

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

*O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente*

*Silvia Helena Figueiredo Vendramini*

**Ribeirão Preto-SP**  
**2001**

# *O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente*

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, junto ao Departamento de Enfermagem Materno–Infantil e Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: *Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa*

**Ribeirão Preto  
2001**

## FICHA CATOLOGRÁFICA

Vendramini, Silvia Helena Figueiredo  
O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto  
sob a percepção do doente  
Ribeirão Preto, 2001  
180p.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão  
Preto/USP, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública  
Orientador: Villa, Tereza Cristina Scatena

1. Tuberculose. 2. Terapêutica

*Um tempo para cada coisa ...*

*Para tudo há um tempo, para cada coisa há um momento debaixo dos céus:*

*Tempo para nascer, e tempo para morrer;*

*Tempo para plantar, e tempo para arrancar;*

*Tempo para matar, e tempo para sarar;*

*Tempo para demolir, e tempo para construir;*

*Tempo para chorar, e tempo para rir;*

*Tempo para gemer, e tempo para dançar;*

*Tempo para atirar pedras, e tempo para ajuntá-las;*

*Tempo para dar abraços, e tempo para apartar-se;*

*Tempo para procurar, e tempo para perder;*

*Tempo para guardar, e tempo para jogar fora;*

*Tempo para rasgar; e tempo para costurar;*

*Tempo para calar, e tempo para falar;*

*Tempo para amar, e tempo para odiar;*

*Tempo para a guerra, e tempo para a paz.*

**( Ecle, 3, 1-8 )**

***Este trabalho é dedicado:***

*A **Deus**, pelo tempo que me ofereceu, pela força e coragem de enfrentar esta etapa da minha vida.*

*A **Cirilo** pela partilha, incentivo, ajuda e paciência em todos os momentos desta caminhada.*

*A **Angelo Neto e Pedro Henrique** que, na sua adolescência inquieta, me trazem alegria e esperança de um futuro melhor.*

*A **Pedro e Jacyra**, meus pais, pelo amor, apoio e confiança que nortearam a construção da minha vida pessoal e profissional.*

## **Agradecimentos**

---

---

*À minha orientadora, Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (TITE). Agradeço a acolhida que tive desde o início desta caminhada, a orientação e estímulo que me fizeram crescer como ser humano e profissional.*

*Ao Dr. Antonio Ruffino Netto e Dr. Pedro Fredemir Palha, membros da banca examinadora, pelo cuidado na reflexão, pela avaliação criteriosa e sugestões valiosas.*

*Aos meus irmãos, Isabel Cristina e Carlos César, por participarem desta etapa da minha vida, incentivando e mostrando, que irmão é uma das mais belas coisas desta vida.*

*À Aline, bolsista de IC-CNPq, pela cooperação neste trabalho e pela disposição em ajudar-me nas visitas, entrevistas e discussões.*

*À equipe de saúde, responsável pelo tratamento supervisionado da tuberculose no NGA-59, pelo apoio nesta pesquisa, e pelo trabalho realizado junto a estes doentes e famílias.*

*Às colegas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), pelo reconhecimento e apoio.*

*Às colegas do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional da FAMERP, Cláudia Eli,*

*Denise, Elaine, Lurdinha, Marilene, Renilda, Vânia e Zaída, pelo apoio em todos os momentos, e por tantas vezes que se reestruturaram no intuito de facilitar minhas viagens e a conclusão deste trabalho.*

*À funcionária Adriana, da Pós-Graduação, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela atenção e apoio dispensados em todos os momentos.*

*À Profa. Lina e Prof. Reinaldo Azoubel, que carinhosamente me acolheram em sua casa em Ribeirão Preto.*

*Às funcionárias da Sala Glete, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, nas pessoas da Déo e Lourdes, pela paciência e atenção.*

*Aos doentes de tuberculose sob tratamento supervisionado e suas famílias, que nos receberam com carinho em suas casas, o que nos permitiu a conclusão deste trabalho. Minha admiração pela luta nesta fase de suas vidas, em meio a tantas dificuldades.*

# Sumário

*Lista de Quadros*

*Lista de Figuras*

*Lista de Siglas*

*Resumo*

<b>1. Construindo o objeto de estudo .....</b>	<b>1</b>
1.1 A escolha e delimitação do tema .....	2
1.2 Aspectos epidemiológicos da doença na atualidade .....	12
1.3 Definindo a doença .....	15
1.3.1 Tratamento da tuberculose .....	18
1.3.2 A questão da adesão ao tratamento .....	19
1.4 As políticas de controle da doença no Brasil – breve histórico .....	22
1.5 A estratégia DOTS .....	38
1.6 Objetivo geral da pesquisa .....	42
1.7 Pressupostos e questões da pesquisa .....	42
<b>2. Quadro teórico .....</b>	<b>44</b>
2.1 Tuberculose – uma doença associada às condições de vida .....	45
2.1.1 Desenvolvimento versus desigualdade social .....	45
2.1.2 Tuberculose versus condições de vida .....	53
<b>3. Referencial teórico-metodológico .....</b>	<b>61</b>
3.1 Referencial teórico-metodológico .....	62
3.2 O campo de investigação .....	64
3.2.1 Informações gerais do município .....	64
3.2.2 A estratégia DOTS e o município de Ribeirão Preto .....	66
3.2.3 Caracterização geral da área de estudo .....	68
3.2.4 População estudada .....	69
3.3 Instrumento de pesquisa e coleta de dados .....	70
3.4 Análise de dados .....	73



<b>4. Análise e discussão dos dados</b> .....	<b>77</b>
4.1 Caracterização do doentes: quem eram e como viviam .....	78
4.2 As histórias dos doentes .....	82
4.3 Unidade temática central .....	87
4.3.1 Enfoque da ação terapêutica no tratamento supervisionado ....	89
4.3.1.1 A ingestão medicamentosa .....	89
4.3.1.2 Fortalezas e debilidades do tratamento supervisionado	96
4.3.1.3 Os atores envolvidos no tratamento supervisionado .....	121
4.3.2 Singularidade do doente sob tratamento supervisionado .....	130
4.3.2.1 Percepção sobre a doença .....	131
4.3.2.2 Convivência com a doença .....	137
4.3.2.3 As repercussões do tratamento supervisionado na vida do doente .....	150
<b>5. Considerações finais</b> .....	<b>156</b>
<b>6. Anexos</b> .....	<b>163</b>
<b>7. Referências bibliográficas</b> .....	<b>170</b>

*Abstract*

*Resumen*

## *Lista de Figura*

Figura 1. Divisão Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP .....	p. 65
---	-------

## *Lista de Quadros*

Quadro 1. Doentes entrevistados, segundo idade e sexo.....	p. 70
Quadro 2. Esquema de análise das entrevistas .....	p. 76

## *Lista de Siglas*

- PNCT** Programa Nacional de Controle da Tuberculose
- PCT** Programa de Controle da Tuberculose
- FAMERP** Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto
- SUS** Sistema Único de Saúde
- BCG** Bacilo Calmette Guérin
- TS** Tratamento Supervisionado
- AIDS** Acquired Immunological Deficiency Syndrome
- TB** Tuberculose
- DNPS** Departamento Nacional de Saúde Pública
- SNT** Serviço Nacional de Tuberculose
- CNCT** Campanha Nacional Contra a Tuberculose
- DNT** Divisão Nacional de Tuberculose
- CEME** Central de Medicamentos
- INAMPS** Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- DNPS** Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
- CNPS** Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
- OMS** Organização Mundial de Saúde
- OPS** Organização Panamericana de Saúde
- DOTS** Directly Observed Treatment Short Course
- PNUD** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente.** Ribeirão Preto. 2001. 180f. (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O objetivo desta investigação foi analisar a percepção do doente de tuberculose sob tratamento supervisionado em uma Unidade Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP. Optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa. A população do estudo constituiu-se 6 doentes de tuberculose inscritos no Programa de Controle de Tuberculose sob o regime de tratamento supervisionado (TS). Para a coleta de dados utilizou-se o prontuário do doente e a Ficha Epidemiológica de Notificação da doença e a entrevista semi-estruturada como tendo como questões orientadoras "o significado da tuberculose" e "o tratamento supervisionado na vida do doente". Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de Conteúdo, modalidade Temática. A unidade temática central é o **tratamento supervisionado na tuberculose: a percepção do doente** foi conformada a partir dos seguintes núcleos de sentido: Enfoque da ação terapêutica no Tratamento Supervisionado (*A ingestão medicamentosa e Fortalezas e Debilidades do Tratamento Supervisionado*); e *Singularidades do doente sob tratamento supervisionado, (Percepção sobre a doença, Convivência com a doença, As repercussões do tratamento supervisionado na vida do doente)*. As fortalezas percebidas no processo da doença e no tratamento: medicação gratuita; a cesta básica, o vale transporte; a supervisão através da visita domiciliar permite o vínculo entre os trabalhadores de saúde e os doentes e suas famílias. As debilidades do TS percebidas foram: a fiscalização na tomada da medicação; a dependência do horário da visita para ingerir a medicação. A família e a equipe de saúde (na figura da visitadora) são reconhecidos como fator de adesão ao tratamento.

Palavras –chave: Tuberculose; Terapêutica.



VENDRAMINI, S. H. F. **El tratamiento supervisado en el control de tuberculosis en Ribeirão Preto sob la percepción del enfermo.** Ribeirão Preto – 2001. 180f. (Maestria em Enfermería em Salud Publica) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo.

El objetivo de esta investigación fue analizar la percepción del enfermo de tuberculosis sobre el Tratamiento Supervisionado en una Unidad Distrital de Salud del Município de Ribeirão Preto-SP. Esta investigación de naturaleza cualitativa, tuvo como población de estudio 6 enfermos de tuberculosis inscritos en le Programa de Control de Tuberculosis, en la modalidad de tratamiento supervisado (TS). Para la obtención de datos se utilizó la história clínica del enfermo, Ficha Epidemiológica de Notificación de la enfermedad y la entrevista semi-estructurada orientada a obtener datos respecto al "significado de la tuberculosis" y el "tratamiento supervisado en la vida del enfermo". El análisis de los datos fue realizado a través de la técnica de *análisis de contenido*, modalidad *temática*. Los resultados muestran como unidad temática central el **Tratamiento supervisado en la tuberculosis: la percepción del enfermo**, confirmada a partir de los siguientes núcleos de sentido: Enfoque de acción terapéutica en el Tratamiento Supervisionado (la administración de medicamentos, fortalezas y debilidades del Tratamiento Supervisionado) y Singularidad del enfermo sobre el tratamiento supervisado (percepción sobre la enfermedad, convivencia con la enfermedad). Las fortalezas percibidas en el proceso de la enfermedad y en el tratamiento: medicación gratuita, canasta de víveres, pasaje de ómnibus, supervisión a través de la visita domiciliar, que permite crear vínculo entre los trabajadores de salud y los enfermos y familiares. Las debilidades identificadas fueron: fiscalización en la administración de medicamentos, dependencia del horario de visita para tomar los medicamentos. La familia y equipo de salud son reconocidos como factores de adhesión al tratamiento.

Palabras claves: Tuberculosis. Terapéutica.

VENDRAMINI, S. H. F. **Supervised treatment in the Tuberculosis Control in Ribeirão Preto in the patient's perception.** Ribeirão Preto. 2001. 180f. (Master's Thesis in Public Health) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This study aimed to analyze the perception of tuberculosis patients under supervised treatment (ST) in a District Health Unit in the City of Ribeirão Preto - SP. A qualitative analysis was selected as the methodological approach. The study population consisted of 7 tuberculosis patients participating in the Tuberculosis Control Program under the a regimen of supervised treatment. The patients' medical records, the Epidemiological Form of Disease Notification and semi-structured interviews were used as instruments for data collection. The following were used as guiding questions: "the significance of tuberculosis" and "the supervised treatment in the patient's life". The Content Analysis technique - Thematic Modality - was used for data analysis. The main thematic unit "**Supervised treatment in tuberculosis: the patient's perception**" was found from the following meaning units: the focus of ST as a therapeutic action (*medication ingestion and the weaknesses and strengths of ST*); and the Singularities of patients under supervised treatment (*The perception of the disease, Living with the disease, The consequences of ST on the patient's life*). The following were perceived by patients as strengths in the disease and treatment process: the provision of free medication; the availability of other forms of incentive such as the basic food basket and transportation vouchers; supervision through home visits allowed the link between health workers, the patients and their families. The weaknesses of ST were perceived as: the surveillance of medication ingestion and the dependence on the visiting hours for medication ingestion. The social actors involved in the treatment, such as the family and the health care team (in the visiting figure), were recognized as a factor of adherence to the treatment.

**Key words:** Tuberculosis, Therapeutics

# *1. Construindo o objeto de estudo*





## 1.1 A escolha e delimitação do tema

**A** opção por este tema de pesquisa surgiu como resultado de anos de experiência na prática com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e com o ensino de Saúde Coletiva.

O interesse por Saúde Pública esteve presente durante minha formação acadêmica, principalmente quando do contato com as disciplinas do ciclo profissional relacionadas ao trabalho com as famílias e a comunidade.

Em minha trajetória profissional, atuei de início como enfermeira assistencial e na chefia de equipes de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, nos programas implantados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e também em trabalhos com a comunidade. Minha grande preocupação foi a de trabalhar em equipe e sensibilizar os trabalhadores de saúde a se preocuparem com o atendimento que prestavam à população e a se comprometerem com a defesa da vida individual e coletiva da comunidade em que estavam inseridos.

A sensibilização dos trabalhadores, a educação continuada, a avaliação periódica do serviço, sempre, fizeram parte do meu trabalho, acreditando serem estas as razões que me fizeram vivenciar experiências muito positivas na Saúde Pública e a acreditar que o processo de trabalho em saúde só terá resultados se houver um efetivo comprometimento da equipe com a melhoria da qualidade de vida da nossa população.

---

Neste período já me foram surgindo indagações a respeito da não-adesão do doente ao tratamento no Programa de Controle da Tuberculose (PCT), das dificuldades enfrentadas pelos doentes, assim como questões relacionadas à assistência e ao serviço de saúde. Sempre acompanhei muito de perto cada diagnóstico positivo de tuberculose, a orientação à família no momento da consulta e também a primeira visita, como preconizava o PCNT na época.

O maior desafio a ser enfrentado, neste período, foi entender o porquê da não-adesão por alguns doentes de tuberculose à terapêutica oferecida no Programa de Controle da doença e propor soluções individuais a nível local, como tratamento diário no domicílio, distribuição de cestas básicas e a cooperação de outros setores da sociedade, como Segurança Pública e Associação Amigos de Bairro. Ações essas, que fizeram parte do meu trabalho, mesmo que não determinadas pela política pública de controle da doença naquele momento.

Posteriormente, como Secretária de Saúde deste mesmo município, onde havia atuado como enfermeira, participei da elaboração e implementação de outros projetos relacionados à promoção e à prevenção da saúde e agravos no processo da doença.

Atualmente, como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), e como mestranda da Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo participo do projeto integrado de pesquisa (CNPq processo nº 52014/00-6) intitulado:

---

“Vigilância à saúde de famílias com tuberculose: estratégias de intervenção”, vinculado à linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Nesse projeto integrado venho desenvolvendo um dos objetivos específicos que busca aprofundar conhecimentos sobre as estratégias de organização da assistência à tuberculose, através de experiências de intervenções que contemplem a singularidade do paciente sob tratamento supervisionado.

Acredito que, apesar de todos os avanços advindos com o Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo assistencial que vem predominando no Brasil, nos últimos anos, volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, excludente e, de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Além disso, valoriza a dimensão biológica do processo saúde–doença, não compreendendo ou considerando adequadamente os aspectos socioeconômicos e culturais que possam intervir no processo de adoecer ou morrer das pessoas (Mendes, 1999).

Nas minhas indagações sobre o atendimento ao doente de tuberculose, entendo hoje a necessidade de aprofundar as medidas preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que tem como estratégia de controle da doença interromper a cadeia de transmissão, mediante a descoberta e o tratamento dos casos de tuberculose bacilíferos. Considera-se necessário abordar os aspectos que levem em consideração os sentimentos e as necessidades desses doentes e de seus

familiares, além de considerar o meio socioeconômico e cultural no qual estão inseridos.

Autores como Ruffino Netto & Pereira (1982) analisaram a tuberculose sob o ponto de vista do ciclo biológico e propuseram um esquema mais abrangente para representar tal ciclo, no qual, os fatores sociais envolvidos no processo da doença são essenciais para se entender e analisar como a doença se individualiza em uns homens e não em outros. De acordo com os autores, os técnicos de saúde pública trabalham no sentido coletivo de descobrir e romper os elos da cadeia de transmissão da doença, para atuarem na tentativa de reduzir o problema focalizado (vacinação Bacilo Calmette Guérin – BCG, quimioprofilaxia, localização e tratamento de casos). Essas medidas, no entanto, solucionariam o problema do tuberculoso e não da tuberculose.

Os autores, citados acima, analisaram os dados de mortalidade por tuberculose (todas as formas) na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1860 a 1977, e efetuaram um estudo da formação econômica e social da cidade, região (e mesmo do Brasil), destacando alguns fatores como: econômicos, demográficos, sociais e político-sanitários. Apresentaram esses fatores como hipóteses explicativas para as diferentes velocidades de declínio da mortalidade, e concluíram que apesar de ser marcante o impacto determinado pelos “métodos específicos” de controle da tuberculose, não menos significativo é o efeito dos “métodos inespecíficos” de controle, os relacionados à melhoria de condições de vida.

---

A explicação e a solução do fenômeno representado pelo processo saúde–doença, para atingirem a máxima plenitude, devem considerar toda a riqueza de determinações da totalidade na qual o fenômeno se manifesta.

Assim sendo, concluem os autores, desde que seja impossível ao homem não participar da cadeia epidemiológica da tuberculose, resta, aos pesquisadores, estudar as razões vinculadas à estrutura social que os fazem dela participar, pois impossível seria desconsiderar suas divisões em classes sociais, grupos ocupacionais e a historicidade da estrutura social na qual o fenômeno se produz. Se assim o fizéssemos em relação à doença, chegaríamos a soluções muito parciais, com eficácia discutível e eficiência muito baixa.

Atualmente, estas recomendações têm sido colocadas em destaque, e as análises científicas em torno dos problemas da tuberculose são inúmeras. O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (Brasil,1999) sugere que algumas questões necessitam de uma maior reflexão e motivação, principalmente por parte dos gestores, como: mudança de alguns paradigmas de ação e gestão; implementação de novas medidas necessárias, ou reforçar ações até agora não conduzidas devidamente; introdução de novos conceitos mais modernos de ação em rede, maximizando os benefícios e o uso de recursos existentes. Acrescenta a estas a necessidade de conhecimento aprofundado das relações causais e epidemiológicas, devendo ser objeto constante de preocupação, pois ainda faltam pesquisas e dados sobre o assunto.

---

O ponto de vista do paciente e o envolvimento do contexto social no seu comportamento ampliam a discussão para além das fronteiras da clínica. As representações de saúde–doença e as concepções sobre a etiologia e contágio da tuberculose demonstram que a sabedoria e a prática dos pacientes não se restringem aos ensinamentos médicos, pelo contrário, há um amplo leque de possibilidades e articulações que fogem ao controle do Programa de Controle da Tuberculose e que necessitam de investigação.

Ruffino-Netto (2000) sintetiza essa discussão quando coloca que há problemas que estão no nível macrossocial: econômico, político, ideológico, e aqueles que estão no plano da sociologia médica: o conceito saúde–doença que permeia a sociedade, o saber médico e os padrões de práticas médicas vigentes.

Na prática, observamos a dificuldade dos profissionais em incorporar intervenções no processo de trabalho que contemplem a singularidade, necessidades e problemas do paciente e família sob tratamento para o controle da tuberculose. A lógica da organização do atual modelo de assistência à saúde que prioriza a doença, deixa que aspectos importantes relacionados à promoção e prevenção, assim como uma visão mais holística do problema, sejam relegados a segundo plano.

Na assistência individual, o sujeito que sofre um tipo de intervenção, como no tratamento da tuberculose, é quase sempre tomado como se fosse um objeto inerte passivo, como um ser incapacitado de esboçar qualquer reação positiva ou negativa às ações do agente que trata da cura (Campos, 1992).

---

Ao doente não é permitido, muitas vezes, o direito à fala, a não ser como informante, mas raramente lhe é garantido o uso da palavra para a “censura” ou para “manifestar a sua vontade”.

Abordagens relacionadas à “educação em saúde”, quer na clínica ou nos programas de saúde pública, se processam de maneira profundamente autoritária e prescritiva. Em nome de uma objetividade no trabalho, é recomendada uma série de técnicas para a abordagem destes casos, visando, segundo Campos (1992), à neutralização das interferências do social e da subjetividade de cada paciente no curso do tratamento e, até mesmo, na organização dos serviços de saúde.

Estudos, abordando a temática da tuberculose, têm enfatizado fatores relacionados ao doente, em que predomina o pensamento clínico sobre o processo saúde–doença, que leva a modelos explicativos restritivos que concentram sua atenção no estudo das relações entre uma ou várias “causas” e entre um ou vários “efeitos” em saúde, reforçando respostas unilaterais, marcadas por uma visão clínica e que se localizam no espaço da atenção às pessoas (Mendes, 1999).

Outros estudos reconhecem a família como representante do eixo de organização do espaço social imediato dos indivíduos, facilitando seu ajuste às dificuldades da vida. O contexto familiar pode apresentar situações e dinâmicas mais ou menos fragilizantes para a saúde. Por outro lado, uma vez diante do problema de saúde a família desenvolve mecanismos próprios de enfrentamento que podem variar de acordo com as crenças culturalmente

---

instaladas, assim como pela oferta e disponibilidade de recursos socio sanitários (Bastos & Trad, 1998).

Bertolozzi (1998) realizou um estudo qualitativo sobre a adesão ao programa de controle da doença de 18 egressos do PCT. Identificou que a adesão, está relacionada à inserção no processo de produção, influenciando como os sujeitos vivenciam a doença, e a forma como se processa a assistência à saúde, dependendo da organização dos processos de trabalho, nas unidades de saúde. A autora relata que o atendimento às necessidades da pessoa transcende a dimensão biológica, possibilitando um espaço de interlocução entre o trabalhador de saúde e o doente. O respaldo que o sujeito enfermo pode dispor nos âmbitos da família, do trabalho e da assistência também se coloca como suporte para a adesão, pois constitui-se como espaço para compartilhar e enfrentar o processo saúde–doença.

Perini (1998) estudou o abandono do tratamento da tuberculose, de 28 doentes, na zona urbana da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a partir das representações sociais sobre a doença. A auto-avaliação da eficácia do tratamento foi o condicionante fundamental das decisões de abandono, associada à desinformação. O medo e vergonha foram fatores que dificultaram o retorno aos serviços de saúde, revelando um problema na relação médico–paciente, principalmente, barreiras culturais para a percepção dos direitos dos usuários e deveres do sistema de saúde. Os aspectos considerados como determinantes do abandono e identificados no estudo foram: uso do álcool e/ou outras drogas, rejeições/reações aos medicamentos e problemas ligados ao relacionamento familiar e ao trabalho.



---

O estudo de Costa *et alii.* (1998) se propôs a verificar fatores de risco para a não-adesão ao tratamento para tuberculose nos pacientes inscritos no Programa de Controle da doença, na zona urbana da cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul. Um total de 152 pacientes inscritos foram acompanhados desde o diagnóstico da doença até o término do tratamento. Do total de casos diagnosticados, aproximadamente 20% abandonaram o tratamento. Em relação aos fatores de risco estudados, o único que esteve estatisticamente associado com a não-adesão ao tratamento foi entre as pessoas de cor não branca. Isso provavelmente ocorreu, segundo os autores, pela falta de poder do estudo em razão do tamanho da amostra.

Gonçalves, Costa & Menezes (1999) realizaram um estudo em que demonstraram que alguns sintomas e sinais são percebidos como mais graves pelos doentes de tuberculose e seus familiares, associados à percepção e à representação social da doença. Tais percepções, segundo os autores, podem interferir no processo terapêutico de cura. Para os autores, a concepção diversificada da origem e o contágio da tuberculose influenciam no modo de pensar e agir, antes e durante o processo terapêutico.

Gonçalves *et alii.* (1999) realizaram um estudo etnográfico de observação direta, com 50 doentes, onde foram abordadas questões referentes à adesão ao tratamento da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Propuseram-se a verificar as razões existentes para que os pacientes não completassem o tratamento da doença. O estudo destaca que as características sociais imputadas ao gênero estão por trás de uma série de comportamentos que afetam diretamente a forma como os pacientes lidam com

---

seu tratamento, seu corpo, com a sua doença e o convívio social. O momento de vida em que cada paciente se encontra, aliado ao que lhe é requerido como homens e mulheres, impõe relações e atitudes que, por vezes, podem favorecer ou não a adesão ao tratamento.

