹³

Ambas investigações controladas por serviços de alto nível técnico provaram que, as simplificações de esquemas não resolveram as interrupções e os abandonos do tratamento.

A Organização Mundial da Saúde, recomenda a realização de pesquisas no sentido de detectar meios para que se possa ter esquemas mais simplificados e de menor período de tratamento.²⁴

No Brasil já foram iniciadas experiências com tratamentos intermitentes, sem contudo haver ainda publicações dos resultados.

O Comitê de Peritos em Tuberculose da Organização Mundial da Saúde afirma: ainda que a tuberculose tenha como causa neces-

sãria o micro-organismo específico (Mycobacterium tuberculosis), seu desenvolvimento está relacionado com as condições sócio-econômicas da comunidade.²³ É sabido que, a tuberculose é uma doença resultante do conflito entre o germe agressor e o organismo agredido e como tal entram em evidência as causas que favorecem o contágio ou diminuem a resistência individual, admitindo-se com isso, que, o baixo nível de condições sócio-econômicas de uma população é fator comprometedor para sua maior dissiminação. É evidente que a miséria e a promiscuidade facilitam o contágio inter-humano, porém como já mencionamos a experiência mundial comprovou que a moderna quimioterapia corretamente conduzida é capaz de levar o paciente à cura, mesmo quando pertencente a uma comunidade subnutrida, dominada pela fome crônica.⁸

Estudos realizados em Madras, concluíram que, o tratamento do tuberculoso em hospitais não apresenta nenhuma vantagem especial em relação ao efetuado em ambulatório, particularmente no que se refere à resposta clínica, ao risco de recaída e a proteção de comunicantes.³²

As vantagens evidenciadas nos resultados destas investigações, levaram os órgãos de luta contra a tuberculose do país a intensificar o tratamento ambulatorial, o que resulta da necessidade de uma ação educativa mais objetiva junto aos pacientes.

VILLAS BOAS⁷ em seu trabalho "A Tuberculose, problema de Saúde Pública" ressaltou três fatores como causas principais das falhas do tratamento no Brasil; uso de esquemas terapêuticos pouco eficazes e/ou inadequados; irregular fornecimento de medicamentos específicos aos órgãos de luta contra a tuberculose; ausência de esclarecimento à população, particularmente ao doente e sua família, quanto às exigências de tratamento.

Essas conclusões vieram deixar claro a necessidade de enfatizar três aspectos fundamentais: Difundir entre a classe médica a importância do tratamento correto; Prever as drogas necessárias para o período de tratamento de cada doente; Reforçar as atividades educativas principalmente junto ao paciente e sua família.

Sendo as duas primeiras necessidades consideradas básicas para uma terapêutica correta, a terceira parece ser verdadeiramente imprescindível.

Pouco ou nenhum valor teriam as soluções dos problemas médico-administrativos sem o envolvimento dos elementos do terceiro item.

Que resultados se poderia esperar de um serviço, cujos mēdicos estivessem altamente conscientizados dos princípios da terapêutica e o fornecimento de medicamentos fosse tão eficiente quanto necessário, sem que a comunidade estivesse suficientemente esclarecida quanto às exigências do tratamento?

Face às possibilidades de avaliação e reajuste, as duas primeiras necessidades parecem ser de mais fácil solução. Entretanto, sendo a educação a incorporação de conhecimentos que capacitem o indivíduo a modificar significativamente seu comportamento, é de difícil avaliação, por não se poder dizer objetivamente o nível de recepção da comunicação que lhe é oferecida sobre a tuberculose e seu tratamento.

BRÖLIO,⁶ afirma que a falta de cooperação do doente para seguir a orientação indicada sobre o tratamento é uma das causas do insucesso da quimioterapia. Continuando diz o autor "na verdade não basta prescrever bem, é necessário que os doentes tomem os medicamentos prescritos com regularidade".

DERRYBERRY,¹⁰ afirma que a necessidade do diagnóstico educativo da comunidade a ser ensinada, é fator primordial para o planejamento dos programas educativos.

Assim como o médico utiliza instrumentos para definir o diagnóstico do seu doente e só posteriormente prescreve a medicacação, deve o educador de saúde proceder de maneira semelhante.

Investigar quais os aspectos mais carentes de informações a fim de racionalizar o conteúdo educativo é uma condição alcançada através do diagnóstico educativo do paciente.

GRUBER,¹² comenta "o que o homem deve aprender é assunto que só a ele interessa e a ele apenas cabe decidir".

ROGERS,²⁶ defende o princípio de que a aprendizagem significativa se verifica quando o educando percebe que o conteúdo ensinado se relaciona com seus próprios objetivos.

RÊGO BARROS,³ afirma que embora a educação a ser propor - cionada ao tuberculoso não defina essencialmente daquela dos demais doentes, ela merece uma atenção especial por ser a tubercu - lose uma doença crônica que exige do paciente um longo período de tratamento.

O diagnóstico educativo com vista a traçar programas edu - cativos que correspondam às necessidades do educando, parece fa - cilitar a avaliação, sobretudo de comparações das situação ante - riores e posteriores ao diagnóstico.¹⁵

A escassez de profissionais especializados em educação para a saúde na região Norte e Nordeste, leva o enfermeiro a assu - mir uma maior responsabilidade das atividades educativas.

HENDERSON,²⁰ define que, "a função peculiar do enfermeiro, é dar assistência ao indivíduo doente e/ou sadio no desempenho de

atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la (ou ter uma morte serena)-atividades que ele desempenharia so, se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários". Esta assistência deve ser dada de modo a ajudá-lo a readquirir sua independência o mais rápido possível.

Esta definição embora atinja uma amplitude de atividades, deixa claro, que a educação constitui parte inerente à função do enfermeiro. Sua responsabilidade educativa frente aos pacientes tuberculosos, se impõe pela exigência da participação ativa destes no tratamento. É dever do enfermeiro não so interpretar para o doente o plano terapêutico, mas, ajudá-lo para que o mesmo seja cumprido.

4. VARIÁVEIS

Para realizar este estudo identificamos as variáveis que consideramos de maior importância;

- 4.1 - Variável independente - A educação não baseada nas reais necessidades educativas do paciente.
- 4.2 - Variável dependente - Seguimento do tratamento não correto por parte do paciente.
- 4.3 - Variáveis intermitentes - Idade, sexo, estado civil, escolaridade, crença religiosa, renda familiar, ocupação e número de pessoas existentes na família.

5. ÁREA E POPULAÇÃO

5.1 Cidade e População de Recife.

O trabalho foi desenvolvido na cidade do Recife, que ocupa 98.281 km² correspondente a 6,3 por cento da área do Nor-

deste e 1,16% do território Nacional.

A cidade abrange uma área de 209 km² e fica situada na costa Atlântica estando dividida por dois rios, o Capibaribe e o Beberibe.

Sua temperatura média é de 22º - 23º c, oscilando entre 17º e 33ºc.

A fim de atender ao sistema de descentralização, a Secretaria da Saúde do Estado, dividiu a área em oito regiões de Saúde, com seus respectivos escritórios de supervisão e suas áreas programáticas.

O presente estudo foi realizado no Dispensário de Tuberculose do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, localizado na 3a. Área Programática da 1a. Região do Estado de Pernambuco.

Formada pelos bairros de Encruzilhada, Beberibe, Santo Amaro e Água Fria, abrange uma área de 29 km² correspondendo aproximadamente a 13 por cento da área total da cidade. Localizada na Zona Norte apresenta-se topograficamente constituída de terrenos planos, uma pequena parcela de alagados e uma elevada proporção de morros.

Os bairros possuem Centros Comerciais próprios, destacando-se três grandes indústrias e três mercados Públicos pertencentes a municipalidade. Existem várias entidades religiosas, educacionais, recreativas e de formação profissional. O número de escolas dedicadas ao ensino primário e secundário é de 48, pertencentes a rede estadual e/ou municipal.

A população estimada pelo processo geométrico para a cida-

de do Recife para o ano de 1975 foi de 1.258.222 habitantes com uma densidade demográfica de 6.020 hab./km², enquanto que para a 3a. Área Programática foi estimada para o mesmo ano, 281.590 habitantes com uma densidade demográfica de 11.264 hab./km².