Muniz (1999) analisou, através da equipe executora, o Tratamento Supervisionado (TS) no controle da tuberculose no município de Ribeirão Preto a fim de caracterizar o processo de organização, a finalidade desta intervenção e suas formas de abordagem. Concluiu que o TS implicou na reorganização do trabalho da equipe e que o mesmo se coloca na prática como uma intervenção permeada por diversas formas de abordagem: como uma ação de enfoque terapêutico; como um meio de reduzir a transmissão através do controle dos comunicantes, privilegiando ações educativas no âmbito familiar; como possibilidade de aproximação à realidade social dos pacientes. O TS desponta no espaço da saúde como capaz de gerar mudanças na prática dos agentes envolvidos, configurando um novo modo de agir em saúde. Essas abordagens, possibilitam ampliar a capacidade de interação e atuação dos agentes, através de vínculo, acolhimento, responsabilidade, na perspectiva de garantir maior qualidade da atenção e adesão do paciente ao tratamento.

Para melhor embasamento teórico em relação à temática, torna-se necessário conhecer melhor a tuberculose, assim como alguns aspectos relacionados à doença na atualidade, a questão da adesão ao tratamento, a conformação das políticas públicas de controle, que resultaram na reforma dos serviços de tuberculose no Brasil até chegarmos à conformação e implantação gradual da prática do TS na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e

deste modo entendermos as questões que nos levaram ao estudo do doente que faz uso deste tipo de tratamento.

### **1.2 Aspectos epidemiológicos da doença na atualidade**

Apesar dos esforços empreendidos mundialmente, a tuberculose constitui-se, ainda, em importante ameaça para a saúde pública. Os avanços no seu conhecimento e na tecnologia disponível para controlá-la não têm sido suficientes para impactar significativamente em sua morbi-mortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento.

Segundo Watanabe & Ruffino Neto (1995) nos últimos anos tem sido detectada uma tendência à diminuição na velocidade de queda, ou mesmo um aumento nos casos de tuberculose em vários países. Os autores ainda referem que em meados da década de 80, mesmo entre os países desenvolvidos, que vinham observando queda na incidência anual, começou a apresentar uma elevação da mesma, como conseqüência do empobrecimento de alguns segmentos da população e da associação com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida–AIDS.

Estima-se que no mundo existem mais de dois bilhões de indivíduos infectados, a grande maioria, vivendo em países subdesenvolvidos ou emergentes. Destacam-se a Índia, a China, a Indonésia, Bangladesh, a Nigéria, o Paquistão, as Filipinas, o Congo, a Rússia, o Brasil, como os de maior incidência da doença (Brasil, 1999).

O texto acima referido coloca a tuberculose como um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo, registrando oito milhões de casos novos e 2,7 milhões de óbitos por ano.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (1990) na América Latina, o processo de redução da enfermidade tem sido lento e não satisfatório, não se observando decréscimo dos índices de morbidade, conforme ocorreu nos países desenvolvidos há 40 anos. Nessa região, a manifestação da doença é um claro produto das condições de vida, de trabalho, assim como da forma como as políticas de saúde têm sido estruturadas para dar conta da questão.

O Brasil é o décimo país em número de casos novos no mundo, com notificação em torno de 90.000 doentes. A incidência da doença no País, em 1999, foi de 48,0/100.000 habitantes, e 5.879 óbitos em 1998, com um coeficiente de mortalidade de 3,5/100.000 habitantes. Em 1999, foram notificados 78.628 casos (de um total estimado de 124.000). Atualmente, 72% dos casos notificados são curados e 12,2% (em média) abandonam o tratamento, sendo que em alguns Estados o abandono chega a 30%. A estimativa é de 130.00 casos anuais, com 30% desses sem tratamento e 10.000 óbitos anuais (BRASIL, 2000).

A subnotificação constitui uma regra básica no sistema de saúde no Brasil. Devido a isso, o crescimento dos casos notificados pode revelar uma melhoria na identificação dos doentes, que revela melhora dos serviços, no entanto, poderá também indicar um avanço da doença.

Bolsões de pobreza nas cidades mais populosas constituem terreno fértil para a disseminação da tuberculose. De um lado, a pobreza por si só

contribui decisivamente para a manutenção de um quadro geral propício ao avanço da doença. De outro, a emergência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida–AIDS e a desinformação vigente sobre nutrição, promoção da saúde e prática de vida saudável completam os requisitos para o agravamento do problema.

O índice de cura da doença poderia chegar a 95%, não fossem as deficiências do sistema de assistência e controle da doença. Esse fato decorre das deficiências da rede de saúde pública, das dificuldades para diagnosticar a doença ou até mesmo para identificar enfermos que não procuram os postos de saúde (Brasil, 1999).

Segundo o prognóstico da OMS, no período de 1994–2004 terão morrido, na população mundial, 30 milhões de tuberculosos.

A tuberculose, tal como a hanseníase, malária, dengue, cólera, febre amarela, síndrome da imunodeficiência adquirida–AIDS e algumas outras endemias e epidemias, é uma enfermidade de condicionamentos sociais.

### 1.3 Definindo a doença

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica causada por *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizada pela formação de granulomas nos tecidos infectados e por hipersensibilidade mediada por células (Campos *et al.*, 2000). A doença tem como característica possuir geralmente um processo de latência entre a infecção inicial e a doença franca, proveniente de doença pulmonar, embora outros órgãos possam estar envolvidos (Iseman *et al.*, 1996). Na ausência de tratamento eficaz para a doença ativa, a evolução habitual é crônica, consuntiva, sobrevivendo a morte (Gutierrez *et alii.*, 1991).

O *Mycobacterium tuberculosis* é transmitido de pessoa a pessoa, principalmente pela via respiratória através da inalação de gotículas infecciosas que são lançadas no ar por meio de tosse, por adultos com doença pulmonar cavitária (Pearson *et al.* 1992) ou outro movimento expiratório forçado de pessoas eliminadoras de bacilos (Palombini *et alii.* 1996). A infecção de um hospedeiro susceptível ocorre quando esses bacilos são inalados (Daniel, 1992).

A tuberculose bovina também representa atualmente um problema de saúde pública no Brasil, principalmente na região Norte, onde aproximadamente 20% do rebanho de búfalos está contaminado.

Também a região Sul e o Estado de São Paulo apresentam animais contaminados. O estreito contato com animais e suas excreções no criatório, como o manuseio de carcaça e órgãos no abate e a ingestão de produtos de

origem animal contaminados podem representar importantes fatores de risco na ocorrência de micobacterioses do complexo *Mycobacterium avium* no homem (Freitas *et alii.*, 2001)

No entanto, o modo como a doença causada pelo complexo *M.avium* se instala no organismo ainda é muito pouco compreendido devendo-se, provavelmente, segundo os autores acima citados, à infecção pulmonar, embora tenha sido postulado também que a doença emerge de focos de infecção localizados no tecido linfático do trato alimentar ou respiratório quiescentes, adquiridos muito antes.

A doença possui três formas clínicas: a **tuberculose primária**, normalmente assintomática, freqüente em crianças, normalmente subclínicas e não detectáveis por procedimentos comuns (Wolinsky, 1993); **tuberculose reativada**, normalmente resultante da reativação de focos latentes nas porções posteriores dos lobos superiores que foram “semeadas” por via hematogênica, durante a fase primária precoce da infecção. Às vezes, doença adulta é o resultado de um novo inóculo de bacilos em uma pessoa já sensibilizada por uma infecção prévia (reinfecção exógena) (Campos *et al.*, 2000); **tuberculose extrapulmonar**, embora não represente fatores de risco no que diz respeito à transmissão da doença, ganha cada vez mais importância em virtude do aumento de sua incidência, seja nos países desenvolvidos ou não, fato este estritamente relacionado à epidemia de AIDS (Hass *et alii.*, 1995).

Entre os sintomas da tuberculose estão geralmente presentes a febre, que se manifesta sobretudo no período vespertino, o emagrecimento

devido ao aumento do metabolismo basal ocorrido pela hipotermia e a anorexia, a tosse contínua ou por acesso, seca ou acompanhada de expectoração, as dores torácicas que se agravam com a tosse e a hemoptise que consiste na eliminação de qualquer quantidade de sangue durante a expectoração, podendo apresentar-se violenta devido à ruptura de vasos existentes nas paredes das cavernas ou paredes brônquicas (Brólio & Lima, 1976).

A tuberculose pode ser facilmente confundida com outras doenças respiratórias menos graves, pois, de início, pode ter um quadro clínico inespecífico. No estágio inicial, quando o indivíduo já está infectando outras pessoas, ela pode ser confundida pelos leigos, com gripe, bronquite, alergia respiratória ou outras pneumopatias, e o retardo no seu diagnóstico agrava o estado do doente e o processo de disseminação do bacilo (Brasil, 1999).

O diagnóstico da tuberculose deve ser sempre precedido pela anamnese e exame físico, e a radiografia de tórax pode auxiliar no diagnóstico da maioria dos casos. A bacteriologia ocupa um papel fundamental, permitindo, através do conhecimento dos vários aspectos da biologia do bacilo, a sua correta identificação (Brasil, 1997).

### **1.3.1 Tratamento da tuberculose**



A prevenção da tuberculose é feita com a vacina BCG e é motivo de controvérsias entre diversos estudos (Tala & Tala, 1994). Entretanto, no Brasil, esta é utilizada para prevenir os tipos graves de tuberculose, fazendo parte do calendário nacional de vacinação infantil.

A terapêutica utilizada no combate à tuberculose combina várias drogas, uma vez que o bacilo causador apresenta rotineiramente mutações. O esquema inicial inclui a associação de três drogas abrangendo a *Rifampicina*, *Hidrazida* e *Pirazinamida* durante dois meses, seguidos do terceiro ao sexto mês com *Rifampicina* e *Hidrazida*. Para os casos de intolerância, alergia ou resistência aos tuberculostáticos, as drogas *etambutol* e *estreptomicina* são indicadas (Brasil, 1997).

A quimioprofilaxia, geralmente com a utilização da Isoniazida, é uma eficiente arma no combate à tuberculose, porém sua utilização é restrita como nos casos: contactantes menores de cinco anos, não vacinados e reatores ao teste tuberculínico, sem evidência de tuberculose doença; recém-nascido co-habitantes de foco bacilífero, contactantes intradomiciliares de bacilíferos imunodeprimidos (Brasil, 1997).

### 1.3.2 A questão da adesão ao tratamento

---

Um dos principais problemas encontrado pelo PNCT refere-se a não-adesão dos paciente com tuberculose à terapêutica oferecida, tornando-se pacientes crônicos, tanto da doença, quanto do serviço. A não-adesão ao tratamento é apontada como uma das graves falhas no programa para combater a doença (WHO, 1997). Como consequência, aumentaram os índices de incidência de mortalidade e de tuberculose multirresistente. Várias pesquisas têm sido desenvolvidas no intuito de entender a respeito do modo de viver e de pensar dos doentes, a sua compreensão e dos seus familiares sobre a visão de mundo, fatores estes que podem interferir na adesão ou não ao tratamento.

Tal fato é observado na prática, uma vez que uma parcela dos doentes não cumpre o tratamento corretamente ou o abandona antes do término, acarretando aumento de número de casos, redução nas taxas de cura e o aparecimento de tuberculose multirresistente e elevada taxa de óbitos.

Considerando que a adequada administração de esquema I (Rifampicina, Hidrazida e Pirazinamida) é a melhor forma de se evitar o aparecimento de formas resistentes, faz-se necessário adotar medidas que assegurem a adesão à tomada de drogas e às consultas médicas. O I Consenso sobre Tuberculose recomenda que sejam tomadas medidas de controle do tratamento com o objetivo de impedir o abandono, aumentar taxas de cura, através de intervenções como a supervisão de tratamento; visitas domiciliares; incentivo da relação médico-paciente, serviço-paciente; apoio do serviço para com a comunidade (Jornal de Pneumologia, 1997).

---

Pozsisk (1993), estudando questões relacionadas ao abandono de tratamento da tuberculose, considera que a adesão ao tratamento está intrinsecamente articulada a alguns elementos concretos que dizem respeito tanto ao processo de adoecimento do doente e sua inserção na sociedade, como ao processo de produção na saúde. A terapêutica medicamentosa, mesmo sendo eficaz, sofre o contraponto da singularidade do doente em correlação com sua inserção na sociedade.

O Programa de Controle da Tuberculose utiliza freqüentemente os termos “adesão” e “abandono”. Na prática diária de uma unidade de saúde, a palavra “abandono” é muito utilizada, enquanto “adesão” é mais empregada nas publicações oficiais do Programa.

No Brasil, o abandono do tratamento é considerado quando o doente deixou de comparecer ao serviço de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno (BRASIL, 1998).

*Compliance* e *adherence* são termos discutidos freqüentemente nas pesquisas que procuram explorar e problematizar estes conceitos na prática clínica das enfermidades. Neste sentido o termo *compliance* estaria mais centrado na ideologia biomédica, sendo o paciente visto como um cumpridor de recomendações (Conrad, 1985).

Já os termos *adherence* (ou *adhesion*) procuram ressaltar a perspectiva do paciente como um ser capaz de uma decisão mais consciente e responsável por seu tratamento. Sendo assim, se o paciente não adere (*nonadherence*) ao tratamento é porque ele assim escolheu; não é de

---

responsabilidade do sistema, do Programa de Controle da Tuberculose, dos médicos.

Entretanto, para Costa *et alii.* (1998) a auto-regulação do tratamento não desresponsabiliza a saúde pública, pelo contrário, exige que uma política adequada de atendimento e cura seja oferecida à população em geral. Para estes autores, o significado e o manejo da medicação, na vida diária dos doentes em tuberculose, têm uma forte influência na sua adesão ao tratamento.

A literatura demonstra que vários fatores influenciam a não-adesão ao tratamento como: melhora dos sintomas, acreditando que não estejam mais doentes (Gonçalves, 1998); a maneira como o indivíduo doente controla e articula o seu corpo; variáveis demográficas e socioeconômicas como idade, sexo, raça, ocupação, estado civil, renda e educação (Barnhoorn & Adrianse, 1992), a interação entre médicos e pacientes tem sido identificada como importantes, tanto para os que interrompem, como para os que não concluem o tratamento da tuberculose (Hayes & Bautista, 1976); pacientes que não confiam no sistema de saúde ou nos médicos e são propensos a não aderirem ao regime medicamentoso (Hulka *et alii.*, 1975); o efeito da drogas e as reações ao tratamento (Liefvoche *et alii.*, 1995); a cultura, o conhecimento e as crenças sobre o tratamento são fatores importantes (Barnhoorn & Adrianse, 1992), pois permitem a melhor percepção da eficácia do tratamento pelo paciente. Esta relação pode ser estudada pelo tempo que o paciente despende para ir à unidade de saúde, adaptar-se ao tratamento, fazer exames, consultar e buscar medicamento.

---

Para Bertolozzi (1998), todas essas questões acima referidas pela literatura transcendem os limites relativos às atitudes ou comportamentos dos indivíduos. Para a autora, enquanto a tuberculose não for apresentada pelo Sistema Nacional de Saúde no País, como um produto eminentemente social e que se relaciona ao acesso ao trabalho e à qualidade de vida, e que portando carece de um olhar especial no que toca à organização dos serviços de saúde, à disponibilidade de medicação e de um suporte de qualidade em termos de recursos humanos e financeiros, é fato que como já se falou anteriormente, ações pautadas somente no nível individual não surtirão o impacto desejado.

#### **1.4 As políticas de controle da doença no Brasil - breve histórico**

A tuberculose é uma doença que tem desafiado as autoridades sanitárias em todo o mundo. Para Bethlem (1998), após o descobrimento do bacilo, surgiram várias tentativas de tratamento, no entanto, cerca de um bilhão de pessoas morreram por tuberculose no mundo entre 1850 e 1950.

No Brasil, a tuberculose data desde a época do descobrimento. Foi introduzida pelos portugueses e missionários jesuítas durante a colonização. Ribeiro (1956) coloca o jesuíta Manoel da Nóbrega como um dos primeiros tuberculosos vindo para o Brasil. Acredita-se que sua atividade evangelizadora junto aos índios, permitiu a propagação do bacilo de Koch pelo território nacional.

No início do século XIX, de acordo com Ruffino Netto (1999) praticamente um terço dos óbitos era devido a esta enfermidade que acometia principalmente os negros.

A assistência ao doente com tuberculose nesse período era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, ficando o mesmo em enfermarias gerais, ou seja, junto com doentes que tinham outras patologias. A moléstia foi responsável por crescente número de óbitos, principalmente na cidade do Rio de Janeiro. Ribeiro (1956) revela que, em 1835, o Dr. Cruz Jobim calculou que a quinta parte dos enfermos hospitalizados na Santa Casa de Misericórdia sofria de tuberculose.

Com a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, a tuberculose foi pensada como causa de uma série de associações, que permitiam maior infecciosidade e conseqüente disseminação. Essa descoberta, modificou não só a etiologia, mas as formas de perceber e lidar com a doença. De algum modo o controle sempre acompanhou a trajetória da tuberculose e, também grande parte das doenças infecto-contagiosas (Gonçalves, 2000).

Após a Proclamação da República em 1889, são criadas as “Ligas Contra a Tuberculose”. Em São Paulo, a luta teve seu início em 1899, através da Associação Paulista de Sanatórios Populares, mais tarde denominada Liga Paulista Contra a Tuberculose.

Em 1889, já havia pressão para a construção de sanatórios, locais apontados como solução para a erradicação da moléstia.

Em 1900, é criada por um grupo de médicos do Rio de Janeiro a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, tendo a construção de sanatórios e

---

dispensários como base do seu programa de combate à moléstia. Em 1902, é inaugurado o dispensário de Tuberculose da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, que desenvolvia atividades de diagnóstico e tratamentos ambulatoriais e distribuição de medicamentos, escarradeiras de bolso, roupas e alimentos (Barreira, 1992).

Os dispensários tornavam-se a opção mais barata, mantida pela Liga, neles os pacientes eram tratados em um prazo mais curto e os medicamentos necessários eram gratuitos. Segundo Gonçalves (2000) *apud* Nascimento, os dispensários tinham a função de profilaxia, aconselhamento médico, educação higiênica e atendimento domiciliar, caso o doente não pudesse se locomover.

Outras Ligas são então criadas em outros Estados, em capitais e cidades do interior e em Campos do Jordão, por Raphael de Paula Souza, a Associação dos Sanatórios Populares, que existe até hoje, e é conhecida por “Sanatorinhos”. Mais tarde, o mesmo Raphael de Paula Souza, idealiza a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (Barreira, 1992).

A tuberculose até então não era uma preocupação estatal, ainda que, em meios não-governamentais, fosse colocada a discussão se era realmente uma doença social e qual o melhor modo de combatê-la. Entretanto, o Estado, em vista do processo de industrialização, preocupava-se com a situação sanitária do Rio de Janeiro, sede da capital federal, freqüentemente, atingido por surtos de outras doenças infecto-contagiosas. Enquanto as discussões giravam em torno de quem deveria assumir estas

---

responsabilidades, foi a elite médica que assumiu o papel, depois remetido ao Estado (Gonçalves, 2000).

Em 1907, Oswaldo Cruz instituiu um plano de ação contra a tuberculose, obtendo contudo, pouco impacto. Por falta de verbas o Congresso Nacional vetou o plano, visto que, a tuberculose, doença endêmica, sobretudo na classe operária, não ameaçava diretamente a estrutura do Estado ou da economia (Gonçalves, 2000).

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), quando o Estado passou a integrar a luta contra a tuberculose com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, que priorizou a descoberta e o tratamento adequado dos doentes. A seguir em 1926, o Departamento Nacional de Saúde Pública criou o modelo centralizado de ações profiláticas, hospitalares, dispensariais e laboratoriais, coordenadas pelo setor público (Campos, 1996).

Nas décadas de 30 e 40, operou-se em nosso País a maior revolução sanitária. Neste período é introduzida a vacinação com o BCG oral, é criado um grande número de dispensários, difundindo pelo País o uso da abreugrafia. O governo federal sensibiliza-se com a situação e repassa recursos para a construção de sanatórios, os quais tinham como objetivo a internação do paciente e/ou a realização de procedimentos cirúrgicos especializados. Várias unidades são inauguradas pelo País.

Em 1934, com o surgimento dos Centros de Saúde, o controle sobre o doente pôde ser mais rigoroso. Como os hospitais, sanatórios e dispensários não comportavam todos os internamentos, e o doente não poderia ficar sem



---

observação e cuidados médicos, criou-se então, a política de visita domiciliar, quando enfermeiras iam até a casa do doente verificar a estrutura econômica, social e familiar. A tuberculose passou a ser considerada, de novo, um problema de saúde pública, trazendo ao tratamento e à profilaxia a participação social e familiar. A preocupação naquele momento era tratar não só o doente isoladamente, mas também fazer com que a família se responsabilizasse pelo tratamento, junto com o enfermo (Gonçalves, 2000).

Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), órgão que supervisionava e se responsabilizava pela subvenção dada pelo governo às instituições e órgãos de assistência médico-social. Destinado a estudos dos problemas relacionados à tuberculose e ao desenvolvimentos dos meios de ação profilática e assistencial (Ribeiro, 1956).

Em 20 de junho de 1946, através do Decreto-lei nº 9.387, aprovado pelo Sr. General Eurico Gaspar Dutra, é instituída a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), sob orientação e fiscalização do Serviço Nacional de Tuberculose, do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde. Essa campanha procurou ampliar, uniformizar, interiorizar e normatizar o atendimento com um número maior de recursos humanos. Estabelecem-se ainda, as atribuições dos órgãos integrantes, suas competências, dotação de recursos e forma de prestação de contas (Ribeiro, 1956).

Em 1947, o exame radiológico periódico tornou-se obrigatório, quando o empregado faltava ao trabalho por doença; propôs-se também a obrigatoriedade da vacinação com BCG oral aos recém-nascidos e o amparo

---

às famílias de tuberculosos, sendo que o tratamento dispensarial era o meio mais eficaz para o controle da tuberculose. Com toda essa intensa movimentação científica em torno de uma doença, no final da década de 1940, instituiu-se a especialização acadêmica em tisiologia. A tuberculose, portanto, era a única doença a criar uma disciplina acadêmica específica para estudo (Gonçalves, 2000).

Com a comprovação da eficácia dos quimioterápicos na cura da tuberculose, alcançada ao longo das décadas de 50 e 60, o tratamento passou a se primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária, em sua grande maioria a internação dos doentes. Como consequência nas década seguintes os sanatórios foram sendo desativados e a grande maioria dos hospitais destinados à tuberculose passou a atender outras áreas da medicina (Fernandes *et alii.*, 1993).

O impacto da descoberta dos medicamentos eficazes para a cura da tuberculose trouxe esperança para as comunidades leiga e médica. A concepção de uma doença incurável, que dependia muito da relação entre médico e paciente, tomava um novo rumo, noutro sentido, mas novamente individualizado. A reação a estes fatos foi eufórica e preocupante. Os doentes de posse dos medicamentos, acreditaram que o fim dos sintomas era o fim da doença (situação comum ainda hoje) (Gonçalves, 2000).

A partir de 1964, de acordo com a autora acima citada, adotou-se a classificação, segundo o prognóstico de recuperação; reduziram-se os internamentos apenas aos três meses, com a seqüência do tratamento sendo realizada em dispensários. Os doentes poderiam conviver em sociedade ou

---

com suas famílias, ainda que com estigmas, mas não mais segregados aos sanatórios e hospitais específicos para tratar a doença. O indivíduo passou a ser socializado através do processo de tratamento, pois a ênfase terapêutica firmava-se na utilização dos medicamentos por parte dos enfermos e não mais na cura do meio, como dissipador da doença.

Bethelém (1995) demonstra que a partir da quimioterapia operam-se mudanças na forma de lidar com a doença e o doente: as posições se invertem. A medicina descobriu a “cura” e o indivíduo que assumisse seu grau de participação no processo.

Em 1970, o Serviço Nacional de Tuberculose se transforma na Divisão Nacional de Tuberculose (DNT) e ocorre o início da implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, contido no I Plano Nacional de Desenvolvimento lançado no governo Médici (Brasil, 1993).

A partir dessa década, muitos médicos passaram a se desinteressar pela fisiologia, entre outros motivos porque a clínica da tuberculose não era rentável.

A CEME - Central de Medicamentos, que foi criada em 1971, tornou-se responsável pela distribuição das drogas para o tratamento da tuberculose através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A distribuição da medicação, priorizava a população carente, aos menores de cinco anos, gestantes e vários programas governamentais, dentre eles o Programa de Imunização Contra a Tuberculose e O Programa Nacional de Combate à Tuberculose, o que se constituiu em importante passo para assegurar o tratamento da enfermidade (Braga & Paula, 1981).

O esquema terapêutico da tuberculose foi mudado em 1973, de 18 para 12 meses. Era constituído de drogas orais e injetáveis e é implantada a vacinação com BCG intradérmico, obrigatório para menores de 1 ano.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento de 1975 envolve no seu bojo o controle da tuberculose. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose era então financiado pelo Ministério da Saúde, INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde, integrando diferentes níveis governamentais, tendo as seguintes características (Brasil, 1993):

1. Coordenação e normas únicas em nível federal e estadual;
2. Unidades de saúde integradas;
3. Atividades independentes do especialista no nível ambulatorial;
4. Esquema terapêutico de curta duração (6 meses);
5. Medicamentos fornecidos gratuitamente aos doentes descobertos;
6. Sistema de informação único e ascendente;
7. Extensão da cobertura vacinal;
8. Modelo de programação claro e objetivo.

Em 1976, a Divisão Nacional de Tuberculose (DNT) se transforma em Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) (Brasil, 1993).

**No início da década de 80, começa a ser gradativamente introduzido no País o esquema terapêutico baseado em drogas de custo mais elevado, porém com menor tempo de duração, o que reduz o custo operacional do programa. Esse esquema, eleito como de “curta duração”, passou a realizar-se no período de 6 meses, com drogas de uso oral.**

---

Com a introdução desse novo esquema terapêutico, a maioria dos doentes passou a realizar o tratamento auto-administrado, recebendo os medicamentos nas unidades de saúde para o consumo mensal, sendo responsável pela sua ingestão.

Muniz (1999) ressalta que, apesar de oferecer vantagens aos serviços de saúde, o tratamento auto-administrado trouxe alguns prejuízos ao paciente. Esse padrão de intervenção transferiu para o paciente a responsabilidade do seu tratamento, afastando-o dos serviços, reduzindo seu contato com a equipe de saúde. Ao longo da década de 80, medidas como a “visitação domiciliar”, apesar de preconizadas, deixaram de ser prioridades para os serviços.

No ano de 1986, foi criado, no Rio de Janeiro, o Centro de Referência Hélio Fraga com a finalidade de dar suporte técnico-científico à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária e à Campanha Nacional Contra a Tuberculose. O Centro de Referência Hélio Fraga passou a assumir parte das atribuições da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, entre elas a responsabilidade pelos cursos de especialização e a incorporação dos funcionários, anteriormente lotados na Campanha (Fernandes *et al.*, 1993).

Em 1990, o Programa de Controle da Tuberculose sofre desestruturação quando o então presidente Fernando Collor de Mello, almejando reduzir gastos e descentralizar a administração para os Estados, extinguiu a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (WHO, 1997).

Em 1992, tentando-se reerguer o programa, a responsabilidade dos treinamentos, a monitorização dos tratamentos e as campanhas públicas são

---

transferidas do nível federal para os Estados e a assistência aos pacientes, para os municípios (Hijjar, 1997).

O processo de mudança na política de saúde, com a adoção da municipalização da gerência das ações, também é um fator de queda na qualidade das ações de controle da tuberculose em nosso País. Até o início da implementação do Sistema Unificado de Saúde (SUS), o PNCT adotava um modelo vertical, com o Ministério da Saúde elaborando as normas, fazendo treinamento de recursos humanos, supervisionando as ações e consolidando as informações, e os níveis estadual e municipal executando as ações de controle.

Para Campos (1996), o modelo vertical atingiu os objetivos, aumentando a cobertura populacional, padronizando o atendimento em todo o território nacional e assegurando medicação para todo doente descoberto. Os três níveis de governo sabiam o seu papel a desempenhar e o sistema de referência e contra-referência funcionava adequadamente. A proposta do SUS, no entanto, encontrou um pessoal despreparado para gerenciar ações de saúde em muitas regiões do País. Principalmente os pequenos municípios brasileiros não contavam com pessoal técnico para assumir repentinamente ações que antes não lhes competiam. Isso fez com que a fase de transição trouxesse graves prejuízos para o controle da doença neste período.

Apesar do declínio progressivo do número de casos de tuberculose no Brasil, observados durante a década de 80 e início de 90, nos anos de 1994 os indicadores revelaram aumento significativo. Neste mesmo ano foram notificados 87.280 casos novos de tuberculose no País, ocupando o primeiro

---

lugar no Continente Americano. Levando em consideração a população exposta ao risco e, portanto, analisando os coeficiente de incidência (54/100.000 hab.), o Brasil passa a ocupar o 6<sup>o</sup> lugar nessa região (Brasil, 1997).

Com esta situação, à pedido do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose foi submetido à avaliação por peritos nacionais internacionais. A situação epidemiológica encontrada no país, evidenciando elevadas taxas de abandono e baixos percentuais de cura, exigia prioridade na adoção das práticas existentes, bem como a implementação da capacidade de atuação do programa. A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária-CNPS, responsável em nível nacional pelo controle da tuberculose, no ano de 1994 apontou diretrizes para a elaboração do Plano de Ação Emergencial para os Municípios Prioritários, objetivando implementar o "controle da tuberculose, nos municípios onde a doença atingisse sua maior força no Território Nacional, e nos quais o emprego de recursos pudesse alcançar melhores resultados proporcionando considerável impacto na redução da doença" (Brasil, 1997).

Assim, foram selecionados municípios como prioritários, mediante a análise de alguns indicadores. Entre os critérios para a inclusão, estabeleceu-se que os municípios deveriam ter população acima de 50.000 habitantes, coeficiente de incidência acima da média brasileira (58,4 por 100.000 hab), óbitos por tuberculose acima de 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de

85%, abandono acima de 10% e elevada incidência de casos de AIDS (Brasil, 1997).

O Plano Emergencial de Controle da Tuberculose para o País, que apenas foi implantado em 1996, selecionou 230 municípios.

Para facilitar o processo de transformação, o PNCT definiu alguns objetivos operacionais para aumentar a efetividade e a qualidade das ações:

**1. Implementar as atividades de busca de casos através da:**

- Identificação de sintomáticos respiratórios da demanda espontânea nos ambulatorios ou referendada para consulta na Unidade de Saúde;
- Exame bacteriológico de todos os sintomáticos respiratórios;
- Avaliação dos comunicantes;

**2. Implementar o diagnóstico bacteriológico da tuberculose, através de:**

- Melhoria na rede de laboratórios;
- Controle de qualidade dos laboratórios;
- Capacitação de recursos humanos;

**3. Curar pelo menos 85% dos casos descobertos através de :**

- Garantir esquema de tratamento;
- Implantação do tratamento supervisionado;
- Realizar visita domiciliar;

**4. Proteção aos sadios, através:**

- Vacinação BCG;
- Quimioprofilaxia.



**5. Atividades educativas, através:**

- Sensibilização de funcionários, doentes, comunidade;
- Trabalhos educativos: escolas, indústrias..." (Brasil, 1997).

Em março de 1998, a imprensa internacional levanta a calamidade da situação epidemiológica da tuberculose no mundo, discutida pela WHO e mostra o Brasil ocupando o 10º lugar, entre os 22 países que albergam 80% dos casos de tuberculose.

**Ainda em 1998 a CNPS volta para o Ministério da Saúde, vinculado agora à Secretaria de Políticas de Saúde.**

**A resolução número 284, do Conselho Nacional de Saúde de 06/08/98, considerando o descalabro consentido em que se encontrava a tuberculose no país, e que o Plano Emergencial, elaborado em 1994, ainda em implementação, estava requerendo ajustes e ampliação, e que a situação poderia e deveria ser corrigida com os recursos disponíveis, resolve que a tuberculose era problema prioritário de saúde pública no Brasil, tanto pela sua magnitude como pela possibilidade e vantagens de seu controle e sugere estabelecer estratégias para um novo plano (Ruffino Netto, 1999).**

O Plano introduz duas inovações: o tratamento supervisionado e a instituição de um bônus de R\$ 150,00 (cento e cinqÜenta reais) e de R\$ 100,00 (cem reais) para cada caso de doente de tuberculose tratado e curado, utilizando o tratamento supervisionado ou auto-administrado, respectivamente. Em 15 de outubro de 2000, foi assinada a Portaria nº 3739/GM que regulamenta a concessão do bônus.

---

A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária que participou da oficina de trabalho junto a assessores da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), dispendo-se a rever uma série de pontos de sua programação, incluiu a estratégia Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) entre as suas diretrizes. Essa estratégia atualmente se expande pelo mundo e “tem ganhado reconhecimento como uma das melhores intervenções considerando-se o custo-benefício” (Kochi, 1997).

O Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, para o período 2001–2005, conta com a estratégia de Saúde da Família, na sua proposta de trabalho.

Um esforço intensivo deverá ser desenvolvido para a capacitação e a qualidade de desempenho dos recursos humanos envolvidos no Programa Nacional de Controle da Tuberculose, seja de serviços gerais de saúde, seja nas equipes de Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, laboratórios e ambulatórios em geral. Esses profissionais devem ser treinados suficientemente em diagnóstico, tratamento, registro e notificação e outras atividades para cumprirem eficazmente suas responsabilidades específicas com apropriada supervisão (Brasil, 2000).

Outro grande aliado no Plano de Controle da tuberculose no Brasil, para os próximos quatro anos, segundo o documento acima citado, deverá ser o Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância à Saúde (VIGISUS). Elaborado como um projeto para a criação de infra-estrutura nas três esferas de governo, é o responsável pelo desenvolvimento de ações de

monitoramento, avaliação e controle de variáveis relacionadas ao ambiente, às populações humanas e aos produtos e serviços de interesse para a saúde, através de suas áreas programáticas e pela efetiva discussão de programas com detalhamento de projetos, especialmente na região Norte do país (Amazônia Legal), proporcionando a cobertura de um terço dos municípios prioritários, com aproximadamente 10% da população brasileira.

A humanização das práticas de saúde junto à família e seu espaço social passa a ser o referencial desta nova estratégia de enfrentamento que utiliza as Equipes de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários, que certamente trarão o alcance dos objetivos propostos.

As estratégias apresentadas pelo Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período 2001–2004 são apresentadas a seguir, sendo que alguns dos itens propostos foram abordados neste estudo:

1. Implantar/implementar o bônus para todos os municípios que tenham Unidade Básica de Saúde desenvolvendo ações de controle da tuberculose;
2. Identificar áreas prioritárias em municípios com mais de um milhão de habitantes;
3. Capacitar equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, ampliando a cobertura para 70% da população brasileira;
4. Treinar para gerenciamento e supervisão, principalmente em serviço, através de visitas de supervisão, durante o período de implantação;
5. Priorizar o tratamento supervisionado;
6. Manter a educação permanente das equipes de Saúde da Família;

7. Expandir a implantação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde para a universalização das ações de controle de tuberculose;
8. Estimular a adesão municipal ao Programa de Controle da Tuberculose;
9. Utilizar o tratamento supervisionado ou tratamento diretamente observado (DOTS ou TOD).

O Plano também prevê reordenamento nas seguintes áreas:

1. **Promoção da saúde** – *Como enfoque que fortalece a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlar, melhorar e manter seu bem estar físico, mental e social. Exige uma colaboração estreita entre o setor saúde e outros setores, já que os determinantes do estado de saúde são múltiplos e diversos.*

*As estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde. A promoção da saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde.*

2. **Capacitação de recursos humanos** – O objetivo central da capacitação é a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. A primeira diretriz é atender às necessidades e demandas do SUS. Em relação à assistência, o princípio é que toda a equipe das Unidades de Saúde deve ser treinada e atualizada a oferecer assistência ao paciente com tuberculose.
3. **Estudos e pesquisas** – Financiados pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária obedecem às orientações de suas áreas de

interesse e atendem às propostas de pesquisa aplicada, como requerido pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

**4. Gerência do programa** – Pretende-se ampliar a gerência operacional, criativa, articulada e descentralizada, promovendo a integração das ações do PCT às demais ações dos outros programas de saúde pública, sobretudo tendo no agente comunitário de saúde o grande elo comunidade–serviços. Essa área se preocupa, também, com a avaliação local permanente, única capaz de corrigir falhas, em tempo de evitar os danos que tratamentos mal conduzidos geram para a população e para as autoridades sanitárias do País.

A recuperação de alguns fatos que marcaram a trajetória da tuberculose no Brasil, evidencia a existência de visões e práticas que respaldam a atuação médica e social.

Para Gonçalves (2000) são duas formas semelhantes de controle para lidar com enfermidades, em diferentes níveis sociais, e em tempos distantes, que representam concepções e práticas relacionadas à saúde–doença de sua época.

### **1.5 A estratégia DOTS**

DOTS significa tratamento diretamente observado de curta duração. Parte da estratégia DOTS, de acordo com Teixeira (1998), caracteriza-se pela observação e monitorização da administração dos medicamentos, mas não deve ser entendida apenas como tal. Na realidade compreende um corpo de

medidas que se complementam, definidas pela OMS como os cinco pilares da estratégia: **1) detecção de casos por microscopia; 2) tratamento diretamente observado; 3) provisão regular das drogas; 4) sistema eficiente de registro de dados; 5) compromisso político no controle da tuberculose.**

Além de modificar o perfil epidemiológico da tuberculose, o emprego da estratégia DOTS apresenta outras vantagens. Sua eficiência sem hospitalização torna o tratamento disponível e de baixo custo (Kochi, 1997). De igual importância, é o fato da estratégia DOTS fornecer a defesa mais importante contra o desenvolvimento de linhagens de *Mycobacterium tuberculosis* multirresistentes resultantes de repetidas terapias, tratamentos incompletos ou sem sucesso, possibilitando o aparecimento de casos de tratamento difícil e caro.

Muniz (1999) aborda vários aspectos relacionados ao tratamento supervisionado, considerando que a harmonia entre as pessoas envolvidas é fator importante para o sucesso do tratamento. Entende como tratamento supervisionado (TS) administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose da medicação. Esse profissional tem a responsabilidade de contactar e convencer o paciente a realizar o acompanhamento médico e medicamentoso, bem como conscientizá-lo sobre sua importância. Orienta que o local de supervisão da tomada de medicamentos deve ser estabelecido atendendo às necessidades ou conveniência do paciente, podendo ser na unidade de saúde, no domicílio do paciente, no hospital ou local de trabalho. O observador não precisa, necessariamente, ser um profissional de saúde. Ainda, os critérios para inclusão no tratamento supervisionado variam mediante análise da situação

---

particular do paciente, bem como da peculiaridade de cada país, região ou localidade, devendo ser avaliados os recursos humanos e materiais existentes e os indicadores epidemiológicos.

O TS não é uma estratégia nova. A própria Organização Mundial de Saúde reconhece que vários estudos realizados na década de 70 serviram de sustentação para a proposta do DOTS aos países que representam 80% dos casos de tuberculose do mundo, dentre eles, o Brasil. Experiências são citadas, como a da Tanzânia, onde a taxa de cura passou de 43% para 80%; da China, que passou de 30% para 91% e do Peru, de 59% para 91% (São Paulo, 1997).

A cidade de New York, nos Estados Unidos da América, obteve resultados positivos em relação ao DOTS. Em 1980, observavam-se baixos coeficientes de incidência, de 2 por 100.000 habitantes, que chegou a dobrar no final da década, período que coincidiu como o desmantelamento dos serviços públicos de saúde. Após investimentos financeiros, oferecimento de vales-transporte e alimentação aos doentes carentes e relutantes e implantação do DOTS, o número de abandonos caiu de 540 em 1991, para 44 em 1993. Para que estes resultados fossem positivos, contaram-se com centenas de auxiliares de saúde, incluindo ex-pacientes curados que visitavam os doentes em suas comunidades (Fujiwara, 1997).

Diante do exposto e de estudos como de Bruce & Davidson (1999) que demonstraram que administrar medicação tuberculostática através da estratégia DOTS reduz a prevalência de tuberculose resistente a múltiplas drogas, diminui custos por caso tratado e, melhora as taxas de tratamento

completados, observa-se que esta estratégia é uma das maneiras mais importantes de controlar e prevenir novos casos de tuberculose.

No Brasil, entre os componentes da estratégia DOTS, a supervisão direta da ingestão de medicamentos começa a ser incorporada pelos serviços. No município de Ribeirão Preto - SP, essa experiência é recente, pois teve início em final de 1997.

Por esse motivo, a partir de 1997, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária tem recomendado aos municípios que iniciem projetos-piloto de aplicação do tratamento supervisionado da tuberculose, considerando a diversidade, características locais e a factibilidade operacional.

A proposta de execução do TS se caracteriza por ser bastante flexível, ampliando as perspectivas do aspecto normativo, pois deve ser adequada à realidade dos serviços, do paciente, da situação, abrindo espaço para intervenções de promoção à saúde, não só ao paciente, mas também, no âmbito familiar.

O processo decisório de inclusão ao tratamento supervisionado, exige uma avaliação individual e domiciliar de cada caso.

O I Consenso Brasileiro de Tuberculose-1997 (Jornal de Pneumologia, 1997) elege como critérios de inclusão: adultos com diagnóstico de tuberculose pulmonar positiva; os pacientes com tuberculose pertencentes aos grupos de risco de abandono de tratamento, como alcoolistas, usuários de drogas, mendigos ou sem residência fixa; os que vivem em comunidades fechadas como asilos, casa de repouso; em uso de esquemas terapêuticos IR (retratamento) ou III (falência) e os portadores de formas multirresistentes.



### **1.6 Objetivo geral da pesquisa**

Analisar a percepção dos doentes de tuberculose a respeito do tratamento supervisionado em uma Unidade de Saúde - Ribeirão Preto - São Paulo.

### **1.7 Pressupostos e questões da pesquisa**

Sabendo que nos critérios para inclusão em TS, estão os pacientes com tuberculose, pertencentes aos grupos de maior risco de abandono de tratamento como os alcoolistas, usuários de drogas, mendigos ou sem residência fixa, os que vivem em comunidades fechadas como asilos, casas de detenção, casa de repouso e outros e, principalmente os pobres e excluídos da sociedade, que estão inseridos em um micro e macro ambiente que influenciam o seu viver, pressupomos que:

1. O TS se apresenta para o doente como um apoio importante na adesão ao tratamento;
2. O TS é capaz de estabelecer relações de vínculo, acolhimento e responsabilidade do doente para com o tratamento e com a equipe de saúde responsável pelo tratamento;
3. A família e a equipe de saúde responsável pelo TS se apresentam como importante apoio ao doente durante o tratamento;

4. O doente de tuberculose sob TS é um indivíduo que apresenta singularidades, inerentes à sua condição e inserção na sociedade.

Com base nesses pressupostos, surgiram várias indagações, como:

1. Quais são as percepções do doente de tuberculose, em relação à doença, à família e ao tratamento que recebe, o TS?
2. Como ele está convivendo com a doença?
3. As relações familiares foram modificadas, após o diagnóstico de tuberculose?
4. O doente tem apoio dos familiares no processo da doença?
5. O tratamento recebido diariamente no domicílio é aceito pelo doente?
6. Como ele vê os profissionais de saúde que o assistem no TS diário?
7. Como se estabelecem as relações de interação dos profissionais de saúde que realizam o tratamento supervisionado com o doente de tuberculose e sua família?

## 2.1 Tuberculose – uma doença associada às condições de vida

### 2.1.1 Desenvolvimento *versus* desigualdade social

**A** desigualdade econômica e social entre povos, grupos sociais e áreas geográficas coloca-se como

um dos principais desafios coletivos dos tempos atuais. Para Ackerman (1997), o enfrentamento desse problema clama pela busca de soluções que sejam sustentáveis ao longo do tempo, tendo-se presente que nenhum saber ou setor, mesmo aquele que foi bem sucedido no passado, é capaz de, isoladamente, fornecer todas as respostas necessárias a estas questões.

A realidade sanitária latino-americana, emergindo da profunda crise econômica nas últimas décadas, caracteriza-se por grandes iniquidades sociais nas condições de vida da população.

O Brasil vem confirmando, infelizmente, essa mesma tendência de enormes desigualdades na distribuição de renda e elevados níveis de pobreza. Um País desigual, exposto ao desafio histórico de enfrentar uma herança de injustiça social que exclui parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e de cidadania.

A pobreza gerada pelas desigualdades sociais é um tema tradicional e muito discutido em estudos acadêmicos e institucionais, mas

muito complexo. A distinção entre pobreza estrutural e conjuntural pela superposição de determinantes e manifestações é um desafio enorme, aliado a estes a complexidade de definição do padrão de intervenção pública na área social e o processo de reestruturação do papel do Estado na sociedade, que inclui redefinição da importância do gasto social no orçamento dos municípios, Estados e União (São Paulo, 1992).

A estas dificuldades para o estudo das condições de vida e da pobreza no Brasil, peculiares ao nosso padrão de desenvolvimento sociopolítico e econômico, está agregada uma outra, que é a definição do que é ser pobre. Para tal é necessário optar por uma medida variável para esta pobreza, o que poderia resultar na identificação das parcelas carentes da população de forma simples, numa tendência a gerar grupos estanques de *pobres* e *não pobres*, mostrando-se insuficientes para estabelecer diferenças de condições de vida internamente a estes conjuntos.

Barros, Henriques & Mendonça (1999) ressaltam que o Brasil não é um país pobre, mas um país com muitos pobres. Acreditam os autores que os elevados níveis de pobreza que afligem a sociedade encontram seu principal determinante na estrutura da desigualdade brasileira, uma perversa desigualdade na distribuição da renda e das oportunidades de inclusão econômica e social.

A pobreza, então, não pode ser definida de forma única e universal. Está relacionada às situações de carência em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto histórico. Neste

sentido, a linha de pobreza é utilizada como parâmetro que permite a uma sociedade específica considerar como pobres todos aqueles indivíduos que se encontrem abaixo do seu valor.

A pobreza é considerada, na medida em que existem famílias vivendo com renda familiar *per capita* inferior ao nível mínimo necessário para que possam satisfazer suas necessidades mais básicas. A magnitude da pobreza está diretamente relacionada ao número de pessoas vivendo em famílias com renda *per capita* abaixo da linha de pobreza e à distância entre a renda *per capita* de cada família pobre e a linha de pobreza (Barros & Camargo, 1993).

Os resultados dos PNADs revelam que, em 1998, cerca de 14% da população brasileira vivia em famílias com renda inferior à linha de indigência e 33% em famílias com renda inferior à linha de pobres. Esses dados revelam que, cerca de 21 milhões de brasileiros podem ser classificados como indigentes e 50 milhões como pobres.

Os estudos, acima citados, revelam uma perversa situação de simetria social, em que os 10% mais ricos se apropriam de 50% do total da renda das famílias e, como por espelhamento, os 50% mais pobres possuem cerca de 10% da renda. Além disso, 1% da população, o 1% mais rico, detém uma parcela da renda superior à apropriada por metade de toda a população brasileira.

Barros, Henriques & Mendonça (2000) fazem um diagnóstico básico referente à estrutura da pobreza, de que o Brasil, em pleno século XXI, não é um país pobre, mas um país extremamente injusto e desigual,

com muitos pobres. A desigualdade encontra-se na origem da pobreza e combatê-la torna-se um imperativo. Imperativo de um projeto de sociedade que deve enfrentar o desafio de combinar democracia com eficiência econômica e justiça social.

Cohn (1997) propõe mudança no enfoque das discussões hoje predominantes de desenvolvimento social *versus* pobreza, remetendo mais de perto para a questão tão debatida atualmente do alívio da pobreza, para o de desenvolvimento *versus* desigualdade social, por conseguinte, da óptica da superação da pobreza.

O processo histórico dessa tendência é assinalado pela autora, no qual o paradigma da modernidade converge e acaba reduzindo ao desenvolvimento capitalista do século XIX, na medida em que as sociedades modernas passam a viver da contradição entre os princípios da *emancipação*, que continuaram a apontar para a igualdade e a integração social, e os princípios da *regulação*, que passaram a gerir os processos de desigualdade e de exclusão produzidos pelo próprio desenvolvimento capitalista.

Para a autora, nos países periféricos, contrastando com a realidade dos países centrais, a década de 70 e 80 evidenciava um desenvolvimento econômico que por si só não gerava desenvolvimento social e, muito menos, crescimento econômico, trazendo consigo o aumento das desigualdades sociais.