5.2 Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, resultante do convênio entre a Fundação de Saúde Amaury de Medeiros e a Fundação do Ensino Superior de Pernambuco é uma entidade de caráter didático, científico e assistencial, prestando serviços às comunidades dos bairros da Encruzilhada, Santo Amaro, Beberibe e Água Fria, compreendendo, o Centro de Saúde Amaury de Medeiros e a Maternidade Monteiro de Moraes, ambos localizados no bairro da Encruzilhada, e os Consultórios Periféricos em número de cinco, localizados em partes estratégicas dos bairros de Beberibe e de Água Fria.

O Dispensário de Tuberculose funciona integrado à Unidade Sanitária, sendo há 20 anos o único Serviço Oficial de Tisiologia da localidade e destina-se ao atendimento do público residente na área. Suas atividades são desenvolvidas em função da prevenção, descoberta de casos, diagnóstico, tratamento e controle da Tuberculose:

Atualmente conta com três médicos, um enfermeiro, sete atendentes de enfermagem, dois técnicos de radiologia e dois auxiliares de arquivista.

O número total atual de doentes em tratamento de Tuberculose em toda suas formas é de 725, sendo 383 pertencentes à

população não contribuintes e 342 previdenciários do Instituto Nacional de Previdência Social - (INPS).

A tuberculose considerada em todas suas formas ocupou no Recife o terceiro lugar como causa de morte no período de 1960 a 1970 e a incidência de infecção vem se mantendo há alguns anos em torno de 13%, aos 14 anos de idade. Para o ano de 1974 sua mortalidade foi de 52,0% por mil habitantes, tendo o coeficiente de mortalidade infantil atingido 10,3 por mil crianças nascidas vivas.²² Tal situação é válida para a 3a. Área Programática da 1a. Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

5.3 Grupos Trabalhados

A população trabalhada foi constituída de dois grupos de pacientes que, para melhor descrição, receberam a classificação de GRUPO A e GRUPO B. Fizeram parte de ambos os grupos, pacientes não contribuintes e beneficiários do Instituto Nacional de Previdência Social.

6. MATERIAL E MÉTODO

6.1 Seleção, Técnica, Instrumento e Procedimento

6.1.1 Grupo A

Constituído de 101 pacientes bacilíferos recém-diagnosticados de tuberculose pulmonar inscritos no Dispensário de Tuberculose no período de 1º de janeiro a 31 de maio de 1975.

A escolha dos pacientes recém-diagnosticados, partiu da pressuposição de ser este grupo desprovido de trabalho educativo específico em tuberculose.

O período para realização do estudo foi determinado aleatoriamente, uma vez que, parece não existir nenhuma relação entre a incidência da doença e períodos estacionais.

A técnica de investigação usada foi a entrevista realizada no próprio Dispensário.

Como instrumento utilizou-se o formulário constituído de 25 perguntas fechadas e 5 abertas, tendo sido o mesmo previamente testado. (ANEXO II).

Na elaboração do formulário procuramos coletar dados que atendessem aos objetivos propostos no estudo, tendo as perguntas sido formuladas sobre os seguintes itens:

- idade, sexo, estado civil, escolaridade, crença religiosa, renda familiar, ocupação do chefe e número de pessoas existentes na família.
- motivos da demanda ao Serviço e conduta do paciente anterior ao diagnóstico.
- conhecimento do paciente sobre a sintomatologia, transmissibilidade, tratamento e prognóstico da tuberculose.
- conduta do paciente após a confirmação do diagnóstico.

A fim de evitar que os pacientes recebessem quaisquer informações que pudessem influenciar em suas respostas, mantivemos um entrosamento com os Serviços Médico e de Enfermagem, bem como, com os de

mais funcionários sobre o tipo de trabalho a ser desenvolvido.

Os pacientes após a suspeita radiológica eram dirigidos para o Setor de Encaminhamento de Suspeitos, onde eram submetidos aos exames baciloscópicos.

Os exames bacteriológicos foram feitos pelo Método de Ziehl - Nielsen e eram repetidos até três vezes, caso os resultados do 1º e 2º exames fossem negativos.

Com os resultados dos exames solicitados fazia-se a inscrição do paciente no Serviço, seguida da abertura da respectiva ficha. Posteriormente os mesmos eram encaminhados para a 1ª. consulta médica que se limitou a anamnese, confirmação do diagnóstico e prescrição dos medicamentos.

Logo depois, os pacientes eram levados para a sala de entrevista e após responderem as perguntas do formulário recebiam a orientação de rotina usada no Serviço para os recém-diagnosticados; 25,2 por cento dos pacientes não foram entrevistados por limitação do seu estado de saúde.

6.1.2 Grupo B

O Grupo B foi formado de pacientes que apresentaram o processo de recidiva da Tuberculose pulmonar no período de 1º de janeiro de 1968 a 31 de maio de 1975.

Foi considerado recidivante aquele paciente que após preencher satisfatoriamente os requisitos clínico, radiológico e bacteriológico exigidos para a alta, voltou a ser classificado como tuberculoso, independentemente do tempo decorrido entre a alta e a reincidência.

O levantamento de dados desse grupo teve como finalidade principal, obter subsídios para análise do conhecimento sobre a tuberculose por parte dos pacientes, não tendo havido nenhuma intenção em esclarecer cientificamente as causas da recidiva.

Foram usadas os casos que tiveram resultados da baciloscopia positivos tanto no processo inicial quanto no recidivante. Todos os casos selecionados para estudo haviam sido considerados em base de informação dos pacientes como virgem de tratamento (V.T.), no processo inicial, sem contudo ter sido feito o teste de sensibilidade bacteriana. Usando este critério conseguimos constituir um universo de 64 pacientes. Deste grupo não puderam ser entrevistados 12 pacientes: por mudança de residência (seis), endereços não localizados (três) e óbitos (três).

A técnica de investigação empregada foi a entrevista, efetuada no Dispensário para os pacientes em tratamento e a domicílio para aqueles que já haviam recebido alta do Serviço.

O formulário foi o instrumento usado, composto de 7 perguntas fechadas e 6 abertas tendo sido o mes

mo previamente testado. (ANEXO III). Os dados coletados incluíram os seguintes aspectos:

- idade, sexo, estado civil, escolaridade, crença religiosa, renda familiar, ocupação de chefe e número de pessoas existentes na família.
- opinião do doente sobre as supostas causas da recidiva.
- cumprimento da orientação dada sobre a prescrição médica no tratamento anterior.
- motivos da demanda ao Serviço por ocasião da descoberta do processo recidivante.

7. RESULTADOS

7.1. Grupo A

Na TABELA I, figuram as distribuições das características sócio-econômicas dos pacientes recém-diagnosticados.

TABELA I

DISTRIBUIÇÕES DOS PACIENTES SEGUNDO A IDADE, SEXO, GRAU DE ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL E CRENÇA RELIGIOSA.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM.

Recife - 1975

DESCRIÇÃO	Nº	%
1. Grupo etário		
0 - 10 anos	-	-
10 - 20 anos	16	15,8
20 - 30 anos	49	48,5
30 - 40 anos	18	17,9
40 - 50 anos	9	8,9
50 e mais	9	8,9
	<u>101</u>	<u>100,0</u>
2. Sexo		
Masculino	65	64,3
Feminino	36	35,7
	<u>101</u>	<u>100,0</u>
3. Grau de Escolaridade		
Não alfabetizado	55	54,4
Primário incompleto	18	17,8
Primário completo	18	17,9
Secundário	10	9,9
	<u>101</u>	<u>100,0</u>
4. Estado Civil		
Solteiro	21	20,7
Casado	51	50,5
União Livre	17	16,8
Viúvo	7	7,0
Desquitado	5	5,0
	<u>101</u>	<u>100,0</u>
5. Religião		
Católica	58	57,4
Protestante	6	5,9
Espírita	13	12,9
Sem religião	24	23,8
	<u>101</u>	<u>100,0</u>

O maior percentual da população estudada foi encontrada na faixa etária de 20 - 30 anos 49 pacientes (48,5 por cento) vindo em segunda o correspondente à faixa de 30 - 40 anos 18 (17,9 por cento), tendo os indivíduos do sexo masculino sido mais frequentes do que o sexo feminino, numa proporção de 1,8/1.

O grau de escolaridade apresentou-se baixo, pois, além de 55 dos entrevistados (54,4 por cento) serem analfabetos 18 (17,8 por cento) não haviam completado o curso primário.