O foco da questão do desenvolvimento social como algo vinculado à integração social via trabalho se deslocou, vinculando-o à

pobreza, que não mais deveria ser regulada por aquele padrão clássico até então vigente, mas pelo acesso ao consumo precário de mercadorias que contemplem algumas necessidades sociais básicas.

Na América Latina, esse fenômeno traduziu-se em programas sociais e não em políticas sociais, voltados para os pobres, compensatórios da situação de pobreza. Prevaleceu o tema de desenvolvimento social pautado pelas diferentes concepções de pobreza, comungando, no entanto, o traço comum do *déficit* do acesso ao consumo de determinados bens e serviços básicos.

Nos anos 80, observa-se a passagem da concepção do desenvolvimento econômico gerando desenvolvimento social, para aquela em que o desenvolvimento social é entendido como promoção de políticas e programas sociais de alívio da pobreza (Cohn, 1997).

No final da década de 80 e início dos anos 90, ainda prevalece o tema da pobreza, no entanto, o tema da desigualdade social começa a ser introduzido. As recomendações das sucessivas Conferências Mundiais e na Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social, realizadas em março de 1995 em Copenhague, emergiam para o tema do desenvolvimento social, agora de uma perspectiva mais geral, do que se convencionou denominar “desenvolvimento humano”.

O Relatório do Desenvolvimento Humano – 1994 – do PNUD destaca:

“Atrás das manchetes ruidosas sobre os muitos conflitos e emergências mundiais, existe uma crise

silenciosa, uma crise de subdesenvolvimento, de pobreza, de pressões do crescimento populacional e de uma imprevidente degradação ambiental. Esta não é uma crise que irá responder à necessidade urgente de alívio ou às vacilantes intervenções políticas. Ela exige um longo e pacífico processo de desenvolvimento humano sustentável.

O desenvolvimento humano sustentável é um desenvolvimento que não gera apenas crescimento econômico, mas distribui também os seus benefícios imparcialmente. Regenera o ambiente em vez de o destruir; fortalece o povo em vez de marginalizar. É o desenvolvimento que dá prioridade aos pobres, alargando as suas escolhas e oportunidades, proporcionando-lhes uma participação nas decisões que afetam suas vidas. O desenvolvimento é favorável ao povo e à qualidade dos empregos, favorecendo as mulheres”.

A promoção do desenvolvimento humano é aí entendida como distribuição imparcial dos benefícios; fortalecimento do povo (integrando-o em reação ao processo de marginalização crescente de que vem sendo vítima); prioridade para os pobres, alargando suas escolhas e oportunidades; promoção de maior participação dos pobres nas decisões; promoção da melhoria na qualidade dos empregos.



Assiste-se hoje, segundo Cohn (1997), à constituição de um encadeamento e articulação – quase em termos seqüenciais, para não dizer causais e absolutamente lineares – entre desenvolvimento social/desenvolvimento humano, aumento da qualidade de vida e desenvolvimento sustentável.

A exigência imediata, colocada pela autora e, que se apresenta quando se desloca o eixo da reflexão da pobreza para a desigualdade, está exatamente em suplantar o predomínio de propostas e programas e políticas setorializados voltadas para o *alívio da pobreza* e passar a norteá-las, de forma intersetorial, pela busca da *superação da pobreza*. E compatibilizar Estado/Democracia/Equidade exige a construção de um projeto social que articule a economia política, as dimensões socioculturais e a própria dimensão política em um complexo que traduza a democracia como valor universal.

Nas considerações de Chauí (1984), esta tarefa não é nada fácil, na medida que implica a necessidade de reafirmação dos direitos de cidadania ditados pelos princípios da democracia, o que significa necessariamente, um processo de conquista, sendo que sua consolidação social e política deva constituir-se na criação de espaços sociais de luta e de instituições permanentes de expressão política. Essa reafirmação implica, ainda, de acordo com Cohn (1997), a passagem do predomínio da cidadania passiva para a cidadania ativa, ou melhor, daquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas essencialmente como criador de novos direitos para abrir e conquistar novos espaços de participação política.

Importante, segundo a autora é sair do modelo clássico de representação política no Brasil, de representação do poder diante do povo, para construir a representação do povo diante do poder, enfatizando-se a ampliação e diversificação dos espaços de participação e das práticas sociais que possibilitem a inclusão social das formas de exclusão social (de gênero, raça, qualidade de vida, dentre outras).

Finalmente, no que diz respeito à área específica da Saúde, trata-se de capacitar o Estado e a sociedade com informações técnicas a respeito de desigualdades e necessidades sociais e de saúde.

A pobreza não pode ser entendida somente como fome, desnutrição, carência de renda, dentre outras carências, e sim como inadequação de recursos disponíveis para gerar capacidades individuais, cidadãos, minimamente aceitáveis, dizendo respeito, à limitação dos modos de viver a que uma pessoa está condenada, sobretudo diante da polarização atual das desigualdades sociais e da promoção da “apatia cidadã”, presente em nosso País.

Nas palavras de Sen (1993):

“... ampliar as vidas limitadas das quais, queiram ou não, a maioria dos seres humanos são prisioneiros por força das circunstâncias, é o maior desafio do desenvolvimento humano no mundo contemporâneo. Uma avaliação informada e inteligente tanto das vidas a que somos forçados como das vidas que poderíamos escolher mediante reformas sociais é o primeiro passo

para o enfrentamento daquele desafio. É uma tarefa que temos que enfrentar" (p.333).

Para nós, trabalhadores da saúde, o maior desafio, nos dias de hoje, é saber como enfrentar as desigualdades sociais, frente aos problemas de saúde com o qual nos deparamos diariamente. Esses desafios, de acordo com Castellanos (1997), nos apresentam ao nível conceitual, metodológico e nas modalidades de nossa prática cotidiana.

A situação sanitária brasileira, por si só, se constitui um objeto de grande complexidade. Para o autor acima descrito, nossa formação e nossa prática social estão centradas na epidemiologia. Por isso, abordar a situação de saúde da nossa população e as desigualdades sociais nos colocam diante das limitações de nosso arsenal conceitual e metodológico para empreender a difícil tarefa de descrever e explicar este cenário, com a finalidade de sustentar decisões e ações de transformação mais eficientes e com maior impacto sobre as iniquidades sociais, na área da saúde.

### **2.1.2 Tuberculose *versus* condições de vida**

As doenças se manifestam de diferentes maneiras em diferentes épocas e sociedades. Tendem a refletir as diversas relações entre os processos sociais e as condições de existência de grupos populacionais e classes sociais. Especialmente a tuberculose é conhecida como uma doença muito susceptível às variações nas condições de vida das populações.

Ao longo do processo histórico, observa-se que as representações da tuberculose se firmaram ou se modificaram através da negociação entre o micro e o macro, o indivíduo e a sociedade. No final do século XIX no Brasil, houve uma preocupação crescente com relação à doença, quando ela se tornou um problema social e começou a mobilizar a elite médica para uma solução de cura.

Gonçalves (2000) relata que em meados do século XIX, por volta de 1860, a medicina associava a tuberculose diretamente às condições de miséria em que vivia a população. A grande preocupação, em termos de saúde pública, estava na destruição dos cortiços e recuperação da zona urbana da cidade. Os cortiços eram vistos como mantenedores, propagadores e acumuladores de sujeira e perigo social, antro de doenças, pessoas perigosas e locais onde ocorriam as conspirações contra o governo.

Até o final do século XIX, acreditava-se também que a tuberculose estava diretamente ligada à hereditariedade e às condições de vida, como habitação e trabalho. As condições e os hábitos de vida eram, de modo geral, considerados importantes para a determinação da enfermidade.

Outra concepção de doença, relatada pela autora, a da degeneração do indivíduo – mal social – reunia idéias que demarcavam os comportamentos sociais – estilo de vida – e as condições de vida: moradia, higiene e trabalho, como relevantes para o adoecimento. A culpa pela doença recaía sobre o indivíduo à medida que era conseqüência dos maus hábitos, das péssimas condições de higiene e de vida.

As políticas higienistas por sua vez, em uma visão social e abrangente, lutavam por oferecer melhores condições locais e proteções para o trabalho nas indústrias, na esperança de manter o controle da tuberculose.

Em 1882 foi descoberto o bacilo de Koch. A partir deste momento a tuberculose foi pensada como causa de uma série de associações, que permitiam maior infecciosidade e conseqüente disseminação. Modificaram-se as políticas de saúde, conferiram-se poderes e responsabilidades cada vez mais abrangentes à medicina, que era de controlar para o bem social.

No manejo das doenças contagiosas de então, enfatizou-se o caráter biológico, baseado no saber científico. Não bastava conhecer o agente causador da tuberculose, era necessária uma estrutura física, econômica e pessoal para combatê-la, ainda que de forma rudimentar.

Gonçalves (2000) relata que as más condições de moradia, a alimentação precária e o local inadequado de trabalho eram fatores considerados importantes para a exposição ao bacilo de Koch e o crescente adoecimento da população. Dessa forma, os menos favorecidos economicamente tinham maiores chances de contrair a enfermidade, por viverem nestas condições. A noção de doença social, de flagelo social ou doença operária tornava-se cada vez mais forte no País, pois baseava-se na capacidade de contaminação e nas condições de vida desfavoráveis daqueles que a contraíam e disseminavam os pobres e os trabalhadores.

Nas últimas décadas do século XIX, somaram-se à concepção da doença orgânica a crescente urbanização e a industrialização, introduzindo

---

elementos ditos de agravamento da doença: o desenvolvimento, a má distribuição de renda e a “pobreza”. Com o capitalismo em pleno crescimento, as indústrias requisitavam mão-de-obra barata que se acumulava em moradias insalubres nas periferias das grandes cidades (Almeida, 1994).

Paralelamente, houve um aumento do controle e manipulação do Estado sobre as camadas menos favorecidas da sociedade através das políticas sanitárias. A serviço do Estado, “a educação higiênica” do século XIX almejou, de fato, criar um corpo saudável (Costa, 1984).

A medicina, com uma proposta higiênica e social de modificação dos costumes das classes populares, acreditava poder combater os modos de agir e pensar frente à moral e à higiene. Dessa forma, ela tornava-se “social”, mais aplicada, mas também mais policiadora e normativa, com a preocupação de intervir socialmente para o bem-estar geral, ditando modos e maneira de vida saudáveis, por exemplo o que comer, o que beber ou como e onde morar.

Ao final do século XIX, a associação da doença com as precárias condições de vida e higiene trouxe à tona a diferenciação e o repúdio social destes doentes, rotulando-os como responsáveis por um tipo de mal social. Diferente da visão anterior em que o doente era a “vítima”, passaram a ser vistos e tidos como perigosos, já que eram capazes de disseminar a doença a quem não compartilhava das mesmas condições de vida (Guillaume, 1988).

A tuberculose, de doença social, passou a ser tratada como doença individual. E os doentes eram culpados e responsabilizados socialmente pelo modo de vida que levavam, não adotando costumes de higiene e de alimentação preconizados pela medicina, eram responsabilizados pela saúde dos outros. Eram, cada vez mais, taxados de perigosos e excluídos, por não terem condições adequadas de vida, por morarem nas periferias, nos cortiços e, portanto, estarem muito perto das doenças desprezadas e estigmatizadas (Almeida, 1994).

Essa concepção demonstra que estas linhas que separavam uma visão da outra – do doente vítima ao doente culpado - por diferentes momentos, sobrepunham-se e confundiam-se. A diferença que surgiu com a descoberta do bacilo fixou-se na culpa e não no conceito social da doença como um todo.

Acompanhando em parte, a trajetória da tuberculose, percebe-se a existência de visões e práticas diferenciadas mas não excludentes, que respaldam a atuação médica e social. Dessa forma, ora as questões, envolvendo a doença, são vistas e tratadas de um ângulo individual ora social.

Para Gonçalves (2000), a tensão existente entre a ênfase individual *versus* a ênfase social da tuberculose é como uma dialética que se desenvolve através do tempo, mas também do espaço, ou seja, das diferenças entre os grupos sociais e da heterogeneidade das perspectivas e práticas que se encontram dentro de um grupo aparentemente homogêneo – os indivíduos com tuberculose.

As pesquisas atuais continuam relacionando a tuberculose com a pobreza. As discussões a respeito das condições de vida e desigualdades sociais, como as propostas por Cohn (1997), relacionadas à tuberculose, são pouco discutidas na literatura.

A tuberculose é uma entidade de características marcadamente sociais e demográficas, eliminá-la não pode ser visto no cenário atual como uma tarefa viável sobretudo por sua magnitude predominantemente urbana e crescente concentração populacional em grandes cidades, enquanto persistirem indicadores sociais de pobreza, exclusão social, superpopulação, desnutrição e carência de acesso aos serviços elementares de saúde e higiene (Dalcomo, 2000).

Estudos recentes associam a tuberculose com vários índices de pobreza, como o realizado por Kearney *et al.* (1993) em Liverpool. Outro estudo, como o de Spence *et al.* (1993) no Reino Unido, constatou que a proporção de casos notificados entre pessoas de origem asiática, aumentou em seis *surveys* nacionais que aconteceram entre 1965 e 1993 para 41% dos casos.

Hawker *et al.* (1999) fizeram um estudo retrospectivo, comparando a incidência de tuberculose em grupos populacionais de etnia branca e sul-asiática, de 39 bairros da cidade de Birmingham nos Estados Unidos, com índices específicos de etnia associado à variável pobreza. E sustentaram a conclusão de que fatores sociais, tais como a pobreza, podem influenciar o desenvolvimento da tuberculose, predominantemente a reativação de infecção endógena, em pessoas brancas, os quais são



diferentes daqueles que influenciam o risco de contrair a tuberculose predominantemente nova infecção na população asiática. Sugerem os autores pesquisas futuras como o estudo de caso-controle e de análises genéticas para definir o modo de transmissão dentro e entre grupos étnicos.

A pobreza, como raiz das desigualdades sociais, se constitui apenas como uma das causas da doença, permanecendo este enfoque, e sendo defendida até por alguns, como a mais importante no processo. Essa maneira de interpretar a tuberculose, no entanto, pode levar os responsáveis pela operacionalização e controle, a se acomodarem na atitude de aguardarem a chegada do desenvolvimento econômico e social para justificarem os resultados ora apresentados.

O estágio de prosperidade de uma nação depende, em sua base, de um povo bem alimentado, conhecendo o essencial sobre saúde, capaz de mobilizar-se para exigir melhores padrões de atendimento, contando com recursos financeiros e tecnológicos suficientes para um perfeito equacionamento do Controle da Tuberculose (Brasil, 1999).

Contudo, segundo o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (1999), não é socialmente justo e humano esperar a riqueza para então, melhorar o sistema de gestão. Por essa razão seria importante analisar outros determinantes do processo, que não somente a gestão, e propor métodos de trabalho que não dependem de verbas extraordinárias e produzem bons efeitos.

Há exemplos de sucesso no campo da Saúde Pública e, particularmente, da tuberculose, em países de baixa renda *per capita*,

---

contrariando a tese de que o enriquecimento nacional é essencial ao controle desejado. Um exemplo exposto pela Organização Mundial de Saúde é o do Peru, um país que apresenta um excelente programa de Controle da Tuberculose.

No Peru, o sucesso, na luta contra a tuberculose, constituiu-se uma inversão social e uma responsabilidade dos poderes públicos para garantir o bem-estar dos indivíduos e do conjunto da sociedade, na qual a participação comunitária, em atividades de vigilância e controle da doença, foi fundamental como princípio estratégico. Esse país adotou a estratégia DOTS, em 1991 (Suárez, 1997).

Torna-se claro que muitas razões do avanço da tuberculose não serão equacionadas no prazo hábil de que se necessita para obter melhores resultados no combate à doença. Não podendo esquecer que são muitas as causas relacionadas com o fruto da desigualdade social, a pobreza, e que pelo menos, a médio e longo prazo, deveriam estar presentes nos projetos dos responsáveis pelo desenvolvimento do país: o analfabetismo, aglomerações urbanas sem condições de higiene e aglomeração em residências sem espaço suficiente, promiscuidade, falta de infra-estrutura de apoio; subnutrição e desnutrição.

Incluir uma das principais causas de tuberculose, as desigualdades sociais, aliadas a esta, a pobreza, na análise do nosso trabalho, se torna importante, na medida que conseguirmos relacionar esta variável com o modo de viver e pensar dos doentes por nós estudados.

### 3.1. Referencial teórico-metodológico

O presente projeto de pesquisa foi desenvolvido utilizando-se a metodologia da pesquisa qualitativa, pretendendo-se com isso compreender particular e profundamente os fenômenos sociais em estudo. Minayo (1999) define este tipo de pesquisa, como aquela capaz de “incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (p.10).

O foco de análise se relacionou às percepções dos doentes de tuberculose sobre o tratamento supervisionado, assim como as relações estabelecidas com o serviço de saúde, que realiza o tratamento supervisionado, buscando com isso conhecer mais profundamente determinados aspectos da realidade, no qual está inserida esta população a ser estudada.

O doente de tuberculose, sua família e os profissionais de saúde, envolvidos no tratamento supervisionado são atores sociais que participam do processo saúde–doença com diferentes experiências de vida, cultura, mito, religiosidade, situação socioeconômica, familiar e visões de mundo.

A opção pela abordagem qualitativa se deve ao fato de que, para compreender os fenômenos acima descritos não seria possível, se optássemos pela pesquisa quantitativa que privilegia apenas dados numéricos. Os instrumentos de investigação devem entender a realidade, ultrapassando os fenômenos percebidos pelos sentidos, segundo Minayo (1999) sendo capaz de trazer para o interior da análise o “subjetivo e objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos” (p.35).

Para a autora acima descrita, as categorias saúde–doença “trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico” (p.22). A pesquisa qualitativa neste aspecto, responde a questões particulares, considerando como sujeito de estudo pertencente a um grupo e com uma determinada condição social, com um universo de significados, valores, crenças e atitudes.

Pela classificação de Bulmer *apud* Minayo (1999) este projeto de estudo pode ser considerado como uma “pesquisa estratégica” definida como

“aquela que baseia-se nas teorias das Ciências Sociais, mas que orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas. Ela tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. Seus

instrumentos são os de pesquisa básica tanto em termos teóricos como metodológicos, mas sua finalidade é a ação" (p.26).

**Segundo a autora citada "*essa modalidade seria a mais apropriada para o conhecimento e avaliação de Políticas e a mais adequada para investigações sobre Saúde*" (p.26).**

**A opção pela pesquisa estratégica neste estudo se deu, pois esta se mostra mais adequada aos nosso objetivo, quando procuramos investigar, de maneira mais profunda, a percepção do doente de tuberculose a respeito do tratamento supervisionado.**

### 3.2 O campo de investigação

#### 3.2.1 Informações gerais do município

O município de Ribeirão Preto localiza-se no interior do Estado de São Paulo, a cerca de 319 Km da capital, conta com uma população estimada em aproximadamente 456.252 habitantes, segundo o censo de 1996 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É sede de uma das principais praças financeiras do País, apresentando um forte setor de prestação de serviços e comércio, sendo que neste município se concentram 65% da população economicamente ativa. A distribuição etária da população

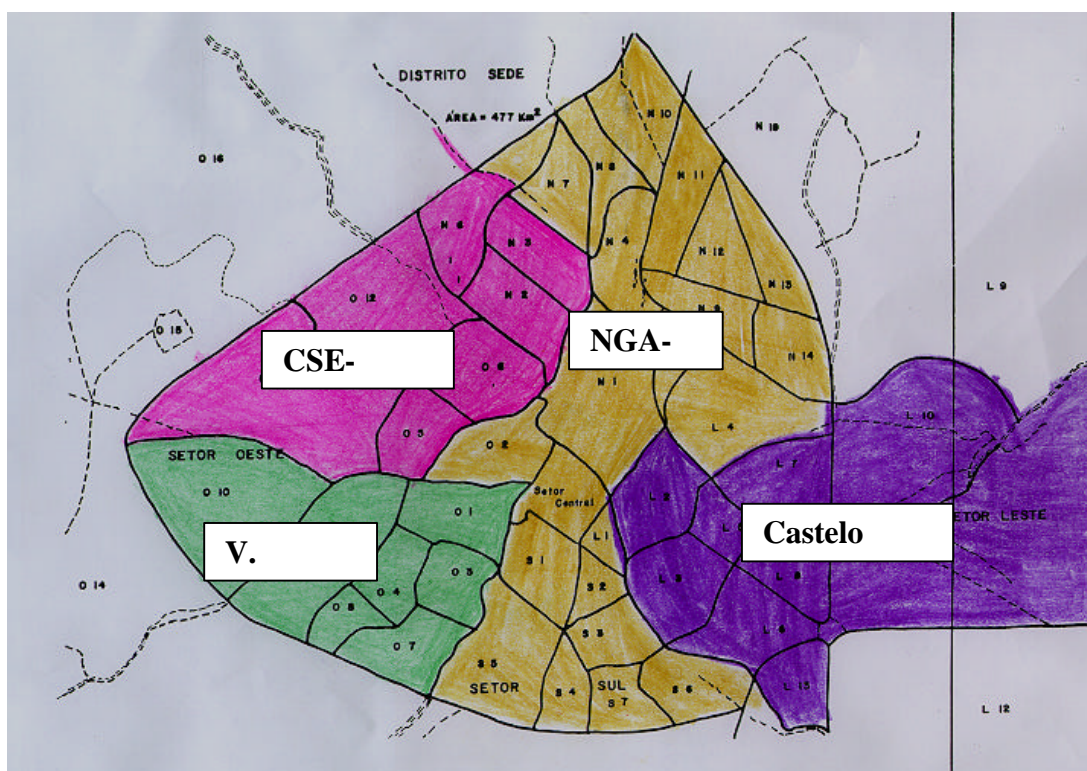
é de 30% entre 0-15 anos; 54% entre 15-49 anos e 16% maiores de 50 anos (Muniz, 1999).

Conta com ampla rede de serviços de saúde privada, filantrópica e pública, abrangendo a atenção primária, secundária e terciária. A rede hospitalar é constituída por 13 hospitais.

Possui uma rede básica ambulatorial composta por 31 Unidades de Saúde, sendo 26 Unidades Básicas, 5 Unidades Distritais de Saúde. Além do atendimento básico e especializado oferece serviços ambulatoriais conveniados e contratados.

O município conta ainda com um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59) e Ambulatório de Saúde Mental, que atendem também a municípios da região.

A figura, a seguir, nos oferece uma idéia da divisão administrativa e operacional da Secretaria Municipal de Saúde.



Dentro do processo de municipalização, Ribeirão Preto encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal. Possui Conselho Municipal de Saúde, que se reúne periodicamente, com representação paritária, do qual participam o Secretário Municipal de Saúde e representantes dos prestadores de serviço e usuários. A maioria das Unidades de Saúde da rede constitui a Comissão Local de Saúde.

Todas as unidades da Secretaria Municipal de Saúde estão informatizadas, através do sistema "Hygia". A implantação do sistema de informação trouxe benefícios como: emissão de cadastro único do paciente (RG da Saúde), prontuário informatizado e agendamento de consultas pelo computador.

### 3.2.2 A estratégia DOTS e o município de Ribeirão Preto

No ano de 1995 são eleitos como prioritários ao combate da tuberculose, 25 municípios no Estado de São Paulo, dentre os quais o de Ribeirão Preto. Dentre os critérios estabelecidos para a priorização dos municípios naquele período, Ribeirão Preto apresentava:

1. população acima de 50 mil habitantes
2. coeficiente médio de incidência, nos últimos cinco anos, de 56/100.000 hab.;
3. taxa média de abandono nos últimos cinco anos de 16% e cura de 50%;
4. taxa de co-infecção TB/HIV, nos últimos dois anos, foi em média de 29%.

Diante desse quadro, em março de 1996, a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, criou o cargo de Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose, para atender às propostas estabelecidas pela Divisão de Vigilância Epidemiológica. Desse modo, como relata Muniz (1999), o município passa a gerenciar o Programa de Controle da Tuberculose, atendendo às competências estabelecidas pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária.

O município de Ribeirão Preto obteve recursos em 1997 através da Fundação Nacional de Saúde. Uma de suas metas foi de encontro ao proposto pelo manual de diretrizes do plano emergencial, que era melhorar a adesão do paciente ao tratamento, diminuindo as taxas de abandono e aumentando os percentuais de cura.



Como estratégia para a redução das taxas de abandono, avaliou-se a possibilidade de implantação do tratamento supervisionado no município. O processo de implantação iniciou-se no ano de 1997 e foi se estabelecendo como atividade de rotina do Programa de Controle da Tuberculose.