Quanto ao estado civil predominaram os indivíduos casados 51 (50,5 por cento).

Quanto à crença religiosa 58 (57,4 por cento) declararam-se católicos 24 (23,8 por cento) sem religião 13 (12,9 por cento) espíritas e 6 (5,9 por cento) como protestantes.

Com a finalidade de ampliar a análise dos dados que caracterizam as condições sócio-econômicas de uma comunidade, procuramos incluir perguntas relacionadas com a renda familiar, a ocupação do chefe e o número de pessoas existentes na família.

Houve impossibilidade de se conseguir essas informações devido à elevada taxa de desemprego acrescida do número dos que trabalhavam por conta própria sobretudo como "biscateiro", não tendo sido possível determinar-se ou mesmo estimar-se, aproximadamente, uma renda mensal média.

Houve também impossibilidade de se determinar a distribuição dos pacientes por número de pessoas que com ele residiam sob o mesmo teto, em virtude da mobilidade da população de seus familiares e agregados.

TABELA II

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO O MOTIVO DA
DEMANDA AO SERVIÇO DE RADIOLOGIA.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM

RECIFE - 1975

MOTIVOS	Nº	%
Por se sentir doente	73	72,2
Para fins legais	17	16,8
A pedido médico	6	6,0
Por ser comunicante	3	3,0
Por hábito pessoal	2	2,0
TOTAL	101	100,0

A análise dos motivos da demanda ao Serviço Radiológico do Dispensário mostrou que 73 (72,2 por cento) dos entrevistados procuraram o Serviço por se sentir doente. Este dado relacionado com o de 2 pacientes (2,0 por cento) que procuraram o Serviço por "hábito pessoal", revela o grau de desconhecimento da população quanto a importância dos exames radiológicos anuais, para o diagnóstico precoce. (TABELA II).

A exigência da radiografia dos campos pulmonares para fins legais (Carteiras e Atestados de Saúde), foi o segundo motivo da demanda 17 casos (16,8 por cento), o que vem revelar a validade dessa exigência legal como meio de detecção da Tuberculose.

TABELA III

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM A
CONDUTA TERAPÊUTICA ADOTADA ANTES DO DIAG -
NÓSTICO.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM

RECIFE - 1975

MEDICAÇÃO	Nº	%
Expectorante	38	52,0
Antibiótico	19	26,0
Outros	14	19,2
Nenhuma	2	2,8
TOTAL	73	100,0

Dos 73 pacientes que procuraram o Serviço por se sentir doente 71 (97,2 por cento), tinham tomado medicação para o que estava sentindo. O uso de expectorante foi adotado por 38 dos indivíduos com sintomas (52,0 por cento), tendo o uso de antibióticos se constituído como procedimento classificado em segundo lugar em ordem de frequência 19 pacientes (26,0 por cento). Foram rotulados como outros medicamentos as vitaminas e preparados com ervas caseiras. (TABELA III)

TABELA IV

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AOS MEIOS DE
INFORMAÇÕES SOBRE TUBERCULOSE.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM

RECIFE - 1975

TIPOS DE INFORMAÇÕES	Nº	%
Vizinhos e/ou pessoas amigas	35	34,7
Profissionais de Saúde	9	8,9
Rádio	8	7,9
Televisão	5	4,9
Imprensa escrita	3	3,0
Outros Serviços da Comunidade	2	1,9
Sem informações	39	38,7
TOTAL	101	100,0

O grupo de vizinhos e/ou pessoas amigas foi o canal de comunicação mais atuante. Dos pacientes entrevistados, 62 (61,3 por cento), responderam haver tido informações sobre a tuberculose, 35 (34,7 por cento) tiveram as informações por intermédio de vizinhos e/ou pessoas amigas. Apenas 9 (8,9 por cento), tiveram informações através de profissionais de saúde. O avanço tecnológico tem permitido uma larga penetração dos aparelhos de televisão e principalmente do rádio entre as classes menos privilegiadas, entretanto, apesar de suas vantagens como meio de comunicação de massa, parece ser ainda pouco utilizados pela Saúde Pública, pois apenas 8 (7,9 por cento) dos entrevistados tiveram informações sobre a doença através do rádio e 5 (4,9 por cento), por aparelho de televisão. Não tiveram nenhuma informação sobre a doença 39 (38,7 por cento) dos pacientes. (TABELA IV).

TABELA V
DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO AS CAUSAS
ALEGADAS DA DOENÇA.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM
RECIFE - 1975

CAUSAS	Nº	%
Por não se alimentar bem	27	26,8
Por trabalhar muito	21	20,8
Consequência de traumatismo	18	17,9
Por haver levado chuva	16	15,8
Consequência de outra doença	9	8,9
Outras causas	6	5,9
Não sabiam responder	4	3,9
TOTAL	101	100,0

Os termos usados para determinação das causas das doenças, são aqueles que os entrevistados aceitam como tais. O termo "por não se alimentar bem" inclui os aspectos qualitativos e quantitativos dos alimentos. Dos 101 pacientes entrevistados 27 (26,8 por cento) associaram o aparecimento da doença à deficiência alimentar, enquanto 21 (20,8 por cento), o relacionaram ao excesso de trabalho. A alegação de traumatismo

(queda e pancada) como causa de doença por 18 pacientes (17,9 por cento) e de haver levado chuva por 16 (15,8 por cento), revelaram a presença de crendices entre a população estudada. (TABELA V).

Entre outras causas, a menorreia e o levantamento de objetos pesados foram as causas mais frequentemente mencionadas.

Dos 101 pacientes entrevistados, 80 (79,2 por cento) responderam ser a tuberculose uma doença transmissível, apenas 15 (14,9 por cento) responderam negativamente e 6 (5,9 por cento) não souberam responder. Quanto aos pacientes que admitiram ser a tuberculose uma doença transmissível, (81,2 por cento) indicaram uma forma de contato indireto e (18,8 por cento) de contato direto.

TABELA VI

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM AS OPINIÕES A RESPEITO DE QUANDO DEIXA O PACIENTE DE TRANSMITIR A DOENÇA.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM
RECIFE - 1975

TEMPO	Nº	%
São quando termina o tratamento	46	57,5
Alguns meses após iniciar o tratamento	21	26,2
Alguns dias após iniciar o tratamento	10	12,5
Não sabiam responder	3	3,8
TOTAL	80	100,0

Interrogando-se os entrevistados sobre quais os doentes que transmitem a doença, (71,2 por cento) responderam que todos, e apenas (8,0 por cento) acharam que dependia da gravidade do caso. Na Tabela VI observa-se que dos 80 (79,2 por cento) que afirmaram ser a tuberculose uma doença transmissível 46 (57,5 por cento) foram de opinião que a transmissão só cessaria quando terminado o período de tratamento, enquanto que, 21 (26,2 por cento) opinaram que a transmissão cessaria alguns meses após o

início do tratamento, 10 (12,5 por cento) alguns dias após e 3 (3,8 por cento) não sabiam responder.

TABELA VII

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO AS OPINIÕES A RESPEITO DOS CUIDADOS QUE O DOENTE DEVE TER PARA EVITAR A TRANSMISSÃO.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM
RECIFE - 1975

CUIDADOS	Nº	%
Separação de objetos de uso pessoal	46	57,5
Hospitalização	32	40,0
Não sabiam responder	2	2,5
TOTAL	80	100,0

A separação dos objetos de uso pessoal, foi o cuidado mais frequentemente citado como meio de evitar a transmissão da doença 46 (57,5 por cento).

A hospitalização foi referida por 32 pacientes (40,0 por cento) como "isolamento em hospital" (TABELA VII).

TABELA VIII

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A OPINIÃO A RESPEITO DOS FATORES DE CURA DA TUBERCULOSE

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM
RECIFE - 1975

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
S.P. - 8

FATORES	Nº	%
Alimentação	42	43,7
Repouso	29	30,2
Medicação	15	15,7
Hospitalização	10	10,4
TOTAL	96	100,0

Noventa e cinco por cento dos entrevistados responderam ser a tuberculose uma doença curável; por sua vez 42 (43,7 por cento) desses últimos, opinaram ser a alimentação o fator mais im

portante da cura.

Apenas 15 (15,7 por cento) destacaram a medicação como fator de maior importância na cura da tuberculose. (TABELA VIII).

TABELA IX

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO AS OPINIÕES A RESPEITO DO TEMPO DE TRATAMENTO NECESSÁRIO
DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM

RECIFE - 1975.

TEMPO	Nº	%
1 a 3 meses	39	38,7
4 a 6 meses	34	33,7
7 a 11 meses	15	14,8
12 meses	8	7,9
Não sabiam responder	5	4,9
TOTAL	101	100,0

No que se refere ao tempo de tratamento, fator considerado de suma importância para o êxito da cura 39 (38,7 por cento) responderam que o tempo necessário para o tratamento seria de 1 a 3 meses, 34 (33,7 por cento) escolheram o período de 4 a 6 meses e 15 (14,8 por cento) de 7 a 11 meses. Apenas 8 (7,9 por cento) referiram 12 meses. (TABELA IX).

Observa-se na prática que após a confirmação do diagnóstico os pacientes demonstram uma tendência de se privarem de, ou aderirem a certos hábitos comportamentais, muitas vezes considerados supérfluos para seu tratamento. Por isso procuramos investigar quais as modificações de hábitos e conduta que os doentes desejariam realizar após a certeza do diagnóstico de tuberculose. (TABELA X).

TABELA X

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO AS DECISÕES
E MODIFICAÇÕES DE CONDUTA APÓS CONHECIMENTO
DO DIAGNÓSTICO.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM
RECIFE - 1975

CONDUTAS A MODIFICAR	Nº	%
Repouso	36	35,7
Alimentação	21	20,8
Vício	18	17,9
Trabalho	13	12,8
Higiene Pessoal	13	12,8
TOTAL	101	100,0

Comparando-se as TABELAS VIII e X vê-se que, enquanto a alimentação foi considerada o fator mais importante para a cura, a mais frequente modificação de conduta referida correspondeu à necessidade de repouso, vindo em segundo lugar o fator ali mentação. Entre os vícios referidos por parte dos doentes como ' comportamentos a serem modificados, foram mais frequentes o alcoolismo e a dança que, espontaneamente eram assinalados por muitos dos pacientes como "vício". As modificações concernentes ao trabalho referiram-se à sua redução, enquanto, as relativas à higie ne pessoal, expressaram em sua maioria a exclusão de banhos com água fria. (TABELA X).

O hábito da separação dos objetos de uso pessoal já era praticado antes, em (14,9 por cento) dos entrevistados, enquanto (85,1 por cento) deles decidiram tomar esse cuidado após o descobrimento da doença.

Antes do diagnóstico 22,8 por cento dos entrevistados já dormiam em ambientes separados. Dos 77,2 por cento restantes todos afirmaram positivamente a pergunta se deveriam dormir em ambientes separados. em virtude da enfermidade presentemente confirmada.

7.2 - Grupo B

A análise dos dados resultantes da aplicação do formulário do GRUPO B, constituído de 52 pacientes recidivantes acha-se resumida nas tabelas que se seguem.

Observa-se na TABELA IX que, embora a maior frequência dos casos de recidiva tenha se concentrado nas faixas etárias de 40 + 50 anos e 30 + 40 anos, chamamos atenção para o percentual do grupo etário dos menores de 20 anos ' que somam 11,7 por cento dos casos.

Houve 34 (65,3 por cento) indivíduos do sexo masculino e 18 (34,7 por cento) do sexo feminino. Tal fato possivelmente justifica-se por ser o sexo masculino o de maior incidência da doença. O percentual de indivíduos não alfabetizados foi de 52,0 por cento que acrescido aos 25,0 por cento que possuíam o curso primário incompleto, mostrou o baixo nível de instrução da população: apenas 4 (7,7 por cento) dos pacientes tinham o curso secundário. A frequência de doentes solteiros foi de (44,3 por cento), a de casados (40,3 por cento) e a de uniões livres de (15,4 por cento). O catolicismo foi a crença mais frequente (75,0 por cento).

Foi também impossível para esse grupo coletar informações relativas à renda familiar, à ocupação do chefe e ao número de pessoas existentes na família, pelos mesmos motivos apresentados nos resultados do GRUPO A.

TABELA XI

DISTRIBUIÇÕES DOS PACIENTES SEGUNDO A IDADE,
SEXO, GRAU DE ESCOLARIDADE, ESTADO CIVIL E CRENÇA
RELIGIOSA.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM
RECIFE - 1975

DESCRIÇÃO	DISTRIBUIÇÃO	
	Nº	%
1. Grupo etário		
0 - 10 anos	2	3,9
10 - 20 anos	4	7,8
20 - 30 anos	9	17,3
30 - 40 anos	13	25,0
40 - 50 anos	17	32,6
50 e mais	7	13,4
	52	100,0
2. Sexo		
Masculino	34	65,3
Feminino	18	34,7
	52	100,0
3. Grau de escolaridade		
Não alfabetizado	27	52,0
Primário incompleto	13	25,0
Primário completo	8	15,3
Secundário	4	7,7
	52	100,0
4. Estado Civil		
Solteiro	23	44,3
Casado	21	40,3
União Livre	8	15,4
Viúvo	-	-
Desquitado	-	-
	52	100,0
5. Religião		
Católica	39	75,0
Protestante	5	9,8
Espírita	4	7,6
Sem religião	4	7,6
	52	100,0

TABELA XII
DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO AS SUPOSTAS
CAUSAS DE RECÍDIVA.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM

RECIFE - 1975

ESPECIFICAÇÃO	Nº	%
Extravagância	16	30,9
Mã alimentação	12	23,0
Excesso de trabalho	11	21,1
Não cumprimento da prescrição médica	9	17,3
Não curado anteriormente	2	3,9
Intercorrência de outras doenças	1	1,9
Sem respostas	1	1,9
TOTAL	52	100,0

Os termos usados na TABELA XII, como causas do processo recidivante, correspondem a opinião dos entrevistados. O termo "extravagância" aqui expresso, significa determinada conduta que o doente admite não ser conveniente para a sua saúde. Entre as chamadas "extravagâncias" foram assinaladas com mais frequência: dança, dormir tarde, levantar objetos pesados, banho com água fria, banho de mar, alcoolismo e tabagismo. A má alimentação referida como causa da recidiva (qualidade e quantidade) teve um percentual de 23,0 por cento enquanto que para o excesso de trabalho o percentual foi de 21,1 por cento. Dos 52 doentes apenas 9 (17,3) por cento, responderam que a sua recidiva tinha sido motivada pelo não cumprimento da prescrição médica, o que indica que, pelo menos esses pacientes não fizeram uso correto da medicação. Todavia 2 (3,9 por cento) dos doentes responderam que não haviam ficado realmente curados no tratamento anterior, enquanto 1 assinalou que a recidiva foi devido a intercorrência de outras doenças.

TABELA XIII

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO OS MOTIVOS
DECLARADOS PARA O NÃO CUMPRIMENTO DA ORIENTA-
ÇÃO DADA PELO SERVIÇO.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM

RECIFE - 1975

MOTIVOS	Nº	%
Descuido	15	39,4
Por se sentir mal	10	26,3
Quantidade excessiva de medicamentos	9	23,7
Por se sentir melhorado	4	10,6
TOTAL	38	100,0

Interrogando-se os entrevistados a respeito do cumprimento da prescrição médica no tratamento anterior, no tocante a associação de drogas, doses, regularidade e continuidade do tratamento no período de 12 meses, observamos que, 73,0 por cento, ou seja, 38 pacientes, o fizeram incorretamente. Considerou-se tratamento incorreto, quando qualquer um dos ítems acima citados deixou de ser cumprido.

Dos 38 pacientes que não seguiram a orientação dada pelo Serviço, quanto a maneira de tomar os medicamentos 15 (39,4 por cento) o fizeram por "descuido". Foram chamados "descuidos" a falta de tempo ou esquecimento de tomar os remédios. Deixaram ainda de seguir a orientação 10 pacientes (26,3 por cento) "por se sentir mal", 9 (23,7 por cento), devido a quantidade excessiva de medicamentos e 4 (10,6 por cento) por se sentirem melhorados. (TABELA XIII).