A situação da tuberculose no município de Ribeirão Preto é apresentada de acordo com os seguintes indicadores: houve uma redução gradual da taxa de abandono de tratamento no período de 1993 (19%) para 1999 (8,5%); a porcentagem de cura dos casos, neste período oscilou, sendo em 1993 (53%), 1995 e 1996 (47%) apresentando uma melhora nos indicadores a partir 1998 (65%) e 1999 (62%). Entretanto, a meta do PCT no Brasil para o período de 2001–2003 é elevar a taxa de cura para 85% e, entre 2003–2005 para 90%, e manter a taxa de abandono em 5%.

### **3.2.3 Caracterização geral da área de estudo**

O campo para o desenvolvimento deste estudo é o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59), antigo ARE – Ambulatório Regional de Especialidade, que é um serviço municipalizado recentemente, porém ainda é referência para as cidades da região. Não oferece atendimento básico, sendo somente referência para atendimentos de maior complexidade. Atende no período diurno, de segunda a sexta-feira.

Quanto ao Programa de Controle da Tuberculose, o NGA conta com um profissional médico-infectologista, que atende ao Programa apenas duas vezes na semana, às segundas e quartas-feiras, no período da manhã, em um espaço físico a ele destinado, juntamente com outros programas de moléstias infecto-contagiosas; conta também com uma enfermeira responsável, acumulando a coordenação de outros programas da Unidade de Saúde, como o de controle da hanseníase, AIDS, hepatite, sala de imunização e outros; uma auxiliar de enfermagem; uma visitadora sanitária; um motorista e uma viatura, que está disponível no período das 10 às 12 horas e o apoio profissional da Vigilância Epidemiológica.

Este serviço é responsável pelo atendimento de pacientes com tuberculose em área com maior extensão geográfica e populacional (aproximadamente 190 mil habitantes). Em janeiro de 1998, foi implantado neste setor um ambulatório de AIDS, o que tem permitido o tratamento de pacientes co-infectados.

Os pacientes têm os seus atendimentos anotados em prontuários individuais, sendo que aqueles com tuberculose são registrados em livros onde constam, o nome, número de prontuário, data da notificação e retorno, forma clínica e relação de contactantes. Todos aqueles que são inscritos no Programa de Controle da Tuberculose são notificados em fichas padronizadas que, posteriormente, são encaminhadas para as providências epidemiológicas, com o acompanhamento da equipe de Vigilância Epidemiológica.

### 3.2.4 População estudada

**No município de Ribeirão Preto, em 1999, foram notificados 300 (100%) doentes com tuberculose, sendo que 39 (13%) destes, pela Unidade Notificadora Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59).**

A amostra inicial de doentes de tuberculose foi de sete inscritos no Programa, que é a média realizada pelo Distrito escolhido para o tratamento supervisionado, e que estavam em tratamento durante o período de coleta de dados. Um doente inscrito no programa não aceitou participar da pesquisa, o que no final totalizou seis doentes. A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2000 a abril de 2001. Segundo Minayo (1999) “trata-se de uma amostra qualitativa intencional capaz de refletir a totalidade do estudo nas suas múltiplas dimensões” (p.102).

Desse modo, foram identificados os seguintes doentes que receberam tratamento supervisionado:

**Quadro 1 – Doentes entrevistados, segundo idade e sexo.**

<b>ENTREVISTADO</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>
Ent. nº 1 – A G.F	62 anos	Feminino
Ent. nº 2 – V.M.D	42 anos	Masculino
Ent. nº 3 – R.C. A .B	35 anos	Feminino
Ent. nº 4 – J.L.G	41 anos	Masculino
Ent. nº 5 – E.C.P	25 anos	Feminino
Ent. nº 6 – H.P.R	44 anos	Masculino

### 3.3 Instrumento de pesquisa e coleta de dados

Neste estudo elegemos como instrumentos de coleta de dados para alcançar os objetivos propostos: análise documental (prontuário do paciente); entrevista estruturada com perguntas fechadas, buscando verificar o perfil de algumas características pessoais e familiares e condições materiais de existência, referentes ao processo saúde–doença e relações familiares; entrevista semi–estruturada e, registro das observações livres através de um diário de campo.

Esclarecendo cada um dos instrumentos, temos:

- 1. Documentação:** prontuário do doente e Ficha Epidemiológica de Notificação da Tuberculose. Buscou-se, através do prontuário e da ficha de notificação, coletar dados que auxiliassem na caracterização dos doentes de tuberculose, atendidos no NGA-59 de Ribeirão Preto. Procurou-se identificar qual o tipo de tuberculose, resultados de exames, fase do tratamento, esquema terapêutico adotado, comunicantes que residem no domicílio, sexo e faixa etária, assim como dados que nos auxiliassem na compreensão do modo de viver desses doentes. O instrumento de coleta de dados (Anexo I – 1ª parte) foi discutido previamente com a equipe do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e com a equipe de Vigilância Epidemiológica deste Distrito.
- 2. Entrevista semi-estruturada.** De acordo com Triviños (1987):

*"a entrevista semi-estruturada, em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que*

*em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa" (p.146).*

Elaborou-se um roteiro de entrevista contendo questões orientadoras que nos permitiram alcançar os objetivos desta pesquisa, visto que são abrangentes e que possibilitaram aos entrevistados responder de acordo com seu quadro de referência (Anexo I – 2ª parte).

Os dados foram coletados pela autora deste projeto de pesquisa.e por uma bolsista de iniciação científica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, a qual foi treinada previamente.

***Questões norteadoras das entrevistas:***

- *O que significa para você ter tuberculose?*
- *Como você se sente durante o tratamento? Qual o significado do tratamento supervisionado na sua vida?*

Além do preenchimento do formulário, as informações foram gravadas com a aquiescência do doente, por escrito, durante a realização das visitas ou na unidade de saúde, quando não foi possível encontrar o doente no domicílio. Houve apenas uma recusa para participar do estudo.

Os depoimentos dos doentes foram gravados e, posteriormente, transcritos na íntegra pela própria pesquisadora.

As principais dificuldades encontradas na realização da entrevista foram:

- Agendamento da entrevista, uma vez que alguns pacientes trabalhavam e não tinham um horário fixo diário;
- As residências eram distantes umas das outras, e estavam situadas em bairros caracterizados pela pobreza e violência, dificultando assim o acesso até os doentes. Muitas vezes, aproveitou-se a ida da equipe às visitas diárias como meio de locomoção, para se chegar aos entrevistados, ficando o retorno na responsabilidade do entrevistador.

**3. Observação livre.** É uma técnica que não significa apenas olhar para o ambiente ou a situação. De acordo com Triviños (1987):

"observar é destacar de um conjunto (objetos, pessoas, animais, etc.) algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção em suas características (cor, tamanho, etc.). Observar um "fenômeno social" significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente, separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, etc. Individualizem-se ou agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para

descobrir seus aspectos aparentiais e mais profundos, até captar, se for possível, sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao longo do tempo, de contradições, dinamismo, de relações, etc" (p.135).

A observação tem um lugar de destaque na pesquisa qualitativa, pois permite um contato pessoal e estreito do pesquisador como o fenômeno em estudo. A opção pela observação livre, neste projeto se dá, pois acredita-se que ela permitirá abranger informações importantes que possam surgir durante o processo de trabalho de campo.

Os registros de observação livre foram feitos durante visitas domiciliares, por ocasião da realização da supervisão medicamentosa diária no domicílio do doente, no meses de setembro e outubro de 2000.

### 3.4 Análise de dados

Os dados qualitativos foram analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática.

De acordo com Minayo (1999), várias técnicas têm sido desenvolvidas, buscando-se atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo. No nosso caso, optamos pela Análise Temática.

A técnica de análise temática *consiste* em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou freqüência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 1979). Além de se buscar respostas para questões com essa

técnica, pode-se caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado (Gomes, 1994).

Operacionalmente a análise temática se desdobra em três etapas básicas, segundo a proposta de Minayo (1999):

**1ª Etapa - denominada de pré-análise:**

- **leitura flutuante:** consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes, as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial.
- **constituição do *corpus*:** refere-se à organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade: *exaustividade* (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); *representatividade* (que contenha a representação do universo pretendido); *homogeneidade* (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); *pertinência* (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho).
- **formulação de hipóteses e objetivos:** Nesta etapa, que constituiu a fase de organização sistemática da pesquisa, foi realizado levantamento bibliográfico, buscando-se experiências anteriores relacionadas ao tema. Posteriormente estabeleceram-se hipóteses iniciais, a partir das quais elaborou-se o projeto de investigação com a definição do objeto, objetivo e metodologia a ser abordada.



**2ª Etapa:**

Constituiu-se da transcrição das entrevistas e organização dos dados, através da leitura exaustiva das mesmas para, em seguida, num processo de aprofundamento horizontal e vertical, destacar as recorrências dos dados.

A partir dos pressupostos anteriormente levantados e pela análise prévia das entrevistas dos doentes sob tratamento supervisionados, foram destacadas as **UNIDADES DE REGISTRO**, que conformaram os seguintes **NÚCLEOS DE SENTIDO: Enfoque da ação terapêutica no tratamento supervisionado e Singularidades do doente sob tratamento supervisionado.**

Em seguida, procurou-se articular entre as falas, conteúdos convergentes e divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas, em cada um dos núcleos de sentido identificados. Essa conformação permitiu eleger a **UNIDADE TEMÁTICA** contida no conjunto das falas, refazendo o movimento classificatório, que resultou em uma unidade: **o tratamento supervisionado na tuberculose: a percepção do doente.**

O Quadro 2 exemplifica o discurso de um doente de tuberculose entrevistado e demonstra como se realizou a classificação e categorização dos dados.

**Quadro 2 - Esquema de análise das entrevistas**

UNIDA	Entrevista nº	Entrevi	Entrevi	SÍNTE
-------	---------------	---------	---------	-------

DE TEMÁTICA	1	sta nº 2	sta nº 3	SE
O tratamento supervisionado na tuberculose: a percepção do doente	"... a assistência vai em casa e procura fazer o máximo por mim, ou facilitando para que eu possa ir à US sem pagar ônibus, pois não tenho dinheiro para isso..."			O tratamento supervisionado se apresenta como uma fortaleza para o doente de tuberculose, quando são fornecidos incentivos como o vale-transporte.

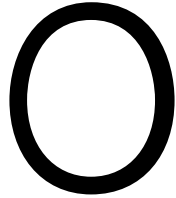
### 3ª Etapa:

Nesta fase ocorreu a análise dos dados propriamente dita. Realizou-se o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação, permitindo validar as informações obtidas nas fases anteriores.

Nesta etapa da pesquisa procuramos estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos adotados, respondendo às questões da pesquisa com base no objetivo proposto.

Para Triviños (1990), este é o momento de "descobrir ideologias, tendências, etc., das características dos fenômenos sociais" (p.162).

#### 4.1. Caracterização dos doentes: quem eram e como viviam



s relatos apresentados a seguir referem-se a algumas características dos doentes, em seguimento no (TS), de suas famílias com as respectivas condições de existência.

As principais fontes para caracterização da população do estudo foram o prontuário do doente e a Ficha Epidemiológica de Notificação da doença, onde constam dados de identificação e diagnóstico médico.

Outra fonte de caracterização dos doentes de tuberculose sob TS foi a observação livre, que nos permitiu um contato pessoal e estreito com nosso objeto de estudo, assim possibilitando entender quem eram e como viviam.

##### a) Perfil e características pessoais

Foram entrevistados seis doentes de tuberculose sob TS. Estavam distribuídos de maneira uniforme no que se refere ao sexo: três homens e três mulheres. Em relação à faixa etária, foram encontradas: uma pessoa com 25 anos, uma com 35 anos, uma com 41 anos, uma com 42 anos, uma com 44 anos e uma com 62 anos.

No que se refere à religião, três pessoas eram evangélicas e três eram católicas.

Quanto à escolaridade, verificou-se que cinco doentes tinham o primeiro grau incompleto e, apenas um doente com segundo grau completo, com sete anos de curso de inglês.

A maioria morava com mais de uma pessoa, sendo que dois doentes moravam com duas pessoas, um doente com três pessoas, um doente com quatro pessoas, um doente com cinco pessoas e o último com seis pessoas.

Em relação à ocupação, uma doente era aposentada, uma era empregada doméstica e quatro estavam desempregados durante o tratamento, estes últimos ficaram sem trabalhar, pois, desenvolviam atividades autônomas, dependendo neste período da renda familiar.

Na maioria dos casos, além do doente, outras pessoas da família compunham a renda familiar, assim distribuídos: uma família com aproximadamente dois salários mínimos/mês, duas famílias com 2,5 salários mínimos/mês e três famílias com trabalhadores autônomos, sem renda fixa mensal.

No que se refere à moradia, dois doentes referiram possuir casa própria, duas famílias moravam em casa cedida por terceiros, uma família pagava aluguel e um morando no abrigo Ana Diedericksen.

Em relação aos benefícios oferecidos pelo Programa de Controle da Tuberculose no município de Ribeirão Preto, as seis famílias

recebiam uma cesta básica mensal e um litro de leite por semana, além do vale-transporte que recebiam por ocasião do retorno à Unidade de Saúde.

#### b) Condições de vida

As residências situam-se em sua maioria em bairros periféricos da cidade, caracterizados pela pobreza e violência; as condições das moradias são precárias e, muitas delas, desprovidas de infra-estrutura adequada, a conservação e higiene das moradias são satisfatórias, mas com ventilação deficiente.

Em relação ao perfil do doente e família, a maioria possui história de alcoolismo crônico e/ou doenças psiquiátricas associadas; prostituição; nota-se conformidade com a situação de pobreza, talvez relacionada à falta de conhecimento sobre a doença, vivendo em alguns casos, em precárias condições de vida; alguns não relataram sofrer com o preconceito das próprias condições de vida, tais como o desemprego.

Os resultados encontrados e a observação livre permitiu-nos verificar que a maioria dos entrevistados pertencia à população em idade economicamente ativa, sendo a minoria engajada no mercado de trabalho formal.

A maioria dos doentes referiu não conhecer, nem participar de grupos ou associações nas comunidades onde residiam.

É possível dizer que se tratava de pessoas cuja inserção lhes conferia possibilidades restritas em termos de qualidade de vida, corroborando os dados de literatura que verificam a maior incidência da tuberculose nos estratos socioeconômicos menos privilegiados. É bem verdade que o número de pessoas é limitado para que se possa proceder a comparações com outras realidades. Entretanto, a possibilidade de realizar visitas domiciliares para efetivação das entrevistas revela um cenário que os números podem encobrir. Tratava-se de uma população específica, sendo que algumas pessoas encontravam-se nos limites da exclusão social. Aqueles que se encontravam fora do mercado de trabalho tinham possibilidades reduzidas de acesso ao consumo, mesmo com auxílio dos familiares. Assim, trata-se de uma parcela da população que, ainda que sofrendo as consequências da forma como trabalham e vivem, parece dispor de um pequeno suporte econômico e/ou familiar, sendo embora tênue e bastante frágil, possivelmente importante na adesão ao tratamento da tuberculose.

### **c) Relacionamento com a equipe de saúde**

Os doentes são receptivos, não demonstrando receio ao permitir a entrada dos profissionais em suas residências, possuem um forte vínculo com os profissionais, esperando deles muitas vezes outros tipos de ajuda, como intervenção em problemas conjugais, orientações em situações

financeiras e até adquirem aos poucos a liberdade em pedir presentes em datas festivas.

Os doentes e as famílias recorrem, principalmente, à visitadora sanitária, para intervir em outras questões não relacionadas à saúde.

Em relação à utilização dos serviços de saúde, a maioria recorria ao Ambulatório de Especialidades Médicas, situado no prédio do Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), onde funciona também o Programa de Controle da Tuberculose, para os seus diversos problemas, onde eram agendadas consultas nas especialidades médicas e eram feitos os encaminhamentos necessários. Muitas vezes seus problemas eram relatados à visitadora, durante as visitas do tratamento supervisionado, e a mesma tomava as providências que estavam ao seu alcance.

Para se locomover, a maioria utilizava ônibus e, quando tinham retorno à Unidade de Saúde (consultas, exames, pegar cesta básica), era oferecido vale-transporte, ou a viatura do programa os encaminhava.

#### **4.2 As histórias dos doentes**

Com a finalidade de clarear aspectos relevantes e acrescentar alguns dados à discussão, optamos por narrar sucintamente a história de cada um dos doentes e suas famílias, incluindo detalhes e fatos que ocorreram durante as entrevistas ou observações do diário de campo.

**Doente 1**

A.G.F; feminino; 62 anos; Hyggia- 2700654; viúva; do lar; natural de Jurucê e procedente de Ribeirão Preto; evangélica; estudou até a 4ª série do 1º grau; três filhos; dois contactantes (uma filha e um neto). *Dados socioeconômicos*: aposentada, recebe um salário mínimo; mora com a filha que é empregada doméstica e mãe solteira; renda familiar de R\$ 320,00; possui plano de saúde São Francisco Clínicas; recebe uma cesta básica mensal do Programa de Controle da Tuberculose (PCT); possui moradia própria; infra-estrutura adequada; ventilação e higiene satisfatórias. *Dados referentes à saúde*: forma pleural e pulmonar da tuberculose; como sintomatologia da doença apresentou falta de ar intensa; esquema I e 3º mês de tratamento e uso de vit.B6; alérgica a drogas tuberculostáticas e uso concomitante de polaramine; sem imunização prévia da BCG. Exames realizados: biópsia pleural, punção do líquido pleural, função hepática e renal; anti-HIV; não tinha resultado de baciloscopias e nem de cultura em anexo a seus documentos; paciente recebia supervisão diária, no serviço de saúde, pois apresentou efeitos colaterais graves no início do tratamento; entrevista realizada no próprio serviço de saúde. *Observações*: doente referia sentir-se solitária, quando a filha ia para o trabalho e o neto para a creche; estabeleceu vínculo com a visitadora sanitária e os funcionários do programa, dizia gostar de ir todos os dias na unidade para conversar; a filha relatou que a mãe era carente e que gostava de chamar atenção para si.

**Doente 2**

V.M.D; masculino; 42 anos; Hyggia- 3385507; divorciado; pedreiro; natural de Casa Branca e procedente de Ribeirão Preto; católico não praticante; estudou até a 5ª série do 1º grau; dois filhos; dois contactantes (irmã e cunhado). *Dados socioeconômicos*: desempregado há cinco meses, não tem renda própria; vive da renda familiar de sua irmã e cunhado, de aproximadamente R\$ 300,00; recebe uma cesta básica mensal e um litro de leite por semana (PCT); reside em uma edícula emprestada



pelo cunhado; infra-estrutura adequada; ventilação precária e higiene satisfatória. *Dados referentes à saúde:* forma pulmonar da tuberculose; sintomatologia da doença: emagrecimento considerável, prostração, tosse intensa, hemoptise e febre ; esquema I e 6<sup>o</sup> mês de tratamento mais o uso de vitamina B6; HIV positivo. Exames realizados: baciloscopias; culturas de escarro; raio-x de tórax; HbsAg; hemograma; CD4 e carga viral; alcoolista e fumante crônico; foi internado no início do tratamento pelo seu estado de prostração; após alta da internação, recebia supervisão diária da equipe em seu domicílio; entrevista realizada no serviço de saúde. *Observação:* Doente não acredita na cura da doença por ser HIV positivo. Relata ter perdido os documentos, portanto não conseguiu aposentadoria. Sente-se incomodado pela dependência financeira que tem da irmã e cunhado, pois não consegue nem mesmo pagar pensão alimentícia das filhas; sente necessidade de constituir uma nova família, mas acredita que só conseguirá nova companheira, se a mesma for também HIV positiva. Diz que espera ansiosamente pelo retorno a algum tipo de trabalho, pois quer tocar a vida normalmente. Relatou ter confiança na visitadora sanitária, que a mesma é atenciosa e carinhosa durante as visitas.

### ***Doente 3***

R.C.A.B; feminina; 35 anos; Hyggia- 7091052; casada; doméstica; natural de Jaboticabal; e procedente de Ribeirão Preto; católica não-praticante; 2<sup>o</sup> grau incompleto (cursou sete anos de inglês); quatro filhos; cinco contactantes(o marido e os filhos). Dados socioeconômicos: trabalha como doméstica; renda familiar de R\$ 250,00 (seis pessoas vivem desta renda); recebe uma cesta básica mensal e um litro de leite por semana (PCT); vive em um cômodo emprestado; desprovido de infra-estrutura; ventilação precária e higiene satisfatória. *Dados referentes à saúde:* forma pulmonar da tuberculose; sintomatologia respiratória: apresentou falta de ar intensa; não bacilífera atualmente; esquema I; 1<sup>o</sup> mês de tratamento; possui recidiva da doença tendo feito seis meses de tratamento em Jaboticabal de forma irregular (recebeu a medicação para seis meses), e segundo seu

relato no final do tratamento restaram mais de 10 cartelas dos medicamentos tuberculostáticos. *Observações:* sofre de depressão e possui história de tentativa de suicídio (enforcamento), na época do tratamento anterior da tuberculose; seu pai também adoeceu de tuberculose; recebia supervisão diária em seu domicílio; entrevista realizada no domicílio. Notamos, durante as visitas, uma grande preocupação com a transmissão da doença para os filhos e mesmo para os profissionais de saúde que a atendiam; relatou forte vínculo com a visitadora sanitária e se mostrou extremamente agradecida pela atenção que recebia, considerando-a como amiga, pois a mesma se preocupa com todos os seus problemas. Relata sentir-se preocupada com sua atual situação econômica, seu domicílio possui precárias condições, inclusive ventilação inadequada, este fato a preocupa muito em relação à transmissão da doença.

#### ***Doente 4***

J.L.G; masculino; 41 anos; Hyggia-7068433; solteiro; trabalhador da roça; natural de Orlândia e procedente de Ribeirão Preto; católico não-praticante; 4ª série do 1º grau; quatro filhos; quatro contactantes ( padrasto, mãe, tia e sobrinho); optou por regime de internato no abrigo de tuberculose Anna Diederichen por falta de condições de realizar o tratamento no domicílio de seus familiares; a família alegou não ter condições de abrigá-lo durante o tratamento. *Dados socioeconômicos;* desempregado há 8 meses; sem renda familiar; recebe uma cesta básica mensal do PCT a qual doa para seus pais que residem em bairro periférico de Ribeirão Preto. Moradia (dos pais); emprestada; infra-estrutura adequada; ventilação e higiene precárias. Dados referentes à saúde: forma pulmonar da tuberculose; sintomatologia da doença: fraqueza , tosse intensa e hemoptise; esquema I; 4º mês de tratamento, mais o uso concomitante de vit.B6; sem imunização prévia de BCG. Exames realizados: raio-x de tórax; função hepática e anti-HIV; sem baciloscopia e cultura de escarro anexada em seus documentos. Realizou cirurgia no pulmão no mês de maio/2001, no período que foi realizada a entrevista o doente estava em pós-operatório tardio, com boa

recuperação. *Observações:* paciente é andarilho, bastante agitado e agressivo, tem necessidade de se ocupar com afazeres ou estar em movimento, aparentando síndrome maníaco-depressiva, fazendo uso regular de Vallium; recebe o amparo do PCT em todas as suas necessidades; a entrevista foi realizada no abrigo Anna Diederichen; fugiu algumas vezes do abrigo, foi encontrado na casa dos pais e retornou para terminar o tratamento. Observou-se que o doente possui dificuldade em se expressar verbalmente. Durante as visitas mostrou-se receptivo, dizendo que no momento o que mais precisava era de pessoas para conversar. O doente relata sentir-se muito preocupado com os pais, que são idosos, sente-se incomodado por não estar trabalhando e não ter renda fixa, faz planos para quando terminar o tratamento encontrar alguma ocupação; demonstra ter vínculo com a irmã de caridade, responsável pelo seu tratamento no abrigo, pois, segundo o doente, a mesma preocupa-se com seu atual estado de saúde.

#### ***Doente 5***

E.C.P; feminino; 25 anos; Hyggia 0064769; solteira; copeira; natural de Cristália (MG) e procedente de Ribeirão Preto; evangélica; 1º grau incompleto; um filho; dois contactantes (um primo e um amigo). *Dados socioeconômicos:* desempregada há seis meses; refere renda de R\$ 300,00 mensais (de seus contactantes); recebe uma cesta básica mensal e um litro de leite semanal do PCT; moradia alugada; infra-estrutura adequada; ventilação e higiene satisfatórias. *Dados referentes à saúde:* forma pulmonar da tuberculose; como sintomatologia respiratória apresentou falta de ar em média intensidade; esquema I; 6º mês de tratamento, mais o uso concomitante de vit.B6; sem imunização prévia de BCG. Exames realizados: raio-x de tórax; provas de função hepática, anti-HIV, de sífilis e hepatite B. *Observações:* paciente apresenta significativa dificuldade de entendimento e de expressão verbal; apresenta um estilo de vida itinerante, mudando de endereço com freqüência (não comunicando ao serviço); recebe supervisão medicamentosa semanal, onde comparece ao serviço toda segunda-feira

para retirar os medicamentos referentes àquela semana; entrevista realizada no domicílio apenas com a doente; é garota de programa.