TABELA XIV

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A DURAÇÃO DA IRREGULARIDADE DA MANEIRA DE TOMAR OS MEDICAMENTOS.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM
RECIFE - 1975

DESCRIÇÃO DA IRREGULARIDADE	Nº	%
<i>Durante meses do período do tratamento</i>	21	55,2
<i>Durante dias do período do tratamento</i>	11	29,0
<i>Durante todo período do tratamento</i>	6	15,8
TOTAL	38	100,0

Embora sabendo antecipadamente das possíveis falhas para a coleta de informações concernente ao tempo de irregularidade no cumprimento do tratamento, decidimos interrogar os doentes sob esse aspecto em virtude do seu valor para o presente estudo. (TABELA XIV).

Os intervalos de classes considerados, foram determinados prevendo-se uma maior facilidade para as informações a serem prestadas pelos doentes.

Entre os 38 pacientes que declararam irregularidade no cumprimento do tratamento 21 (55,2 por cento) afirmaram não ter seguido a orientação da prescrição médica durante alguns meses do tratamento, 11 (29,0 por cento), durante dias do período de tratamento e 6 (15,8 por cento), durante todo o período do tratamento.

TABELA XV

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUANTO OS
MOTIVOS DA DEMANDA AO SERVIÇO.

DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE DO CISAM
RECIFE - 1975

MOTIVOS	Nº	%
Por sentir doente	43	82,7
Para fins legais	6	11,5
Por hábito pessoal	3	5,8
TOTAL	52	100,0

Dos 52 pacientes entrevistados 42 (82,7 por cento) alegaram ter procurado o Serviço por se sentir doente e 6 (11,5 por cento) compareceram para fins legais (carteira e atestado de saúde) apenas 3 (5,8 por cento) o fizeram por hábito pessoal. (TABELA XV)

8. COMENTÁRIOS

8.1 - Grupo A

A análise das distribuições isoladas por idade, sexo, estado civil, revelou maiores percentuais de indivíduos entre 20 e 30 anos, do sexo masculino, casados, assemelhando-se desta maneira a distribuição atual da doença.

A alta percentagem de indivíduos não alfabetizados mostrou o baixo nível de instrução dos entrevistados.

Os entraves encontrados na tentativa de uma análise mais objetiva das condições sócio-econômicas da população, por se, tornou evidente possuir esta população um baixo padrão de vida.

A população parece desconhecer o valor do diagnóstico precoce da enfermidade, uma vez que, a maioria dos doentes procuram o Serviço de Radiologia do Dispensário por

sentir-se doente. O fato da doença poder ser curada em qualquer fase de sua evolução, não implica em negligenciar-se o esclarecimento da comunidade, a respeito das vantagens do diagnóstico precoce, principalmente, pelas melhores possibilidades de cura e o reduzido risco de contágio.

A alta percentagem de uso de medicação por parte da população antes de haver procurado o Serviço, talvez decorra da facilidade de aquisição de medicamentos sem prescrição médica.

Chamamos atenção para a frequência do uso de antibiótico, visto que, dependendo do tipo e da duração de tratamento, implica na alteração do esquema terapêutico a ser adotado.

O fato de trinta e oito por cento dos pacientes entrevistados não terem recebido qualquer informação sobre a tuberculose e o reduzido percentual dos que tiveram informações através de profissionais de Saúde, demonstra a pouca atuação do Serviço nos programas de educação para a saúde destinado a comunidade. Mais de cinquenta por cento dos pacientes haviam recebido informações sobre a doença através de vizinhos e/ou pessoas amigas o que evidencia uma possível transmissão de tabus e crenças sobre a enfermidade.

Os motivos apresentados como causas de tuberculose foram associados a fatores que podem influenciar na resistência orgânica, tais como, deficiência alimentar, excesso de trabalho e a outros totalmente irrelevantes, como "queda", "pancada" e "levar chuva" que representam tabus e crenças culturais.

Apesar de grande percentual dos entrevistados (79,2 por cento) terem afirmado ser a tuberculose uma doença transmissível, não foi registrado nenhum caso em que o paciente tivesse respondido que a transmissibilidade fosse o motivo de surgimento

da doença, embora 3 (3,0 por cento) tenham afirmado que procuraram o Serviço por serem comunicantes.

O conhecimento sobre o mecanismo de transmissão da doença é fator primordial uma vez que dele depende o ajustamento do paciente no meio familiar e social.

A idéia errônea de que todo portador de tuberculose pulmonar é transmissor da doença e que o período de transmissibilidade permanece até o término do tratamento foi evidenciada entre os entrevistados. Sabemos que a transmissão da tuberculose pelo M. Tuberculosis se dá através de quatro mecanismos: Transmissão direta por contato do homem doente ao sadio; Transmissão direta por meio de gotículas de PILLUGGE eliminadas durante a tosse ou espirro; Transmissão indireta pelas gotículas de WELLS que permanecem em suspensão após a tosse; Transmissão indireta a partir de poeiras onde o bacilo estava depositado.

Há necessidade da fonte contagiante, que é o doente bacilífero, depositar o germe no meio ambiente, cuja propagação irá sofrer ainda influências dos fatores favoráveis e desfavoráveis deste meio. Outro aspecto importante e que merece ser esclarecido ao doente é a negatificação bacteriológica ocorrida com poucos meses de tratamento correto, encerrando-se então o período da transmissibilidade da doença.

Esses aspectos são de suma importância e devem ser esclarecidos por ocasião da educação do paciente a fim de evitar transtornos muitas vezes criados pela própria família do doente por ocasião da descoberta do caso.

Apesar da reduzida importância da transmissão da tuberculose pelo contato indireto, foi esse mecanismo altamente valorizado, visto que, a separação dos objetos de uso pessoal foi citada por 46 (57,5 por cento) dos entrevistados, como meio de evitar a transmissibilidade da doença.

A população estudada parece estar bem esclarecida de que a tuberculose é uma doença curável (95,0 por cento), entretanto, os fatores apontados como de maior importância no tratamento foi a alimentação e o repouso.

Há muito tempo sabe-se que, ambos os fatores não desempenham papel relevante na terapêutica da enfermidade e que apenas a medicação corretamente conduzida assegura a possibilidade de cura independente da superalimentação e do repouso. A medicação como fator de maior importância no tratamento foi assinalada apenas por 15 (15,7 por cento) dos entrevistados.

O tempo necessário para o tratamento foi outro aspecto desconhecido pela grande maioria dos doentes. Apenas 8 (7,9 por cento) responderam que o tempo de tratamento necessário seria de 12 meses.

Lembramos aqui a afirmação de VILAS BOAS, que apontou como uma das causas das falhas do tratamento "a ausência de esclarecimentos à população, particularmente do doente e sua família, quanto às exigências do tratamento". Esse esclarecimento feito através das atividades educativas é fator primordial para se conseguir uma grande parcela de colaboração do doente, seja qual for o tipo ou duração do tratamento.

O tratamento intermitente, atualmente, em fase de experiência em vários países, inclusive no Brasil, tem por objetivo principal a simplificação do esquema e a redução do período de tratamento. As experiências estão sendo feitas com vários tipos de esquemas; todos eles caracterizam-se por um curto período inicial de administração diária das drogas, seguido de um período mais longo em que essa administração é feita duas vezes por semana.

O tratamento intermitente que tem como princípio o fato de que, o bacilo, uma vez em contato com determinadas dro-

gas, somente volta a se multiplicar após alguns dias, não dispensará a colaboração do paciente para o êxito do tratamento, aspecto esse muitas vezes alcançado através da educação.

Quanto à necessária modificação da conduta pelo paciente em decorrência do diagnóstico, observamos novamente a valorização dos fatores alimentação e repouso.

As noções de "isolamento" e "transmissão pelo mecanismo indireto" parecem bastante diíundidos, uma vez que 85,1 por cento dos pacientes revelaram que iriam separar os objetos de uso pessoal e todos que dormiam com outras pessoas, em um mesmo aposento, acharam ser necessário a separação do ambiente de dormida, após a confirmação do diagnóstico. Essas noções, lamentavelmente são ainda bastante recomendadas pela maioria dos profissionais de saúde em detrimento da educação para o uso correto dos medicamentos e tempo necessário para o tratamento, mesmo, nos casos abacilíferos e na ausência de condições sócio-econômicas do doente para as práticas dessas medidas.

7.2 - Grupo B

Apesar da maior incidência dos casos de recidivas ter sido nas faixas etárias de 30 + 40 e de 40+ 50 anos, o percentual para o grupo etário considerado altamente produtivo de 20 + 30 anos foi relativamente alto (17,3 por cento).

A maior frequência encontrada foi para os indivíduos solteiros do sexo masculino. A maioria dos entrevistados pertencia à religião católica e houve elevado percentual de analfabetos.

Neste grupo, também encontramos os mesmos entraves para análise das condições sócio-econômicas já menciona-

das nos comentários relativos ao grupo A.

Como causas do processo de recidiva o não cumprimento da prescrição médica foi revelado por 9 doentes (17,3 por cento) o que demonstra que pelo menos esses doentes parecem ser sabedores do valor do tratamento correto.

O percentual de pacientes que afirmaram não ter seguido a orientação recebida do Serviço, quanto ao tratamento anterior 38 (73,0 por cento) parece evidenciar que as atividades educativas desenvolvidas pelo Serviço não estão alcançando os objetivos desejados.

As razões apresentadas para o não seguimento da orientação recebida, (descuido, por se sentir mal, quantidade excessiva de medicamentos e por se sentir melhorado) não são justificáveis e acreditamos que, teriam sido evitadas se o paciente estivesse esclarecido quanto a importância do uso correto da terapêutica para sua recuperação.

A toxidez e a quantidade excessiva de medicamentos, bem como a melhora súbita de certos pacientes, fatores assinalados como motivos do não cumprimento da orientação, são aspectos que deveriam ser exhaustivamente esclarecidos.

Embora não tenha sido possível precisar se as irregularidades do tratamento foram intercaladas ou não, por fases de observância normal do tratamento, verificamos que, foram mais frequentes, durante o período de meses 21 (55,2 por cento). BRÖLIO, tinha razão quando afirmou "que a falta de cooperação do doente para seguir a orientação indicada sobre o tratamento é uma das causas do insucesso da quimioterapia".

É válido também afirmar, que a colaboração do doente é muitas vezes conferida quando ele reconhece a aceita o verdadeiro objetivo de sua participação nos programas estabelecidos.

Enquanto 43 (82,7 por cento) dos recidivantes entrevistados procuraram o Serviço de Radiologia por se sentirem doentes, apenas 3 (5,8 por cento) o fizeram por hábito pessoal. Esse procedimento denota a falha de orientação do Serviço durante a ocasão da alta do doente quanto ao valor do controle radiolôgico anual.

9. CONCLUSÕES

Entre as ações de luta anti-tuberculose o tratamento se impõem como medida prioritária de um programa.

O tratamento do doente tuberculoso bem conduzido, em termos de associações de drogas, regularidade de administração e duração, depende principalmente da colaboração do paciente, condição muitas vezes adquirida através de atividades educativas eficientemente planejadas.

A educação do paciente portador de tuberculose pulmonar em tratamento ambulatorial é uma das funções do enfermeiro de Saúde Pública, exigindo desse profissional uma maior participação nos programas educativos.

Para se conseguir êxito nos programas educativos, seu planejamento deve ser baseado nas necessidades e interesses do educando o que requer a execução de uma sondagem inicial, permitindo avaliar-se o grau de conhecimento sobre o conteúdo a ser ensinado.

O diagnóstico educativo de grupos com problemas comuns, conduz à atividades educativas mais racionalizadas e visa o alcance do objetivo final do processo educativo de maneira mais imediata.

Os resultados obtidos pelo presente estudo nos leva a concluir, que o conhecimento sobre a tuberculose dos pacientes recém-diagnosticados e recidivantes inscritos no Dispensário de Tuberculose do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros é in-

suficiente.

Evidenciou-se que os aspectos mais carentes de informações sobre a tuberculose entre os entrevistados foram:

- O valor do diagnóstico precoce;
- as possíveis dificuldades para o tratamento da tuberculose pulmonar decorrente do uso pr^évio e inadequado de certos antibióticos;
- o mecanismo e período de transmissão da doença;
- o valor dos quimioterápicos no tratamento;
- a importância do uso correto dos medicamentos;
- o tempo necessário para o tratamento.

RESUMO

O estudo foi realizado no Dispensário de Tuberculose do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, localizado na 3a. Área Programática da 1a. Região do Estado de Pernambuco. Teve como objetivo identificar o conhecimento sobre a tuberculose de 101 pacientes recém-diagnosticados de Tuberculose pulmonar inscritos no referido Serviço no período de 1º de janeiro a 31 de maio de 1975, e de 52 doentes recidivantes, no período de 1º de janeiro de 1968 a 31 de maio de 1975. O instrumento de investigação empregado foi o formulário preenchido durante entrevistas realizadas no próprio Dispensário e a domicílio.

Através da análise dos dados coletados concluiu-se que, o conhecimento dos pacientes sobre sua enfermidade foi insignificante principalmente no tocante ao mecanismo de transmissão e ao tratamento da doença.

SUMMARY

The studies were undertaken at the Tuberculosis Dispensary of the Amaury de Medeiros Integrated Health Center located at the 3rd Programmatic Area of the First Region of the State of Pernambuco.

Its purpose was to determine the knowledge on tuberculosis of 101 pulmonary-tuberculous patients, newly-diagnosed, booked at the mentioned Dispensary during the period of January 1, 1975 to May 31, 1975, and 52 recidivous patients booked during the period of January 1 1968 to May 31 1975 as well. The surveying tool was a questionnaire filled in during interviews had at home and at the Dispensary itself.

Based on the data gathered, we came to the conclusion that patients' knowledge on their infirmity was not significant at all, mainly with respect to communicability and medical treatment of the illness.

BIBLIOGRAFIAS

1. BIBLIOGRAFIAS REFERIDAS

1. ALBUQUERQUE, A.F. & BOAS, A.V. Informações epidemiológicas sobre a tuberculose nas capitais brasileiras. (mimeo).
2. ALMEIDA, P.A. - Prevalência da infecção tuberculosa em escolares das capitais brasileiras. Rev. Div. Nac. Tub. 18: 413-444, 1974.
3. BARROS, E. M. R. - Programa de educação sanitária nos dispensários e sanatórios. Rev. Serv. Nac. Tub. 8: 449 -464, 1964.
4. BRASIL. Comissão técnica da Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Ação Antituberculose em nível nacional. Rio de Janeiro. 1971.
5. BRÖLIO, R. - O perigo de uma doença que se supõe vencida. Diário de São Paulo e Diário da Noite de São Paulo. pag. 12. 28 de julho. 1975.
6. _____ Quimioterapia da Tuberculose. Rev. S. Públ. 9: 71-85, 1975.
7. BOAS A.V. - A Tuberculose problema de Saúde Pública no Brasil. Rev. Serv. Nac. de Tub. 7: 411-452. Rio de Janeiro. 1963.
8. CANETTI, G. Rumos para a erradicação da tuberculose, Praxis pneu XIX, heft 10: 602-610 (oktober) 1965.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Combate sem trêgua à tuberculose. Washington. 1964.
10. Conferência proferida na reunião da Junta do Nacional Health Council's Committee on Research and Committee on Health Education. New York City. 1959. (mimeo).

11. CROFTON, J. - Chemotherapy of tuberculosis. Brit. Med. J.: 1910 - 1960. 1959.
12. GRUBER, F.C. - Antropologia e educação. Rio de Janeiro. 1961.
13. East African/Bristish Medical Research Council. Fifth thiacetazone investigation Isoniazid with thiacetazone (Thioacetazone) in the treatment of pulmonary tuberculosis in East Africa. Third report of fifth investigation Tubercle: 54: 1969 - 1979, 1973.
14. Etude Internacional sur efficacite de la chimiotherapie chez lo a malades, atteints de tuberculose pulmonaire et non trites auparavant. Bull de l' UICT, 85: 123-132, 1964.
15. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. - Planejamento em Educação em Saúde Pública. São Paulo. 1972. (mimeo).
16. FIGUEREDO, F.P. et. al. - O tratamento difásico da tuberculose como recurso para diminuir a escassez de leitos nos países em vias de desenvolvimento. Rev. Serv. Nac. de Tub. 9: 257-278, 1965.
17. _____ Resultados finais do tratamento difásico. Rev. Ser. Nac. Tub. 14: 293-298. 1970.
18. _____ A quimioterapia "standard" na prática de Saúde Pública. Rev. Serv. Nac. Tub. 10: 291-329, 1966.
19. _____ - A tuberculose como problema médico - social. Rev. Serv. Nac. Tub. 8: 203-208, 1964.
20. HENDERSON, V. - Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. Rio de Janeiro, ABEn, 1962.