### **Doente 6**

H.P.R; masculino; 44 anos; Hyggia- 5250351; divorciado; pintor; natural de São Joaquim da Barra e procedente de Ribeirão Preto; evangélico; 1º grau incompleto; quatro filhos; seis contactantes (mãe, uma irmã e quatro sobrinhos). *Dados socioeconômicos:* autônomo; sem emprego fixo; renda familiar aproximadamente R\$ 250,00; recebe uma cesta básica mensal e um litro de leite semanal do PCT; moradia própria; ventilação precária e higiene precária; infra-estrutura adequada. *Dados referentes à saúde:* forma pulmonar da tuberculose; como sintomatologia apresentou hemoptise e emagrecimento considerável deixando-o prostrado; esquema I de tratamento; 9º mês de tratamento (raio-x realizado no 6º mês de tratamento acusou vestígios de atividade da doença, portanto, a médica optou por prolongar o tratamento por mais três meses) mais o uso concomitante de vit.B6; sem imunização prévia da BCG. Exames realizados: raio-x de tórax; urina rotina; anti-HIV e prova de função hepática. *Observações:* paciente alcoolista crônico; recebe supervisão diária da equipe, sendo sua mãe de grande importância para o tratamento. Entrevista realizada no domicílio.

Assim, após concluirmos a caracterização desses doentes e seus modos de vida, faremos a análise dos depoimentos, buscando elementos que nos subsidiem analisar o Tratamento Supervisionado da Tuberculose sob a percepção do doente e o que esses indivíduos experimentam durante esta fase de suas vidas.

### **4.3 Unidade temática central**

### **O tratamento supervisionado na tuberculose: a percepção do doente**

As entrevistas foram realizadas com seis doentes de tuberculose sob tratamento supervisionado que responderam à entrevista gravada durante a visita domiciliária. Somente um doente não respondeu à entrevista .

Os depoimentos dos doentes de tuberculose basearam-se na análise de conteúdo, modalidade temática, definida por Minayo (1999).

Inicialmente, nos reportamos ao referencial teórico: Tuberculose uma doença associada às condições de vida e desenvolvimento econômico *versus* desigualdade social, com suas implicações teóricas fundamentais para orientar e/ou guiar a interpretação dos depoimentos, também essenciais na sua reinterpretação.

Através de uma pré-análise, realizamos uma leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas, orientada pelas idéias centrais que permeiam o conteúdo. Percorremos uma trajetória de idas e vindas, retomando os objetivos, pressupostos do estudo; outras vezes o referencial teórico a fim de conduzir à interpretação dos dados e identificar uma Unidade Temática Central que é o **Tratamento supervisionado na tuberculose: a percepção do doente**.

Apresentamos, a seguir, os núcleos de sentido que conformaram a unidade temática central, trazendo alguns depoimentos, no intuito de

descrever a percepção do doente, seus pontos de vista a respeito do tratamento supervisionado, evidenciando assim, suas singularidades, necessidades e problemas.

### **4.3.1 Enfoque da ação terapêutica no tratamento supervisionado**

#### **4.3.1.1 A ingestão medicamentosa**

Importante ressaltar, que para garantir o sucesso terapêutico, a estratégia DOTS prevê a implantação do TS, e este, consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose da medicação (Jornal de Pneumologia, 1997).

No município de Ribeirão Preto, este procedimento é realizado nas Unidades de Saúde, no domicílio do doente ou nos locais denominados “Casas de Abrigo”. O observador neste caso é o profissional de saúde do município ou da instituição que alberga o doente, recebendo treinamento para tal atividade.

*“... eu me ajudo tomando o remédio todo dia, sem parar um dia... não deixo de tomar nenhum um dia para ficar livre disso... Tenho que tomar o remédio por seis meses, porque me disseram, que pode voltar e voltar dobrado, e eu estou levando isto muito a sério”*  
(ent. nº 1).

*"... é preciso cumprir a ordem médica, se tenho retorno tenho que ir, tenho que tomar o remédio certo..." (ent. nº 2).*

*"... eu tomo os medicamentos certinho, vou ao médico certinho... na medida do possível estou fazendo o que me pedem, para que eu melhore e não piore... não estou exagerando" (ent. nº 3).*

*"se você tomar o remédio, volta a ser como a pessoa é, curada... dando certo com os remédios como o médico disse, você está salvo... você recupera a saúde novamente. O importante, segundo a irmã, é você tomar seus remédios certinho, fazer repouso" (ent. nº 4).*

*"... para ajudar no meu tratamento, tenho que tomar o remediozinho certo... comer bem..." (ent. nº 5).*

A concepção predominante do processo saúde–doença, tanto para os profissionais de saúde, quanto para os doentes ou usuários dos serviços de saúde, tem evoluído para uma abordagem mais ampliada; entretanto ainda é forte a influência da concepção monocausal, apoiada na teoria dos germes, segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação agente/hospedeiro.



---

A saúde é entendida ou representada como ausência de doença e a organização dos serviços é medicamente definida e tem como objetivo colocar à disposição da população serviços preventivos e curativos-reabilitadores acessíveis, de conformidade com os elementos ideológicos do flexnerianismo (Mendes, 1999).

O paradigma flexneriano, segundo o autor acima citado, consolidou-se pelas recomendações do *Relatório Flexner*, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie. Esse paradigma expressa-se por meio de um conjunto de elementos que coexiste, se complementa e se potencia e que são: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação, e o curativismo.

Os aspectos curativos são enfatizados neste paradigma por prestigiarem o diagnóstico terapêutico, representando no plano do conhecimento, o prestígio ao processo fisiopatológico em detrimento da causa. Ele é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária vigente da atenção médica.

A prática da atenção médica, que é hegemônica em nosso País, oferece à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos à serviços médicos, ofertados individualmente e destinados a tratar as doenças ou reabilitar doentes com seqüelas, por meio da clínica e com uso crescente de tecnologias.

A superação do paradigma flexneriano, segundo Mendes (1999), se dará:

“Pela busca da construção de um novo paradigma que permita dar conta da saúde, vista em sua positividade e como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que são determinantes, sobre o estado de saúde acumulado e sobre as conseqüências da perda de saúde. O novo paradigma deverá ser o da produção social da saúde” (p. 239).

A visão do trabalhador de saúde ainda está calcada na perspectiva eminentemente biológica do paradigma flexneriano, em detrimento da compreensão social do processo saúde–doença. O que se observa, ainda, é o atendimento às necessidades realizando-se de forma setorizada, fragmentada, como se o indivíduo fosse um somatório de necessidades a serem satisfeitas. Essa forma de proceder destitui o sujeito da cidadania, tornando-o apenas usuário do serviço de saúde.

O Programa de Controle da Tuberculose, inclusive o TS, privilegia este enfoque, e prioriza ações como o diagnóstico precoce, tratamento, prevenção com o BCG, direcionando a prática para a redução da morbimortalidade.

Muniz (1999), em seu estudo, analisando a percepção da equipe executora, responsável pelo TS no controle da tuberculose em um município paulista, observou no conjunto de discursos, que a preocupação da equipe

---

estava justamente centrada na garantia da ingestão medicamentosa, como preconiza o Programa de controle da doença.

A esse respeito Crawford (1980) ressalta que principalmente nas culturas contemporâneas ocidentais, as noções sobre saúde–doença, apresentam esse caráter, que em larga medida conservam o significado da medicalização, que imprimiria a força do poder da medicina sobre o cotidiano, conformando uma ideologia sobre a saúde, na qual a responsabilidade sobre a saúde seria remetida linearmente ao plano do indivíduo.

Os serviços de saúde também remetem a causa das doenças ao plano dos indivíduos, a detecção de sinais e sintomas é a base do padrão de assistência, sua codificação em um diagnóstico e a aplicação da terapêutica que leva em conta, de forma geral, a concepção eminentemente biológica do ser humano, localizando segundo Bertolozzi (1998), em fatores ou em atributos “não controláveis” ou “não passíveis de intervenção”, as questões que decorrem de sua inserção social. Dessa forma, resta ao indivíduo reproduzir essas concepções e incorporar a enfermidade como algo por ele produzido e que deve ser contido no seu espaço.

O mesmo enfoque, então, é repassado ao doente através de orientações centradas na terapia e orientada para a disseminação na coletividade. Seguir o tratamento medicamentoso pode ser definido como um ponto no qual o comportamento das pessoas adoecidas coincide com o aconselhamento médico (Haynes, Taylor & Sackett, 1979).

Esses achados corroboram com os obtidos nesta pesquisa, em que observamos, pelos depoimentos dos doentes, que a ingestão medicamentosa e os seguimentos das ordens médicas e orientações se constituem como o principal elemento do tratamento.

Na realidade, verifica-se que os próprios atos médicos estão focalizados sobre a doença em busca de uma relação de causa–efeito, sem que possa ter lugar outro tipo de abordagem que faça referência, por exemplo, ao processo singular de como é vivenciada a doença.

O enfoque terapêutico, centrado no ciclo biológico da doença, já era reforçado no século XIX, em que as discussões no âmbito médico, social e político deixavam claro que a educação higiênica e o cumprimento das ordens médicas eram uma das soluções no controle da tuberculose no País.

Costa (1984), em seu livro *Ordem médica e norma familiar*, descreve que, a serviço do Estado, no intuito de manter a ordem e educar cidadãos sadios para o futuro, a educação higiênica, aliada às determinações médicas, pretendeu criar o corpo saudável.

Na verdade, em pleno século XXI, essas concepções se encontram arraigadas, tanto no ideário médico, quanto no da população assistida pelos serviços de saúde.

Ainda que o TS pretenda ir além destas concepções, promovendo orientações e se constituindo como elemento privilegiado no programa, o que se observa é a preocupação com a interrupção do ciclo biológico da doença, sem uma compreensão mais abrangente, que possa provocar mudanças não só no comportamento, mas nas atitudes dessas pessoas,

desenvolvendo assim uma consciência crítica das causas dos seus problemas e, ao mesmo tempo, como afirma Mendonça (1987) de criar uma prontidão para atuar no sentido de mudanças.

Não resta dúvida, que o TS tem a finalidade primeira de tratar e curar os doentes, e para tal ele foi preconizado, diminuindo assim as taxas de abandono de tratamento, elevando as taxas de cura e diminuindo a transmissão da doença.

No entanto, o TS, além de oferecer e garantir a ingestão medicamentosa, poderia ampliar os espaços de atuação envolvendo as diferentes fases do tratamento no sentido de estabelecer parcerias compartilhar com as pessoas suas dúvidas, angústias, problemas e necessidades, ampliando o enfoque terapêutico para além do diagnóstico médico. Essas informações são fundamentais para o entendimento da forma da progressão da doença, além de elementos que permitissem compreender o processo de transmissão, de maneira individual, dentro da realidade de cada doente ou família.

Para Bertolozzi (1998), a ação do sujeito em relação ao medicamento depende do conhecimento que ele possui a respeito do processo saúde–doença. Nesse fato, resulta a importância dos serviços de saúde estarem atentos à todas as fases do tratamento e intervindo sistematicamente, gerenciando as ações, nos momentos decisivos do tratamento de cada doente, promovendo informações tanto sobre o curso da doença quanto sobre o desenvolvimento do tratamento.

O enfoque das orientações no TS, ainda que centrado no ciclo biológico da doença, permite que o doente perceba a importância do tratamento na cura. A partir do momento que percebe a importância do tratamento, durante o curso da doença, ele passa a apresentar atitudes conscientes e voluntárias sobre o processo.

Não basta, porém, ter uma atitude com o doente, na qual o papel do profissional de saúde se resume à aplicação de orientações prontas, padronizadas e homogêneas para todos, indiscriminadamente. Cabe aos profissionais de saúde, também contemplar as necessidades expostas pelos doentes, buscando acolhê-las como mais uma necessidade no âmbito da assistência. O medicamento revela-se artificial na vida do doente, o que não pode ser negado pelo serviço de saúde, mas compreendido como um momento a ser superado no processo saúde–enfermidade.

Proporcionar elementos para que os indivíduos compreendam como se desenvolve a doença, não somente a partir da manifestação declarada da sintomatologia é tarefa, que segundo Bertolozzi (1998), cabe também aos trabalhadores de saúde, buscando com isso também a desmistificação da enfermidade, além de proporcionar condições para o desenvolvimento da cidadania.

#### **4.3.1.2 Fortalezas e debilidades do tratamento supervisionado**

O DOTS não é um novo método. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que os resultados dos estudos que lhe deram

sustentação, aparecem a partir do começo da década de 70, decorrentes de experiências ocorridas na África, Hong Kong e Cingapura (TEIXEIRA, 1998).

Os relatos dos países que adotaram essa estratégia revelam êxito nos objetivos propostos, ou seja, as medidas implantadas têm interferido positivamente nos indicadores referentes ao desempenho do Programa. Observa-se em todas as experiências, aumento das taxas de cura e diminuição nas taxas de abandono, resultando na melhoria dos indicadores epidemiológicos da tuberculose.

A Tanzânia, há 20 anos foi um dos países pioneiros na aplicação da estratégia DOT, demonstrando que a tuberculose pode ser controlada em países pobres. Um projeto instituído em áreas piloto evidenciou um aumento da taxa de cura de 43% para 80%, resultados obtidos com custo médio de 200 dólares por paciente (São Paulo, 1997).

Outra experiência, relatada pelo autor, é a adotada pelo Peru, em 1991, período em que se observava que apenas 50% dos casos detectados completavam o tratamento com sucesso. Suárez (1997), analisando a experiência do país, relata que foi preciso adotar um processo contínuo de mudança e melhora nos serviços de saúde, em função das características culturais e comportamentais dos doentes. Os resultados mostraram que, em 1996, a taxa de cura foi maior que 90%, sendo que as taxas de prevalência e incidência declinaram. O autor ressalta que estes índices apresentados pelo país demonstram que quando o DOTS se desenvolve, seguindo as recomendações da OMS, com compromisso político, financiamento

---

adequado e boa administração, é possível modificar o perfil epidemiológico da doença.

Assim, nesta investigação, acreditamos ser importante reconhecer os pontos positivos e negativos, a eficácia do tratamento supervisionado na cura, interferindo na melhoria das condições de vida destes sujeitos. Interessa-nos conhecer, neste recorte do estudo, as percepções dos doentes a respeito das fortalezas e as debilidades do TS.

Os depoimentos, a seguir, revelam algumas características do TS, percebidas pelos doentes como **fortalezas** no processo da doença e no tratamento.

O oferecimento gratuito da medicação é apontado como uma fortaleza, pois a maioria dos doentes selecionados para o TS da tuberculose, possui condições de vida, extremamente precárias e geradas pelas desigualdades sociais, como é descrito no perfil dos sujeitos de nossa pesquisa.

“Só o fato do serviço de saúde fornecer o remédio, já é uma facilidade muito grande, porque eu não poderia comprar este remédio de jeito nenhum, é muito caro” (entr. nº 1).

“Esse tipo de tratamento, me oferece os remédios gratuitamente, me acompanham durante esta fase da minha vida” (entr. nº 5).



Dalcomo (2000) relata que nas duas últimas décadas, o Ministério da Saúde, com a adoção dos regimes de curta-duração, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, forneceu gratuitamente para todo o País o mais caro esquema para tratamento de tuberculose, a um custo unitário de US\$ 76,00 (setenta e seis dólares).

Se analisarmos as condições socioeconômicas dos doentes, chegaremos à conclusão que o fornecimento gratuito do medicamento é um fator positivo do TS na percepção dos mesmos, mas sabe-se, que este fator por si só não garante a adesão ao tratamento.

O resgate da individualidade desses doentes é fundamental neste processo, tendo em contraponto o contexto maior em que se configura a estruturação da sociedade, a forma como estão inseridos no sistema de produção, além da forma como se estruturam as políticas de saúde, e nestas, a organização dos serviços e sua disponibilidade para os doentes e no acesso destes aos serviços de saúde, constituem-se, também, determinantes importantes que devem ser levados em consideração pelos profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento supervisionado.

Outra fortaleza do TS, apontada pelos doentes, é a disponibilidade de outras formas de incentivo, como a suplementação alimentar, através do fornecimento de cesta básica mensal e um litro de leite semanal, assim como o vale-transporte, facilitando o acesso do doente e da família ao serviço de saúde, quando se faz necessário.

*“O recebimento de uma cesta básica ajuda muito...”*  
(ent.nº1).

*“O programa me ajuda bastante, eles estão me dando uma cesta básica...” (ent. nº 2).*

*“Essa ajuda que estamos tendo, de cesta básica, de leite, para mim é muito importante, e eu agradeço a todo mundo de coração mesmo, e acho que todas as pessoas que estiverem doente, deveriam receber esta ajuda e pensarem da mesma maneira... no início tinha dificuldades para ir até o serviço de saúde, mas sabendo disto, pois, a distância é longa e a dor é grande, me deram o passe e esse problema foi resolvido” (ent. nº 3).*

*“O SUS dá uma cesta básica para minha família, isto ajuda, mas não é suficiente, vocês sabem disso... no momento meu pai está precisando de uma consulta das “vistas”, pois ele não está enxergando e eu não sei quanto é esta consulta, e ele não tem dinheiro agora, porque se ele tirar esse dinheiro para pagar a consulta, ele vai passar fome” (ent. nº 4).*

No Brasil, continuamos observando uma profunda crise econômica, principalmente nas últimas décadas, caracterizada por grandes iniquidades sociais nas condições de vida da população, gerando enormes desigualdades na distribuição de renda e elevados níveis de pobreza,

diminuindo cada vez mais as oportunidades de inclusão econômica e social dos cidadãos.

A realização da observação livre, durante o desenvolvimento da pesquisa, permitiu-nos verificar exatamente esta situação da desigualdade social gerando pobreza, entre os nossos doentes. A maioria dos nossos entrevistados encontrava-se nos limites da exclusão social. Aqueles que estavam fora do sistema de produção tinham possibilidades reduzidas de acesso ao consumo, mesmo com auxílio dos familiares.

Diante desse quadro tão complexo e de difícil resolução a curto prazo, não é socialmente justo e humano esperar que o País resolva todos os seus problemas econômicos, para então procurarmos métodos de trabalho que nos auxilie neste momento.

Uma das recomendações para melhorar a eficiência do DOTS, especificando aqui o TS, é o uso da estratégia com múltiplos incentivos, como os utilizados pelo município de Ribeirão Preto-SP, que inclui cesta básica mensal, leite e vale-transporte, na sua programação.

No *Jornal de Pneumologia* (1997) a disponibilização de incentivo ao doente em tratamento supervisionado é descrita “como uma das condições mínimas para implantação de regimes supervisionados” (p. 318).

Autores como Chaulk & Kazandjian (1998) avaliaram a eficiência do DOTS em relação à conclusão do tratamento da tuberculose pulmonar. Analisaram 27 estudos sobre o tema. Destes, doze, basearam-se na estratégia DOT, centrada no paciente com uma combinação de múltiplos

incentivos, e concluíram que nessa estratégia, as taxas de conclusão do tratamento podem exceder a 90%.

Incentivos como os descritos não resolvem a situação de pobreza, na qual estes doentes estão inseridos, mas colaboram para a melhoria da adesão dos doentes ao tratamento, pelo menos durante esta fase do tratamento, onde a maioria se encontra desempregado, ou mesmo sem condições físicas para o trabalho, estas ações se mostram, como importantes e necessárias pelos doentes. Outro fator preocupante é que, a falta de alimento constitui-se em risco potencial aos contactantes de adquirir a doença, uma vez que “a deficiência na alimentação conduz a uma vulnerabilidade para todas as doenças, em especial a tuberculose” (Brasil, 1999).

Muniz (1999) também ressalta que a cesta básica ameniza a situação precária dos pacientes e familiares, contribuindo para sua adesão ao tratamento. No entanto, para a autora, não se deve perder de vista que essa necessidade básica é determinada por fatores de maior amplitude, como: distribuição eqüitativa de renda, desemprego, situação econômica, etc.

Vista de outro ângulo, essas ações podem se apresentar como uma prática perversa. Pois, são oferecidos benefícios ao doente, em troca de uma adesão ao tratamento. Tal prática é muito utilizada em nosso País, podendo ser denominada filantropia. Não sendo bem conduzida, poderá resultar ainda mais na exclusão desses doentes, enquanto cidadãos, com direitos e deveres.

Por ser a tuberculose uma doença de cunho social, é evidente que do ponto de vista desses sujeitos marginalizados pela sociedade, o tratamento contra a doença, possivelmente, não se coloca como uma necessidade primordial, pois estão afetados por carências muito mais profundas e que se relacionam com a sobrevivência.

As práticas de assistências diferenciadas, revelando inicialmente a recuperação destes sujeitos enquanto cidadãos, são de fundamental importância. Não basta, portanto, somente oferecer os benefícios, é necessário que a equipe esteja atenta e aproveite as oportunidades oferecidas pelo programa, através da visita domiciliária, ou mesmo durante a consulta médica, e os estimule a estarem inseridos no contexto social e a desenvolverem plenamente sua capacidade de cidadãos.

Cohn (1997) analisa, ainda, a nível do macrossocial, que o desafio que se apresenta hoje, quando se trata da questão da saúde e das desigualdades sociais, reside exatamente em resgatar a identidade das políticas públicas frente ao império da razão econômica. E isso significa articular, o binômio da equação **desenvolvimento e democracia** no enfrentamento das desigualdades sociais, aí contemplada a pobreza, o que certamente implica resgatar a centralidade do Estado nesse processo.

Para a tuberculose como doença, em que a determinação social é indubitavelmente presente, necessário se faz perceber que as mudanças do seu padrão epidemiológico se constituirão como resultado de intervenções profundas no acesso igualitário da coletividade aos bens sociais. E esta é uma condição, onde o Estado tem um papel fundamental, e que muitas

vezes não tem desempenhado, nem mesmo satisfatoriamente, pois os serviços de saúde, individualmente, jamais irão solucioná-la.

O recurso da visita domiciliar também é apontado como fortaleza por alguns doentes entrevistados.

A realização da observação livre demonstrou que os doentes visitados no TS, na sua maioria se mostram receptivos à equipe responsável. Percebe-se, que esperam a visita como um momento especial, inclusive, aproveitam para relatar seus problemas relacionados à doença, às questões pessoais, familiares ou mesmo aspectos triviais.

*“Eu venho na unidade tomar a medicação, porque aproveito e trago meu netinho na creche, se não fosse por este motivo, eles iriam na minha casa...” (ent. nº 1).*

*“Eu acho ótimo este tipo de tratamento, que vem em casa todos os dias me dar o remédio...acho ótimo entrarem em casa, a pessoa responsável pelo meu tratamento pode ver como está o ambiente, eu vejo como um ponto positivo isso aí” (ent. nº 2).*

*“Acho o trabalho de vocês, de estarem indo todos os dias nas casas dos doentes levarem os remédios, muito bonito, é um trabalho de coragem, pois vocês não sabem o grau da minha doença, e eu posso estar passando a doença para vocês... o trabalho de vocês é muito importante para mim, é muito bonito, eu acho...”*

*tenho até orgulho em ter pessoas como vocês, entrando e saindo da minha casa” (ent. nº 3).*

A visita domiciliária é preconizada no PNCT e tem como objetivo a identificação e controle dos contactantes, assim como o resgate dos pacientes faltosos ao tratamento.

O TS não precisa ser necessariamente no domicílio. Para o I Consenso de Tuberculose (Jornal de Pneumologia, 1997), “deve-se adequar às necessidades ou conveniências do paciente, podendo ser na residência, na unidade de saúde, no local de trabalho, creche ou escola quando se tratar de criança” (p. 318).

A implantação do TS da tuberculose gerou mudanças nas atividades de rotina dos ambulatorios e equipe de saúde, no município de Ribeirão Preto-SP. A visita domiciliária, adotada pelos serviços como estratégia para supervisão da ingestão medicamentosa, além do enfoque terapêutico, oferece, segundo Muniz (1999) a oportunidade de identificar outras necessidades, como pôde ser observado nos depoimentos dos doentes.

O fato do trabalhador de saúde conhecer melhor o ambiente no qual o doente está inserido, suas necessidades e singularidades, é um fator que auxilia na identificação de intercorrências durante o tratamento, possibilitando novas oportunidades de interação com o doente e a família.