21. HORNE, N.W. - In the treatment of pulmonary tuberculosis. *Tubercle*. 43: 23-36, 1962.
22. LAURÊNIO, I. L. & ARRUDA, A.N. Alguns informes sobre a tuberculose no Brasil - 1960 a 1970. *Rev.Serv. Nac.Tub.* 15 : 1-50, 1971.
23. Organización Mundial de la Salud. Comité de experts de la Organización de la Salud en tuberculosis. Octavo informe. Ginebra 1964.
24. Organización Mundial de la Salud. Comité de experts de la O.M.S. en Tuberculosis. Série de informes técnicos. 552. Noveno informe. Ginebra 1974.
25. PAZ, de A. & E.FONTES M. Situação atual do problema da Tuberculose no Brasil. *Rev.Serv. Nac.de Tub.* 13: 219-233, 1969.
26. ROGERS, C.R. - Liberdade para aprender. Belo Horizonte, Interlivros - Minas Gerais, 1969.
27. PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Fundação de Saúde Amaury de Medeiros. Sumulas de dados Estatísticos. 1964.
28. SEMINÁRIO DE TUBERCULOSE DA FUNDAÇÃO SESP., 1974. Rio de Janeiro. 14 de out. a 19 Nov. 1974.
29. Serviço Nacional de Tuberculose. Simplificação do tratamento da tuberculose pulmonar. *Rev.Serv.Nac.Tub.* 9: 432-441, 1965.
30. Serviço Nacional Contra a Tuberculose. Índices de avaliação do trabalho dispensarial, 1966. (mimeo).
31. The tuberculosis Chemotherapy Centre. A controlled comparison of two fully supervised once-weekly regimens in the treatment of newly diagnosed pulmonary tuberculosis. *Tubercle*. 54: 23-45, 1973.

32. VELU, et. al. - Progress in the second year of patient with quiescent pulmonary tuberculosis after a year of chemotherapy at home or in sanatorium, and influence of further chemotherapy in the relapse rate. *Bul. Wld. Hlt. Org.*, 25: 511, 1960

33. WORLD HEALTH.. ORG. - *Techar Rep. Ser.*, 195 - Geneva 1960.

2. BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

1. ASTERUD, M. - Explanation the patient. *Nur. For.* 2: 36-44, 1963.
2. BAGGALAY, O. - La función de la enfermera en la educación sanitaria del publica. *Bol. de la Of. San. Panam.* 46: 560-63, 1959.
3. BECKER, R. - Contribuição da enfermagem na luta contra a tuberculose. *Rev. Bras. Enf.*, 20: 348-63, 1967.
4. BLUNDI, E.- Tuberculosis controle. *Rev. Bras. Med.* 28: 352-3, 1971.
5. CLARK, M. A. Recent trends in tuberculosis care. *The Nurs. Clin. of N. Am.*, 9: 157-64, 1974.
6. DARITU, W. - La educación sanitaria como parte integrante de la atención total de enfermería. *Boletim de la Of. Sanitária Panamericana. Washington.* 42: 64-67. 1963.
7. DINGLEY, H.B. Recent trends in pulmonary tuberculosis control and the role of nurses. *Nurs. J. India*, 65: 47-8, 1974.
8. FRAGA, H. Prioridade no programa da luta contra a tuberculose no Brasil. *Bol. Acad. Nac. Med.* 141: 83-90, 1970.
9. FOX, W. - Advances in the treatment of respiratory tuberculosis. *Practitioner*, 205: 502-13, 1970.

10. _____. Consideraciones generales sobre la quimioterapia intermitente de la tuberculosis pulmonar. Bol. de la Of. Sanit. Panam. 77: 103-14, 1974.
11. GARCIA, G.S. - Assistência de enfermagem ao adulto. Rev. Bras. Enf. 17: 325-330, 1964.
12. LA LUCHA. antituberculosa en Europa. Cron. de la OMS, 21: 170-4, 1967.
13. LISBO, R.M. Aspectos médico sociais da tuberculose no Brasil. Rev. Bras. Med., 27: 312-7. 1970.
14. MENDES, W. A tuberculose após John Crofton. Trib. Med. 359: 37-46, 1970.
15. MCCULLOCH, W.F. Métodos de aprendizagem el proceso aprendizage - enseñanza. Educ. Med. y Salud. 6: 295-312, 1972.
16. NOGUEIRA, O. - Problema social e problema de investigação in Seminário. Didática Internacional, Publ. Cient. nº42. Repartição Sanitaria Pan-Americana/OMS. Washington. 1959.
17. PREVALENCIA de la Tuberculosis en el Brasil. Bol. de la Of. Sanit. Panam., 77, 84-5, 1974.
18. RATNER, V. - Como interessa al público en lo que no desea saber. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington. 38: 556-559. 1959.
19. REPOND, R. No rastro da tuberculose. A S. do Mun. 28-3, 1974.
20. ROSEMBERG, J. - Elementos fundamentais e normas gerais da quimioterapia da tuberculose. Rev. Bras. Med. 34: 21-33. 1973.
21. SAVASTANO, H. Ciências Sociais e Saúde Pública. Relações Humanas. São Paulo, 4: 46-59. 1961.

22. TEODOSIO, S.B. - *Epidemiologia e profilaxia da Tuberculose. Tese para Docência Livre da Cátedra de Tisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife.* 1955.
23. TURNER, C.E. - *Preparacion del maestro en educacion para la salud. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana.* Washington. 50: 513-524. 1961.

DEFINIÇÕES DE TERMOS

1. ABANDONO DE TRATAMENTO.

Falta de comparecimento do tuberculoso por trinta dias ou mais após a data agendada, sem tomar medicação específica.

2. BACILÍFERO

Paciente que possui o bacilo de Koch na expectoração e por isso considerado fonte de infecção da tuberculose.

3. COMUNICANTES.

Todas as pessoas, parentes ou não que coabitem com o tuberculoso.

4. DOENTE FALTOSO.

Doente que não comparece no dia agendado.

5. DOENTE CRÔNICO

Doente com história de tratamento mais ou menos prolongado e ineficaz em virtude de uso irregular das drogas, abandono ou emprego de esquemas e doses inadequadas, e que apresenta es-
carro positivo.

6. DOENTE CURADO.

Doente que tomou regularmente as drogas por um período de doze meses, e que negativou o escarro até o sexto mês e permanece negativo.

7. QUIMIOPROFILAXIA

Uso preventivo de hidrazida em pessoas infectadas pelo bacilo de Koch (reatores à prova tuberculínica), assintomáticas, especialmente nos comunicantes.

8. RECIDIVANTES

É o paciente que após preencher os requisitos necessários para a alta, volta a apresentar a mesma enfermidade

9. RESISTÊNCIA BACTERIANA ADQUIRIDA

É a seleção de mutantes geneticamente resistentes pelo emprego de uma droga isolada no início do tratamento.

10. RESISTÊNCIA BACTERIANA PRIMÁRIA

É a resistência decorrente do contágio a partir do crônico resistente.

11. TRATAMENTO CORRETO

É o tratamento que conduz eficientemente as drogas em termos de associação, doses, regularidades e continuidade, no período de 12 meses.

12. VIRGEM DE TRATAMENTO

Classificação usada para o doente que não fez uso da medicação específica por prazo superior a 30 dias, antes da confirmação do diagnóstico.

ANEXO II

FORMULÁRIO A SER APLICADO COM DOENTES RECÊM-DIAGNOSTICADOS DE TU
BERCULOSE PULMONAR - GRUPO "A".

Nº DO FORMULÁRIO: _____

TIPO DE ATENDIMENTO: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA: _____

1. DADOS DE CARACTERÍSTICA SÓCIO-ECONÔMICA

VARIÁVEL	CÓDIGO
1. Idade	<div>0 1- 10 anos 1</div> <div>10 1- 20 anos 2</div> <div>20 1- 30 anos 3</div> <div>30 1- 40 anos 4</div> <div>40 1- 50 anos 5</div> <div>50 anos e mais 6</div>
2. Sexo	<div>Masculino 1</div> <div>Feminino 2</div>
3. Grau de Escolaridade	<div>Analfabeto 1</div> <div>Primário Incompleto 2</div> <div>Primário Completo 3</div> <div>Secundário 4</div> <div>Colegial 5</div> <div>Superior 6</div>
4. Estado Civil	<div>Solteiro 1</div> <div>Casado 2</div> <div>Viúvo 3</div> <div>Desquitado 4</div> <div>União Livre 5</div> <div>Não se aplica 0</div>
5. Renda Familiar	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>
6. Número de Pessoas existentes na família	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>
7. Ocupação	<div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>
* 8. Classificação Socio-Econômica	<div> <div>E</div> <div>+</div> <div>R</div> <div>+</div> <div>O</div> <div>=</div> </div>
9. Religião	<div>Católica 1</div> <div>Protestante 2</div> <div>Espírita 3</div> <div>Sem Religião 4</div> <div>Outras. Qual? _____ 5</div>

* Classificação recomendadas em PINTO, C.A.L. - Sociologia e Desenvolvimento, 3a. Edição. Civilização Brasileira - Rio de Janeiro, 1970.

II. DADOS RELATIVOS A DEMANDA AO SERVIÇO E CONDUTA ANTERIOR AO DIAGNÓSTICO.

VARIÁVEL	CÓDIGO
1. Por que o Sr./Sra. veio passar no Raio "X"?	Para fins legais 1 Por hábito pessoal 2 Por sentir-se doente 3 Por ser comunicante 4 A pedido médico 5 Outras. Quais? _____ 6
2. Se doente, tomou algum medicamento para o que estava sentindo antes da consulta médica?	Sim 1 Não 2 Não se aplica 0
3. Se tomou, qual foi?	_____ _____ _____

III. DADOS RELATIVOS À CONHECIMENTOS SOBRE: SINTOMATOLOGIA, TRANSMISSIBILIDADE, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DA TUBERCULOSE:

VARIÁVEL	CÓDIGO
1. O Sr./Sra. já teve alguma informação sobre a tuberculose?	Sim 1 Não 2
2. Se sim, como obteve esta informação?	Vizinhos e/ou pessoas 1 Amigas 2 Profissionais de saúde 3 Jornal 4 Rádio 5 Televisão 6 Revista 7 Outras. Quais? _____ 7
3. O médico acabou de falar que o Sr./Sra. está doente, de que suspeita ser a causa?	Consequência de outra doença 1 Por levar chuvas 2 Consequência de traumatismo (queda, pancada). 3 Por não se alimentar bem 4 Por trabalhar muito 5 Não sabe 6 Outros. Quais? _____ 7

VARIÁVEL	CÓDIGO
4. O Sr./Sra. acha que a tuberculose é uma doença que se "PEGA" com outra pessoa?	<div> Sim 1 </div> <div> Não (pergunta 9) 2 </div> <div> Não sabe 3 </div>
5. Como pensa o Sr./Sra. que a tuberculose "PASSA" do doente para outra pessoa?	<div> Contato direto 1 </div> <div> Contato indireto 2 </div> <div> Não sabe 3 </div> <div> Não se aplica 0 </div>
6. Para o Sr./Sra. todo doente tuberculoso transmite a doença a outras pessoas?	<div> Sim 1 </div> <div> Não 2 </div> <div> Não sabe 3 </div> <div> Não se aplica 0 </div>
7. Se não, por que?	<div> </div> <div> </div> <div> </div>
8. Quando o doente deixa de transmitir a doença?	<div> Alguns meses após iniciar o tratamento 1 </div> <div> Alguns dias após iniciar o tratamento 2 </div> <div> Quando terminar o tratamento 3 </div> <div> Outros. Quais? 4 </div> <div> Não sabe 5 </div> <div> Não se aplica 0 </div>
9. O que o Sr./Sra. acha que o doente deve fazer para evitar que sua doença "PASSE" para outras pessoas?	<div> </div> <div> </div> <div> </div>
10. O Sr./Sra. acha que a tuberculose tem cura?	<div> Sim 1 </div> <div> Não 2 </div> <div> Não sabe 3 </div>
11. O que o Sr./Sra. considera mais importante para o doente tuberculoso ficar curado?	<div> Alimentação 1 </div> <div> Repouso 2 </div> <div> Medicação 3 </div> <div> Hospitalização 4 </div> <div> Outros. Quais 5 </div> <div> Não sabe 6 </div> <div> Não se aplica 0 </div>
12. Que tempo o Sr./Sra. pensa que vai passar tomando medicamentos?	<div> De 1 a 3 meses 1 </div> <div> De 4 a 6 meses 2 </div> <div> De 7 a 11 meses 3 </div> <div> 12 meses 4 </div> <div> Não sabe 5 </div>

IV. DADOS RELATIVOS À CONDOTA DO DOENTE APÓS O DIAGNÓSTICO

VARIÁVEL	CÓDIGO
1. Acha que enquanto estiver doente pode fazer todas atividades que realizava anteriormente?	Sim (pergunta 3) 1 Não (pergunta 2) 2 Não sabe 3
2. Em relação a que o Sr./Sra. pensa modificar?	Alimentação 1 Repouso 2 Trabalho 3 Vício. Qual? 4 Higiene Corporal 5 Separação de objeto e ambiente 6 Outros. Quais? _____ 7
3. Na sua casa os objetos de uso pessoal são separados?	Sim 1 Não (pergunta 4) 2
4. Agora que o Sr./Sra. está doente, acha que deve separar alguns objetos para seu uso pessoal?	Sim 1 Não 2 Não sabe 3 Não se aplica 0
5. Em que condições dorme o Sr./Sra. em sua casa?	Sozinho 1 Com outra pessoa 2 Com outras pessoas 3
6. Agora que o Sr./Sra. está doente, acha que deve dormir em lugar separado?	Sim 1 Não 2 Não sabe 3 Não se aplica 0

ANEXO III

FORMULÁRIO A SER APLICADO COM DOENTES RECIDIVANTES DE TUBERCULOSE
PULMONAR - GRUPO "B".

Nº DO FORMULÁRIO: _____

TIPO DE ATENDIMENTO: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA: _____

1. DADOS RELATIVOS A CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICA

VARIÁVEL	CÓDIGO
1. Idade	0 - 10 anos 1 10 - 20 anos 2 20 - 30 anos 3 30 - 40 anos 4 40 - 50 anos 5 50 anos e mais 6
2. Sexo	Masculino 1 Feminino 2
3. Estado Civil	Solteiro 1 Casado 2 Viúvo 3 Desquitado 4 União Livre 5 Não se aplica 0
4. Grau de Escolaridade	Analfabeto 1 Primário Completo 2 Primário Incompleto 3 Secundário 4 Colegial 5 Superior 0
5. Renda Familiar	_____ _____ _____
6. Número de pessoa existente na família	_____ _____ _____
7. Ocupação	_____ _____ _____
8. Classificação Social	E R O ☐ + ☐ + ☐ =
9. Religião	Católica 1 Protestante 2 Espírita 3 Sem religião 4 Outras. Quais? _____ 5

* Classificação recomendada em PINTO, C.A.L. - Sociologia e Desenvolvimento, 3a. Edição Civilização Brasileira - Rio Janeiro - 1970.

II. DADOS RELATIVOS A OPINIÃO DO PACIENTE SOBRE O MOTIVO DA
RECIDIVA.

VARIÁVEL	CÓDIGO
1. Por que o Sr./Sra. acha que ficou doente novamente?	_____ _____ _____
2. Em seu tratamento anterior o Sr./Sra. tomou a medicação de acordo com a orientação recebida?	Sim 1 Não 2
3. Se não, por que?	_____ _____ _____
4. A orientação dada pelo Serviço não foi seguida por quanto tempo?	Durante dias do período de tratamento? 1 Durante meses de período do tratamento? 2 Durante todo tratamento 3 Não sabe 4 Não se aplica 0

III. DADOS RELATIVOS A DEMANDA DO SERVIÇO

VARIÁVEL	CÓDIGO
1. Que motivo trouxe o Sr./Sra. de volta ao Serviço, quando descobriu que esteve doente novamente?	_____ _____ _____