Os discursos revelam, que para o doente é até gratificante a presença diária da visitadora, no domicílio. O doente número três, coloca

sua preocupação, com a possível contaminação dos profissionais responsáveis pela supervisão do tratamento, demonstrando sua gratidão e orgulho por tal gesto de solidariedade, na sua maneira de entender.

Estes fatores apresentados como fortaleza, principalmente a expressão de “gratidão”, evidenciam por outro lado, o encobrimento dos direitos do cidadão, pois o doente reconhece a assistência, da maneira como é conduzida no TS, não como um direito adquirido de cidadão, de ser tratado dignamente, mas como algo extraordinário, até mesmo uma dádiva.

As instituições de saúde, privilegiando a prática da atenção médica, não valorizam as questões acima mencionadas pelos doentes. A maneira como os trabalhadores de saúde relacionam-se com os doentes e, mais especificamente, com a vida e os sofrimentos dos indivíduos e da coletividade é diferente do trabalho desenvolvido no TS, e esse fator responde como uma fortaleza do tratamento.

Essa mudança de visão e ação, proporcionada pelo TS, conduz a uma reorientação da prestação da assistência, baseada sobretudo nas necessidades do indivíduo e da coletividade, segundo as carências de ordem biológica e social, que resultam das formas de inserção no trabalho e dos modos de vida.

A visita domiciliária é apontada como importante para o seguimento do tratamento, possivelmente por ser esse ainda o momento através do qual o doente se sintia mais à vontade para exteriorizar suas necessidades, como mostra o depoimento a seguir.



*“A Doêmia vem aqui, conversa de tudo com a gente, trata a gente bem, e quando ela vai embora, a gente fica com o coração aberto...Acho importante poder desabafar, quando sinto alguma coisa diferente passo para vocês. O funcionário é paciente, é amigo, começa a compartilhar o problema com você. A Doêmia vem aqui, escuta, ajuda, dá conselhos” (ent. nº 3).*

No processo da supervisão da ação terapêutica, é possível observar que se estabelece uma relação do doente para com a visitadora domiciliária bastante singular, permeada por uma afetividade, disponibilidade de tempo para o diálogo, caracterizando um atendimento humanizado.

A participação da visitadora, nesta atividade, no processo de tratamento pode ser vista como um elemento facilitador da incorporação da doença ao cotidiano, de forma que o doente de certa forma aprenda a conviver com a mesma. Tornando-a como uma etapa da vida que deve ser assimilada e compreendida.

No TS, os trabalhadores responsáveis pela supervisão, têm procurado se engajar na construção dessa nova modalidade de assistência, aproximando-se do cotidiano dos doentes. A singularidade de cada doente é observada, e intervenções, mesmo que mínimas, buscando a superação da vulnerabilidade biológica e social, representa um dos objetivos da equipe responsável.

Outro fator importante relatado pelos doentes, em relação à visita domiciliária, é o fato de estarem sendo acompanhados diariamente,

recebendo apoio da equipe durante o tratamento, evitando a tomada irregular da medicação, por vários motivos e, até mesmo a interrupção do tratamento.

Os depoimentos abaixo relatam esta preocupação.

*“É uma espécie de fiscalização, porque às vezes em casa a gente vacila em tomar o remédio... no começo do tratamento eu passei mal com os remédios, me deu enjoô, não conseguia me alimentar, emagreci 8kg... mas com este acompanhamento, eu não estou vacilando não, estou levando a sério. Agora, graças a Deus estou me recuperando, estou chegando lá novamente... é muito bom olharem a gente, ajuda muito” (ent. nº 1).*

*“Eu particularmente acho que melhorei depois que comecei a tomar os remédios. Porque se é a gente, a gente não toma o remédio direitinho, no horário certo. E a pessoa responsável pelo tratamento vem em casa, e tem todo cuidado com a gente... eu acho muito bonito o trabalho de vocês... então para mim eu acho muito, mas muito importante” (ent. nº 3).*

*“Aqui no abrigo é uma coisa boa demais, porque eu estava na rua e eu mesmo me tratando, não tinha horário para tomar o remédio, para comer, então era*

*tudo descontrolado, aí não teve jeito não... aqui no abrigo tem horário certo, você está dormindo o enfermeiro te acorda para dar o remédio. Na rua era a mesma coisa que não tomar nada, você pode ter o remédio com você, você não toma no horário certo, tem um dia que não toma, era isso que estava acontecendo comigo, antes deste tratamento” (ent. nº 4).*

*“Este tratamento foi muito bom, pois evitava minha ida ao Posto de Saúde... traziam o remédio todos os dias. Acabavam de chegar e eu já tomava o remédio.. .sempre no mesmo horário, isto me ajudou muito” (ent. nº 5).*

Em seus estudos, Toman (1980) descreve que o paciente de tuberculose crê que quando os sintomas deixam de aparecer, ele se sente bem novamente, já não necessita mais do medicamento. Tudo indica que, devido a isso, a taxa de abandono pode ser maior no início do tratamento. Ou o oposto também pode acontecer, quando aparecem reações indesejáveis pelo uso da medicação, ou quando os sintomas não desaparecem tão prontamente, o paciente pode entender que o tratamento foi prescrito de forma equivocada.

Esses pontos são identificados pelos doentes entrevistados, que conseguem reconhecer que a supervisão diária e o acompanhamento mais próximo da equipe de saúde, são fatores determinantes na adesão ao

---

tratamento, principalmente os que levam uma vida desregrada como os alcoólatras, andarilhos e doentes mentais, estes, representando a metade dos sujeitos da nossa pesquisa, e os indivíduos que apresentam efeitos colaterais da medicação.

Tais fatos demonstram, portanto, que imputar exclusivamente ao doente a responsabilidade pelo êxito da cura, não levaria necessariamente à adesão ao tratamento. É preciso levar em consideração, como faz a equipe, no TS, o processo de vida dos doentes portadores de tuberculose, o que muito ajuda na compreensão dessa situação.

O depoimento do doente nº 3 vem reforçar que TS se mostra como uma fortaleza para o doente, aumentando a adesão, contrapondo o que se observa no tratamento auto-administrado, pois, muitas vezes é realizado de forma irregular, comprometendo assim a cura completa da tuberculose, como descrito no seu relato a seguir.

“É a segunda vez que faço este tratamento da tuberculose... não foi bem um tratamento..., mas não tive os cuidados necessários. Pegava os remédios para seis meses direto. Tinha o retorno todos os meses, mas já estava com o medicamento, não tomava direito... era um monte de remédio.. .tanto que quando terminei o tratamento eu tinha mais de dez cartelas de remédio lá guardada. À medida que ia melhorando, achava que não precisaria tomar mais o remédio,

porque ele é forte. Acho que foi por isso que fiquei doente novamente" (ent. nº 3).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1990), o Ministério da Saúde, através do Programa de Controle da Tuberculose (Brasil, 1998), além de autores como Toman (1980) identificam, nestes documentos e pesquisa, a atitude dos doentes de tuberculose, por não tomar a medicação com regularidade, além da interrupção do tratamento, como a causa básica do insucesso dos programas de controle da doença.

Em determinados momentos, têm-se imputado os resultados limitados do Programa de Controle, exclusivamente aos doentes de tuberculose, em outros, o insucesso deste tem sido colocado na responsabilidade dos serviços de saúde.

A estratégia do TS, como uma das práticas que resguardam a perspectiva do indivíduo, ao mesmo tempo que protege a coletividade, conquistou terreno no reforço à adesão de doentes ao tratamento, assim como na diminuição da prevalência da resistência às drogas e recidiva da doença, configurando-se na atualidade como um padrão que se recomenda para ser reproduzido na assistência à saúde.

Em 1994, a situação epidemiológica encontrada no País veio de encontro com a descrição do depoimento do doente, sujeito de nossa pesquisa. A situação descrita pelo doente, era evidenciada no País pelas elevadas taxas de abandono e baixos percentuais de cura, exigindo a implementação da capacidade de atuação do programa. A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária-CNPS, responsável em nível nacional

pelo controle da tuberculose, optou pela recomendação do TS que foi implantado pelo município de Ribeirão Preto-SP em 1997.

Apesar do TS caracterizar-se como uma ação pontuada e focalizada que privilegia o controle de danos e riscos, como constatado por Muniz (1999) em seus estudos, a substituição do tratamento auto-administrado TS, no domicílio, tem proporcionado uma maior adesão ao tratamento e desenvolvido estratégias diferenciadas na condução do processo. O compromisso e envolvimento da equipe representam uma das estratégias desta modalidade de assistência.

Outra fortaleza do TS que aparece nos depoimentos dos doentes diz respeito ao estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde responsável pela supervisão, especialmente a visitadora sanitária. Observa-se nesta nova prática, o estabelecimento de novas possibilidades de interação entre os agentes envolvidos.

*“Essa equipe, a Doêmia, que vem aqui, me atende bem...as pessoas da assistência estão sempre aqui, conversando, me ajudando nos momentos de dificuldade a não falhar no tratamento, entendo que a equipe me ajuda muito...me tratam muito bem, de maneira carinhosa e educadamente, então isto incentiva e pra mim é muito importante” (ent. nº 2).*

*“A Doêmia vem aqui, me escuta, me ajuda, dá conselhos... eu tenho ela como uma amiga, para*

*tudo... ontem mesmo eu fui na escola, ver se a matrícula do menino tinha chegado, e eu chamando a funcionária da escola de Doêmia... aí eu expliquei para ela que a Doêmia é a moça que leva remédio em casa, pedi desculpas e disse que estava enganada, enrolando os nomes....a gente acaba virando amiga de pessoas como a Sueli, e eu gosto muito disso” (ent. nº 3).*

O TS, como se observa nos relatos acima, permite uma maior aproximação dos trabalhadores de saúde junto aos doentes de tuberculose e suas famílias, seja na Unidade de Saúde ou seja no domicílio durante as visitas de supervisão medicamentosa.

Muniz (1999), nos seus estudos sobre a percepção da equipe executora do TS, evidencia que o comparecimento constante do profissional de saúde, no domicílio, determina o estabelecimento de diálogo entre o profissional, doente e familiares. Para a autora da pesquisa, o “ato de ir ao domicílio do doente”, participar diariamente de seu meio social, possibilita ao profissional vivenciar o processo terapêutico e intervir, à medida que surjam necessidades e intercorrências.

No modelo denominado de atenção médica à saúde, como já foi descrito anteriormente, observa-se que o processo de trabalho em saúde está pautado no paradigma flexneriano, racional da doença–cura, que limita a proposição de intervenções que respondam efetivamente às necessidades de saúde dos diversos grupos sociais.

As questões sociais, para Bertolozzi (1998), são apreendidas pelos trabalhadores da saúde, como mais um componente, um fator ou elemento no rol das possíveis causas da doença, não levando em conta a determinação social da saúde–doença como uma vertente explicativa do fenômeno.

No cotidiano da assistência, essas questões são negligenciadas, nem ao menos percebidas como necessidades de saúde, ou quando são identificadas, se transformam em questões inerentes ao indivíduo, completamente fora do âmbito de ação dos profissionais de saúde, imputando-se ao doente, a responsabilidade pelo seu processo de saúde–doença.

Esta realidade, na prática, tem conduzido a uma crescente desumanização das relações sociais entre trabalhadores de saúde e doentes. Para Kantorski (1997) essa desumanização origina-se na alienação, pois o homem não se reconhece mais no produto de seu trabalho, não contribuindo para a satisfação das suas necessidades, como trabalhador de saúde, e ainda menos para a satisfação das necessidades de saúde dos doentes.

Corroborando com estas afirmações, Campos (1992) cita Antonio Gramsci relatando que

*“... o mal-estar da civilização” é também decorrente do fato de que, com a industrialização, retirou-se qualquer possibilidade de realização pessoal no mundo do trabalho. A mecanização, burocratização, divisão*



*do trabalho e o autoritarismo no mundo da produção retiraram do trabalho quase toda a dimensão criativa, mais embrutecendo o trabalhador do que ressaltando sua humanidade e espiritualidade” (p. 202).*

Na percepção do doente de tuberculose, o TS vem reorientando a assistência à saúde, buscando a integralidade do sujeito, e marcando a definição de um novo modelo de atenção à saúde.

Essa proposta é respaldada nas diretrizes e organização do TS em que esse novo modelo assistencial tende a promover a *acolhida* e a responsabilização dos trabalhadores de saúde pelos doentes.

O encontro entre um usuário, portador de uma determinada necessidade de saúde, e um trabalhador de saúde, possuidor de um “arsenal de saberes específicos e práticas” para Merhy (1996), determina um momento do desenvolvimento da assistência, que comporta necessidades distintas: um carregando a representação de um dado problema como problema de saúde–necessidade de saúde, procura, no mínimo uma relação de compromisso que tem como base, em geral, a *sinceridade* e a *confiança na intervenção como uma possível solução*; o outro também está procurando nessa relação algumas coisas, mas esta procura não necessariamente tem a ver com que o outro espera. Podendo também existir uma relação de confiança mútua entre o profissional e o usuário, em que o primeiro deixa claro inclusive sua impotência para mudar a realidade, depositando no cliente a possibilidade de câmbio da situação.

O TS, com todas as características descritas, inclusive pelo depoimento dos doentes, demonstra a possibilidade de novas oportunidades de interação entre o trabalhador da saúde e o doente, no estabelecimento de vínculo, promovendo mudanças na qualidade da atenção e ampliando o compromisso do profissional perante o paciente.

Essa modalidade de assistência se mostra, então, como construção de uma concepção idealizada de trabalho em saúde, na qual o doente reconhece, no trabalhador de saúde, um indivíduo sensibilizado, que se preocupa com suas dificuldades e sofrimentos e, dentro de suas competências, não só profissionais, mas também individuais, no pleno exercício de sua cidadania, procura responder às demandas que lhe chegam, ou que são vivenciadas no dia-a-dia de seu trabalho, junto a esses doentes e familiares.

O estudo de Muniz (1999), com a equipe executora do TS, salienta que no processo de reorganização do trabalho em Ribeirão Preto-SP, privilegiou-se a função do visitador sanitário, profissional preparado para atuar junto ao paciente e família no domicílio. Até o momento da implantação do TS no município, este profissional vinha desenvolvendo outras funções, como por exemplo, atividades internas.

Segundo Nemes (1990), o visitador sanitário, enquanto trabalhador da saúde, surgiu na década de 70, em função do modelo de "Ação Programática". Tinha como função primordial realizar visitas domiciliárias a grupos de risco como gestantes, crianças, ou nos denominados sub-programas de hanseníase e tuberculose. Na década de

90, com o advento do SUS, a municipalização da saúde e a priorização do pronto-atendimento em detrimento das ações e promoção e prevenção, esse profissional ficou com suas funções indefinidas, desenvolvendo principalmente atividades internas nas unidades de saúde.

Os discursos demonstram, portanto, que este profissional, o visitador sanitário, na percepção do doente, tem se destacado dentro da equipe, no trabalho a ele designado, de maneira a fortalecer o tratamento supervisionado, enquanto modalidade assistencial.

A análise dos depoimentos exposta até o momento, permitiu-nos verificar que o TS é apontado pelos doentes como uma garantia na ingestão da medicação, mesmo que centrada no ciclo biológico da doença. O tratamento é percebido pelo doente como um fato permeado de fortalezas que o sustenta.

As análises que faremos a partir deste momento caracterizam a percepção de alguns dos doentes acerca das **debilidades** apresentadas no tratamento supervisionado.

*“O fato de vir todos os dias na Unidade de Saúde para tomar o remédio, é uma espécie de fiscalização... mas eu levo numa boa, porque em casa eu posso passar mal” (ent. nº 1).*

*“O que acho difícil neste tipo de tratamento é que às vezes eles não deixam a gente tomar o remédio sozinha” (ent. nº 5).*

---

A administração supervisionada de medicamentos, de maneira geral, e na tuberculose, tem se apresentado como uma estratégia que causa impacto no aumento da adesão dos doentes ao tratamento, e esse fato já foi discutido neste trabalho. A estratégia significa ter a certeza que o doente realmente ingeriu os medicamentos, pois é feita sob a estreita supervisão do serviço de saúde, e para autores como Perini (1998), no fundo, ela representa uma idéia que nos traz de volta nosso passado autoritário do sanitarismo.

O resgate da individualidade de cada doente, o conhecimento da história de vida do ser humano, deve ser examinado e levado em consideração, quando se propõe o TS. O entendimento do doente a respeito dos objetivos do tratamento através de informações apropriadas, poderia minimizar sentimentos, como constrangimentos com a supervisão para a tomada da medicação.

Outra debilidade apontada pelos doentes, a respeito do TS, se relaciona à organização da equipe que realiza a supervisão. O doente fica na dependência do horário da visita para ingerir a medicação. O depoimento abaixo demonstra esse fato:

“Até o meio-dia eles levam remédio para mim, e dependendo do serviço, para iniciar um trabalho e começar depois do meio-dia não tem lógica”.

Na descrição do perfil e características dos doentes de tuberculose que estão sob TS, observamos que mais da metade são trabalhadores autônomos e que durante o período do tratamento estão desempregados, portanto fora do mercado de trabalho.

A tuberculose, sendo uma doença crônica e debilitante, que exige um tempo prolongado de tratamento, pode representar para o doente um obstáculo ao desempenho do trabalho. A enfermidade determina rupturas ou modificações importantes no cotidiano da produção e reprodução social.

Para o doente “sentir-se enfermo” ou “sentir-se bem” é extremamente subjetivo e não mensurável, e ainda estar tomando a medicação pode se apresentar com diferentes significados para diferentes sujeitos. Outra questão importante a esta, relaciona-se ao ponto até onde o doente consegue desenvolver suas atividades no cotidiano, sem interferir no processo do tratamento.

Na pesquisa realizada por Muniz (1999) ao descrever a implantação do TS no município de Ribeirão Preto-SP, a autora relata que, após estabelecidos os critérios de inclusão do doente no tratamento, discutiu-se qual seria o método mais eficaz para a realização da supervisão direta da medicação. Segundo os depoimentos das equipes, uma das formas adotadas foi a visita domiciliária.

O recurso da visita domiciliária não precisa ser uma regra. O objetivo maior é concluir o tratamento do doente. O I Consenso de Tuberculose (Jornal de Pneumologia, 1997), descreve que “*deve-se adequar às necessidades ou conveniências do paciente, podendo ser na residência, na*

*unidade de saúde, no local de trabalho, creche, ou escola quando se tratar de criança” (p. 318).*

A autora relata ainda que os discursos dos agentes de saúde, envolvidos no tratamento, mostram que a confiança estabelecida entre agente e doente, permite realizar a supervisão de maneira mais flexível, compartilhando com o doente a responsabilidade pela ingestão medicamentosa, reforçando a necessidade de se conhecer individualmente cada pessoa, conduta que permitirá indicar a frequência da supervisão.

Durante a realização da observação livre, tivemos a oportunidade de conhecer a realidade social, ambiental e familiar de cada doente. Na verdade, esses indivíduos foram selecionados por pertencerem ao grupo de risco a abandonar o tratamento.

Encontravam-se debilitados fisicamente, devido à doença e associados a esta estavam o alcoolismo, a droga, a AIDS e outras. Relatavam dificuldades em se locomover até a Unidade de Saúde.

O fato de estarem desempregados, e a maioria ser autônomo, sem carteira de trabalho assinada, não recebendo benefícios do INSS, portanto, dependendo totalmente da renda familiar, denota uma situação preocupante, não somente para o doente, mas também para os trabalhadores de saúde envolvidos, que muitas vezes, são solicitados a estarem ajudando nesta situação, mas não dispõem de uma rede de recursos sociais, para tal.

As equipes que executam o TS no município contam com uma viatura e um motorista que se reveza diariamente entre as Unidades. O motorista juntamente com a visitadora domiciliar planejam o trajeto a ser percorrido no dia, nem todos os doentes são visitados todos os dias.

Os fatores relacionados à organização da equipe e também os problemas e individualidades de cada doente podem estar resultando nas dificuldades apontadas por eles durante o tratamento.

Esses problemas poderiam ser resolvidos, se houvesse a inclusão de outros atores sociais no processo terapêutico, como por exemplo, professores, padres, doentes curados, além de outros que, não tivessem envolvimento emocional com o doente, como tem a família, facilitando a contribuição destes no processo de adesão e também resolvendo problemas relacionados ao horário da visita, que dificulta ainda mais a inserção do doente no mercado de trabalho.

O I Consenso de Tuberculose (Jornal de Pneumologia, 1997) propõe a realização de duas modalidades básicas de agentes que poderiam realizar a supervisão:

- a) **terapia supervisionada baseada na unidade de saúde:** *para este propósito contempla-se a identificação de pessoal dos serviços de saúde e da comunidade, incluindo auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, bioquímicos, enfermeiros, médicos de família, agentes comunitários...*
- b) **terapia supervisionada baseada na comunidade:** *identificar e valorizar pessoas leigas envolvidas em atendimento de*

*saúde (parteiras, benzedeiras, donos de farmácia, curandeiros..) e outras instituições e lideranças comunitárias, tais como: lideranças religiosas, associação de moradores, pessoas já curadas de tuberculose (p.318).*

As ações acima propostas, poderiam estar acontecendo, se houvesse uma maior articulação dos serviços de saúde, com outras áreas da sociedade civil e organizada. Mendes (1999) denomina a articulação entre os diversos setores de *Intersetorialidade*, e assim a descreve:

*"(...) um problema de saúde vai exigir ações que estão situadas fora dos limites convencionais do setor. Por exemplo: o problema da mortalidade infantil, além de atividades de atenção médica, implica ações de saneamento, de nutrição, de educação etc. Daí a importância dessa dimensão intersectorial.(...) A intersectorialidade constitui uma arma importante para o fortalecimento dos processos de condução e liderança quando permite colocar sob a autoridade sanitária local, problemas que, manifestam-se no campo da saúde no entanto que são determinados por fatores externos ao seu âmbito de ação" (p.145-146).*

O processo econômico que o País vem vivenciando, ou seja, estratégias que privilegiam o individual como mola mestra para o desenvolvimento econômico, desestimulam qualquer tipo de ação que



promova a participação de outros atores sociais. Essa é uma tarefa complexa, que exige uma mudança de atitude da sociedade como um todo.

Para Bertolozzi (1998) refletir sobre estas questões é fundamental, pois pode ser perder a noção de que o trabalho em saúde deve objetivar a recuperação do indivíduo e da coletividade para que usufruam de melhor qualidade de vida. O Programa de Controle da Tuberculose, na estratégia do TS, deve ser objetivado também neste sentido, ou seja, recuperar, no nível do coletivo, atores-chave que possam contribuir para a adesão dos doentes ao tratamento, facilitando também sua inserção, o mais rápido possível ao mercado de trabalho, resgatando a relação benéfica do compartilhar o processo de tratamento com os outros.

#### **4.3.1.3 Os atores envolvidos no tratamento supervisionado**

A equipe local, responsável pelo TS é composta basicamente pelo médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e visitantes sanitários. Na prática, observa-se que o motorista do programa tem um papel fundamental e de envolvimento e responsabilização com o programa, é ele que muitas vezes decide qual o melhor roteiro a ser realizado no dia, além de se mostrar muito envolvido no cotidiano dos doentes e familiares.

*“Eu acho que a pessoa mais importante no meu tratamento, responsável por estar tomando a medicação todos os dias são as enfermeiras... acho*

*que eu também, porque quero sarar e ficar livre deste tratamento” (ent. nº 1).*

Os usuários dos serviços de saúde, no âmbito hospitalar ou nas Unidades de Saúde, reconhecem todos os profissionais da equipe de enfermagem como “enfermeiras”. Este fato está relacionado à falta de conhecimento da população em geral, a respeito da profissão que é permeada por três categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem).

Da maneira como são organizados os serviços de saúde no país, verifica-se que a profissional enfermeira, ainda que fundamentalmente necessária para desenvolver o trabalho, tem atuado, em número restrito, basicamente no gerenciamento da assistência, sendo que a parcela de trabalho historicamente chamada de manual tem sido remetida aos demais integrantes da equipe de enfermagem, principalmente os auxiliares.

Ainda relacionado a este aspecto, Bertolozzi (1998) resgata o fato paradoxal de que a assistência à tuberculose começou a se efetivar nos EUA, primeiramente, a partir da intervenção das enfermeiras de saúde pública. No Brasil, essa situação foi reproduzida pelas próprias enfermeiras norte-americanas que, inicialmente em seus trabalhos no País, dirigiram o foco de sua atenção para a tuberculose.

Verifica-se hoje, de acordo com Barreira (1992), a ausência desse profissional no cenário do controle da tuberculose, mostrando uma face bastante diferente da que se fazia presente por ocasião da criação e da

implementação da Campanha Nacional de Controle da Tuberculose no País, quando foram sobretudo as enfermeiras que deram corpo às suas ações.

No município de Ribeirão Preto, a Secretaria Municipal de Saúde conta com um profissional enfermeiro em cada Unidade Distrital, ainda que não exclusivo, para ser o responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose.

Nos depoimentos a seguir, observa-se que, apesar do TS ser conformado como um trabalho de equipe, esta conformação não é percebida pelo doente. A representação do trabalho em equipe é fragmentada, de acordo com a função de cada profissional, durante o tratamento.

*“A responsabilidade no meu tratamento é dessa equipe, a Doêmia que vem aqui, me atende bem, só que eu acredito que a médica é muito importante, porque é ela quem receita os remédios... as outras pessoas da assistência estão sempre aí corrigindo, procurando não falhar, para mim é a equipe que ajuda muito” (ent. nº 2).*

*“Eu acho o médico muito importante no meu tratamento... tira a chapa... fala se você está doente... é ele que diz é este o remédio que você tem que tomar, isso, isso, isso, ela faz a parte dela. Mas, para mim a pessoa mais importante no meu tratamento, é a Doêmia, é o serviço que vocês fazem, de vir em casa,*

*ter o cuidado de dar o remédio, aquela preocupação de que você vai sarar” (ent. nº 3).*

*“A irmã de caridade, que cuida do abrigo é a responsável pelo meu tratamento, mas é o médico quem receita os remédios. Todos os problemas que acontecem aqui, por exemplo do “enfermeiro” esquecer de dar o remédio, a gente conversa com a irmã, e a irmã vai, explica para ele, a responsável é a irmã e o enfermeiro” (ent. nº 4).*

*“A equipe me ajudou muito no tratamento... se eles não me dessem a força que deram eu não seria curado” (ent. nº 6).*

O doente reconhece o papel da equipe, na figura da visitadora, sendo que a alusão a outros trabalhadores da saúde é feita, principalmente quando o doente refere-se ao papel de cada um deles no tratamento.

Outro aspecto que chama a atenção não somente nos depoimentos dos doentes, mas também durante a observação livre, é o fato do vínculo, formado entre o trabalhador de saúde e o doente, estar representado principalmente na figura da visitadora sanitária. Esse profissional tem inclusive, seu nome constantemente sendo citado, como mostram os depoimentos acima.

Nas Unidades Básicas de Saúde, o que se observa, normalmente, é a categorização profissional do trabalhador, quando solicitado ao doente a

menção sobre profissional. A denominação nominal raramente ocorre, em função, provavelmente, da forma como se organiza o trabalho no âmbito das unidades básicas e também devido à impessoalidade no atendimento à clientela.

Para o doente de tuberculose submetido ao TS, não importa a categoria profissional de quem o assiste. O vínculo estabelecido entre o profissional responsável pela supervisão diária permite nomeá-lo, neste caso o visitador sanitário. Esse vínculo foi conquistado durante todas as fases do tratamento e no dia-a-dia do trabalho do profissional.

Este depoimento denota, também, a percepção do doente a respeito do médico, que é o responsável por solicitar exames para o diagnóstico e acompanhamento do tratamento e receitar os medicamentos, e a funcionária com a responsabilidade de entregar os medicamentos e supervisionar o uso, além de estar atenta a outros aspectos, sempre no intuito de ajudar, o que é muito valorizado pelos doentes.

Bertolozzi (1998) refere à forma como os pacientes percebem a assistência, relata que a ação médica parece estar limitada a uma série de procedimentos que, possivelmente, se fazem significativos, ou seja, o que se configura como fundamental no momento da consulta médica para o doente parece ser o ato terapêutico, que é posto em relevo em relação à consulta como um todo, mesmo que esta integre a anamnese, o exame físico, a prescrição terapêutica, além das orientações para a sua realização. Ficando claro que a finalidade do trabalho, que seria a transformação da necessidade que se configura como doença para a possibilidade de poder viver sem as

repercussões da enfermidade, é apreendida pelo doente somente a partir da ação objetiva do profissional médico, que se resume na prescrição médica.

A família, na percepção do doente, representa uma importante fonte de apoio para o doente durante o TS. A observação livre também nos permite inferir, que de maneira geral, a doença determina uma maior solidariedade da família para com o doente.

*“Minha família é tudo para mim, vivo em prol deles... são filhos bons, graças a Deus, carinhosos, e o mais importante, me dão muito apoio neste tratamento” (ent. nº 1).*

*“A compreensão da minha família, é muito importante no meu tratamento... família para mim é tudo, é união, é amor... e tudo isso se encaixa na minha doença, se a família é unida, é uma ajuda no tratamento... a família é um remédio neste tratamento... até minha filha menor pergunta se eu já tomei o remédio... eu estou tendo muito apoio deles no meu tratamento” (ent. nº 3).*

*“Minha família são minhas filhas... mas quem está cuidando de mim é minha irmã e meu cunhado... eles me acolheram e não deixam faltar nada, dentro do que é possível, é alimento, é roupa lavada, água, luz, eles estão me dando este apoio... minha irmã, também me*

*dá apoio para que eu não deixe o tratamento” (ent. nº 2).*

*“Minha mãe é a pessoa que mais se preocupa com o meu tratamento... me dá conselhos, para que eu não cometa irresponsabilidades, pois poderia prejudicar meu tratamento, diz para eu não parar de tomar o remédio ....” (ent. nº 6).*

A incorporação e o apoio da família no processo de tratamento, se mostram importantes na adesão à terapia, pois estão relacionados à forma como a família, que convive com ele, percebe e lida com o adoecimento e seu tratamento.

O amparo que a família proporciona vai desde a participação no desenvolvimento da doença e dos sentimentos que dela advêm até nos aspectos financeiros, como expressaram os depoimentos acima.

Em se tratando dos doentes desta pesquisa, o amparo financeiro é indispensável, pois como já foi descrito, a situação social das famílias é precária, e os doentes, na sua maioria estão desempregados, portanto dependendo totalmente dos familiares.

A presença de pessoas que possam compartilhar com o doente, tanto o enfrentamento da doença como as dificuldades inerentes ao tratamento medicamentoso são muito importantes, pois muitas vezes, mesmo durante as visitas domiciliares, é expresso pelo doente, o desejo de

interromper o tratamento, mas o estímulo dos familiares nestes momentos é indispensável.

Barnhoorn & Adriaanse (1992) observaram, em um estudo desenvolvido na Índia, que 56% dos doentes que aderiram ao tratamento da tuberculose, em contraposição com 28% que o abandonaram, mencionaram a importância do suporte familiar durante a condução do tratamento.

Na amostra desta pesquisa, apenas um doente não foi acolhido pela família e estava realizando o tratamento supervisionado em um “abrigo” para doentes de tuberculose.

*“Minha família reza todos os dias, pedindo a Deus, para eu me recuperar... e eu estou aqui por causa do meu pai e da minha mãe, se não fosse por eles, eu já estaria morto... mas eles não têm condições, de ficar comigo, estão muito doentes... moram em casa emprestada... não tem dinheiro nem mesmo para comprar os remédios que precisam” (ent. nº 4).*

Tratava-se de um indivíduo com problemas mentais, desde a adolescência, afastou-se do convívio familiar, tornando-se andarilho, apesar de manter contatos esporádicos com a família. No início da doença, estando muito mal, procurou a família, que o acolheu, mas não teve condições materiais e financeiras de mantê-lo no convívio, durante o tratamento.

Em nossas observações livres, notamos que neste processo de adoecimento, ele manifestou preocupação com os pais, principalmente de



---

ordem financeira. Mantivemos contato com a família e observamos que além destes fatores, problemas emocionais e as dificuldades na convivência com o doente motivaram a internação do mesmo.

Bertolozzi (1998) relata que houve uma época em que a internação era uma das únicas alternativas para o controle da doença e determinava para a coletividade sentimentos de medo, raiva, revolta, isolamento, marginalização, além de aprofundar preconceitos, na medida em que se retirava o doente do convívio social para impedir a progressão do processo contagioso. Essa conduta foi largamente utilizada no final do século até meados dos anos 70, entretanto, foi sendo finalmente substituída pelo tratamento ambulatorial, o que se constituiu um marco na história da tuberculose que, diferentemente do que antes se imaginava, não expunha os contatos íntimos familiares a um risco importante de infecção, após o início da terapia medicamentosa.

Para o doente, a internação, apesar de necessária, como no caso do doente acima citado, se baseia na ruptura do seu cotidiano, não sendo incorporada como um fato normal, mas que rompe com o cotidiano já modificado pela doença, como mostra o depoimento:

“Aqui no hospital é muito difícil, é só remédio e cama. Mas eu não estou acostumado ficar só deitado, então eu pego na enxada, vou para o jardim, e passo horas arrumando... pode ver, está tudo arrumadinho... e eles deixam eu fazer, porque se não for assim, eu vou embora... já fugi daqui, duas vezes... então o médico

fala: pode fazer sim. Então eu faço serviço de um, de outro, outro. Por que eu não tenho com quem conversar. Porque essa doença pega né?" (ent. nº 4).

Johnston & Wildrick (1974) salientam que o redirecionamento das práticas de assistência que eram anteriormente desenvolvidas nos hospitais para o tratamento no âmbito domiciliar proporcionou, sem dúvida, ganhos em vários aspectos, tanto no que se refere à reintegração do doente à sociedade, como à definição dos custos. Esse fato dá uma maior possibilidade de que os familiares proporcionem um alicerçamento no processo do tratamento, diminuindo também o estigma em relação à doença, uma vez que o doente que compartilha do cotidiano em sociedade percebe muito mais construtivamente o seu papel social.

Como foi visto, os atores sociais estão representados pela equipe, especificamente a visitadora sanitária e a família, estão envolvidos na terapêutica medicamentosa e são percebidos como um importante fator de adesão.

#### **4.3.2 Singularidades do doente sob tratamento supervisionado**

Esse núcleo temático foi formado a partir dos seguintes núcleos de sentido: **percepção sobre a doença, a convivência com a doença e a repercussão do tratamento supervisionado na vida do doente**

A forma de entender a tuberculose e o TS, como parte integrante do processo saúde–doença, é peculiar ao indivíduo, mas perspassa pelo contexto social no qual esse indivíduo está inserido. Os depoimentos dos doentes permitiram compreender suas singularidades, seus problemas e dificuldades diante do tratamento ao qual estão submetidos diariamente.

Heller (1991) coloca que não seria possível apreender os processos reais se não se estudasse o significado das interrelações na vida cotidiana. O seu conteúdo e a sua estrutura não são idênticos em todas as sociedades e para todas as pessoas e refletem a ocupação do ser humano num lugar determinado da divisão social do trabalho. A vida cotidiana, para a autora, como o conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens, é a forma imediata de apresentação da genericidade do homem e aparece como a base de todas as reações dos homens e seu ambiente social. Existe um constante transitar entre o singular e o genérico, ou seja, uma relação dialética entre o modo como o indivíduo vive na sociedade e o cotidiano é a objetivação dessa relação.

#### **4.3.2.1 Percepção sobre a doença**

Os depoimentos aqui apresentados a respeito da singularidade dos doentes revelam a forma como é percebida, e como se desenvolveu a doença em suas vidas.

A análise do material evidenciou que a tuberculose é percebida pelos sintomas que apresenta.

*“Eu não sentia nada, quando começou foi de uma vez, porque eu nunca senti sintoma nenhum e depois quando comecei a sentir falta de ar, não podia andar, andar depressa, subir escada... emagreci 8 kg... aí fui no médico e ele fez exame” (ent. nº 1).*

*“A doença para mim foi péssima, porque sempre fui uma pessoa de muita saúde, e de repente fui emagrecendo, ficando fraco, tossindo, não me alimentava bem, e para mim, tudo isso foi muito ruim” (ent. nº 2).*

*“É uma doença que não vem acompanhada de muita dor, aparentemente, outra pessoa vê, e acha que você não está doente porque não está com dor” (ent. nº 3).*

*“A tuberculose é difícil, a primeira coisa que acontece é você ficar magro, não se alimentar, ficar nervoso... atrapalha sua vida” (ent. nº 4).*

*“É muito ruim ter esta doença, muito ruim. Me dava dor no corpo, febre, bom não era não” (ent. nº 6).*

Estudos antropológicos relevantes têm salientado que doença não deve ser concebida, unicamente, enquanto um fenômeno biológico em si, mas como uma elaboração simbólica, a partir de uma perspectiva social, cultural e histórica, própria de cada grupo estudado. Essas diferentes formas

de vivenciar a doença, pelos agentes sociais, têm também estimulado os estudos que investigam as relações com as instituições, com os profissionais de saúde e os tipos de terapêutica que se mostram mais adequados a seu entendimento.

Gonçalves, Costa & Menezes (1999), em seu estudo, revelaram que algumas manifestações corporais são percebidas como mais graves pelos doentes, e que a percepção e a representação social da tuberculose interferem na cura.

No processo de adoecimento, que é descrito como uma fase ruim e difícil, observa-se que para alguns doentes, a concepção de que o corpo pode se tornar mais visível, tanto para si como para outras pessoas, pressupõe, segundo os autores acima citados, que a forma de lidar com a descoberta de algo diferente do “normal” (doença) possa influenciar na condução da terapêutica. Outros doentes, durante a percepção do adoecimento, valorizam a saúde e o *status* saudável, de forma diferente da vida diária, quando geralmente não se questiona se está ou não saudável. Uma vez adoecidos, os indivíduos, de um modo geral, buscam a restauração da saúde, envolvendo freqüentemente a procura de indícios corporais que apontem uma melhora, antes ou depois da ajuda médica.

As manifestações da doença, somadas ao crescente emagrecimento, como é relatado por alguns doentes, demarcam a presença de um desequilíbrio orgânico, que pode influenciar na visão de mundo do doente, como ocorreu em épocas passadas, com os que eram internados nos sanatórios.

O emagrecimento constante, de acordo com Gonçalves, Costa & Menezes (1999) é um dos sinais que mais chama a atenção dos informantes do estudo, por eles realizado, inclusive dos amigos ou parentes. Está associado à concepção de *fraqueza* corporal: perda das forças, perda de apetite, cansaço, falta de ânimo. A tosse, a princípio, não é considerada sintoma da doença, no entanto, quando a ela se somam as dores, e a tosse se torna incontrolável, passa a ser um sintoma que requer investigação e/ou tratamento.

Os dados da pesquisa acima citada vieram de encontro com a percepção que nossos doentes apresentam em relação à tuberculose, durante o TS.

Para outros doentes a dor é a característica marcante, ou seja, faz parte da percepção sobre as doenças, de modo geral, a idéia de que se evidenciam através da dor.

Bertolozzi (1998) avalia que não se trata de desconsiderar o conjunto de sinais e sintomas elaborados e relatados pelos doentes, deixando de proceder a uma interpretação que conduza a um dado diagnóstico. No caso da tuberculose é bastante claro o padrão que se apresenta a sintomatologia, entretanto, reitera a autora, o que está querendo se apontar é o fato de que o raciocínio clínico está voltado diretamente para a dimensão biológica, não dando lugar em algumas ocasiões a informações que totalizariam a compreensão sobre o processo saúde–doença. E essa forma de interpretar a doença é apreendida e reproduzida pelo coletivo que,

de igual maneira, passa a entendê-la sob uma perspectiva linear e invariante.

A percepção do doente a respeito da doença, provavelmente, expressa a maneira como as pessoas estão inseridas na sociedade. A maneira como o indivíduo constrói todo seu conhecimento ao longo da vida, a cultura, a forma de entender o processo saúde–doença, bem como é conduzido o tratamento, relacionam-se dialeticamente com o modo como o homem produz a sua própria existência e como se constitui histórica e socialmente. Assim, para Mandú (1995) não é possível analisar as opiniões dos doentes, sua percepção a respeito da doença e do tratamento, apenas com adjetivos, mas como um reflexo da posição das pessoas frente ao mundo, o que inclui também seus valores relacionados ao campo da saúde, além da noção de direitos que possuem enquanto cidadãos.

Um doente relatou a dificuldade do diagnóstico médico pelos serviços de saúde. Tratava-se de uma mulher jovem, que pelas nossas observações livres, apresentava dificuldades em comunicar-se e expressar suas idéias. Segue o depoimento:

*“Eu comecei a passar mal, sentia ... procurei o médico várias vezes, né... eles passavam só “dipirona”, não conseguiam descobrir o que eu tinha, e me dava muita febre também... quando descobriram eu já estava atacada... descobriram lá no Hospital das Clínicas... e eu fiquei mais de um mês sentindo os sintomas e*

*ninguém descobriu, porque eu não tive tosse, só febre e pontada” (ent. nº 5).*

O conteúdo desse depoimento revela que o doente ao buscar a assistência à saúde refere encontrar dificuldades, pois este não é um processo fácil de ser incorporado, principalmente, quando se fala em tuberculose.

Os doentes de tuberculose, muitas vezes, são criticados pela demora em procurar os serviços de saúde, pois confundem os sinais e sintomas iniciais da doença, com outras enfermidades e acabam prorrogando a procura pela assistência, ou como no caso acima relatado, apresenta dificuldade em se comunicar, o que poderia ter acontecido durante a consulta médica. Estas, porém, podem se constituir em atitudes equivocadas dos serviços de saúde, pois, o que se verifica, via de regra, é a definição de intervenções segundo a ótica exclusivamente técnica, retirando o indivíduo doente do processo terapêutico.

A busca da assistência pode estar diretamente relacionada ao conceito de acessibilidade aos serviços de saúde, não incluindo aqui somente o aspecto geográfico, mas principalmente a disponibilidade de espaços para que o doente possa relatar o que sente, suas necessidades. Se o doente não encontra resposta para sua necessidade, procurará outros serviços até que encontre de fato a solução dessa demanda.

Bertolozzi (1998) reitera que o Estado hoje carece de um projeto político direcionado à saúde, capaz de transformar os perfis epidemiológicos



---

da coletividade. O modelo econômico neoliberal provocou o esfacelamento do setor público de atenção à saúde, e o que se tem presenciado é que nos processos de trabalho que têm lugar na produção de serviços de saúde, cada vez mais se perde de vista a finalidade maior que é a modificação desses perfis epidemiológicos. Ao invés de se consolidar uma realidade na qual os trabalhadores de saúde estejam cada vez mais comprometidos com o desenvolvimento social e com a busca da equidade, o que tem prevalecido são ações fracionadas, que se restringem ao atendimento da queixa de ordem puramente biológica, sem que outras questões possam aflorar no interior da consulta médica, ou seja, a abordagem da saúde–doença permanece consolidada no âmbito curativo.

A autora refere-se também ao fato de não se imputar a total responsabilidade neste processo aos trabalhadores, mas identificar os estrangulamentos nítidos na produção dos serviços de saúde, o que determina que de fato, a unidade de saúde acaba por não se configurar como continente às necessidades do doente. Em virtude disso, o doente passa, de certa forma, a selecionar as suas queixas, expondo o que sente em função do que potencialmente pode ter como resposta do serviço de saúde.

#### **4.3.2.2 Convivência com a doença**

A análise dos depoimentos evidenciou que a tuberculose permanece como uma doença carregada de estigma, pelo próprio doente e algumas vezes pela sociedade.

*“Eu me senti preconceituada por saber que estava com isso... é chato demais falar para os outros que estou com tuberculose. É uma palavra pesada, né? Mas graças a Deus está dando tudo certo” (ent. nº 1).*

*“Quando descobri que estava doente, achei que teria que me isolar do pessoal, para mim teria que ficar isolado, se bem que tem certa diferença, que se tomar um certo cuidado, não prejudica os outros... para as pessoas que eu falo do tratamento” (ent. nº 2).*

*“Sofro muito preconceito com esta doença... alguns amigos se afastaram de mim... ainda sofro, mas não gosto de falar.. .muitas pessoas, se souberem que a gente tem esta doença, não pegam a gente para trabalhar” (ent. nº 5).*

Claro (1995) conceitua estigma como uma condição que se relaciona a um processo de restrição do papel social do indivíduo. O estigma se apresenta com atitudes e comportamentos presentes no meio social e no próprio indivíduo, levando-o a uma condição negativamente diferenciada.

Para o autor, o estigma assume contornos variados que vão desde um afastamento sutil até a segregação total do indivíduo do ambiente em que vive.

Nos relatos, observamos que o estigma se apresenta no próprio indivíduo, que inclusive relata o seu próprio preconceito, dizendo-se “preconceituada”, ou como uma expressão relatada pelos doentes, que a sociedade os segrega.

O sentimento de isolamento, como foi relatado por um doente, mostra-se ainda vivo, no caso da tuberculose, marcada pela culpa e risco que ela representa para o meio no qual o doente está inserido.

A questão da discriminação como representação particular ou individual da doença embasa-se, historicamente, na origem eminentemente social, como também no risco biológico.

O Reino Unido, que possui características sociais distintas do Brasil, realizou um trabalho, relacionando o risco biológico da tuberculose. Na investigação que foi realizada em 1978, o risco dos contatos íntimos de pacientes com baciloscopia positiva desenvolver tuberculose ativa era de 0,3%. Os contatos foram definidos com os membros da família do caso notificado, com quem eram compartilhados alguns cômodos do domicílio, dentre os quais, a cozinha, e/ou banheiro, ou ainda parentes que visitavam freqüentemente o doente (Hussain *et al.*, 1992).

O uso de quimioterápicos para o tratamento da tuberculose vem sendo utilizado há décadas, mas ela ainda continua sendo uma doença permeada pelo preconceito e pela discriminação.

Heller (1991) coloca que o preconceito é fruto da própria integração social e que serve para consolidar e manter a estabilidade e a coesão dessa integração. Na medida em que se caracteriza por uma tomada de posição moral, destaca-se a importância do significado dos depoimentos acima mencionados, em que o doente expressa todo preconceito que sente por estar e se sentir doente, perante a sociedade.

Muniz (1999), estudando a percepção da equipe executora do tratamento supervisionado, explicita que o trabalho de orientação é conduzido no sentido de diminuir o risco de transmissão da doença na comunidade, tratando-se de um procedimento de atenção curativa, centrada na terapia, no intuito de diminuir o risco de disseminação na coletividade.

O doente de tuberculose sob TS, apesar de receber orientações pertinentes e constantes, também sofre e sente o preconceito em relação à doença, sendo que muitas vezes não consegue expressar estas questões. Os profissionais envolvidos nesta modalidade de assistência deveriam estar atentos e avaliarem as repercussões das orientações no dia-a-dia da pessoa, pois para ela, somente este enfoque pode representar um reforço no preconceito e estigmatização ainda maior que o experimentado pelo doente.

Para Perini (1998), o equilíbrio entre informação e desinformação sobre a doença, a transmissão, o tratamento e cura fica sugerido como caminho, para a compreensão desse contexto e como centro das ações concretas que os órgãos de saúde podem e devem implementar.

O medo representa outra percepção do doente de tuberculose sob TS.

*“Eu fiquei horrorizada com isto, nunca tinha ouvido falar nisso, para mim era bicho de sete cabeças... fiquei com muito medo.. .mas aí o médico fez o exame e me acalmou, e ele me passou para fazer tratamento aqui” (ent. nº 1).*

*“Acho muito triste a convivência com a doença, eu choro direto, sinto dor... sei que é uma doença que tem cura, como qualquer outra... mas a cabeça da gente mata, a tuberculose faz com que a pessoa se mate, pensando... só de medo de se ter uma criança pequena, e ser uma doença contagiosa, que você pode passar para ela... é muito triste... mas tem cura, né?” (ent. nº 3).*

*“Essa doença na minha vida é muito ruim. Tanto na minha, como para todos. Essa doença, ela mata aos poucos.. .eu bebo sabe, aí vai chegando um ponto que você fica esperando a morte” (ent. nº 4).*

Os depoimentos dos doentes sob TS demonstram a dificuldade de conviver com a doença, e aliado a esta, o medo, que não se limita apenas ao risco de transmitir a doença, um risco que é percebido pelo próprio doente e que o leva muitas vezes a isolar-se. O medo também é expresso na expectativa do sofrimento e da morte, um sofrimento que se estende, às

vezes, às pessoas de seu universo, como no caso de um doente, a família e os filhos.

A doença traz à tona uma série de sentimentos durante o período que vai da descoberta, passando pelo tratamento até a cura. Normalmente, são sentimentos diretamente relacionados às repercussões da enfermidade sobre o processo de produção social, e tudo o que dele pode advir. Não se referem, apenas ao fato de estarem doentes e na vivência da doença, como um processo individual, mas que a enfermidade pode vir a determinar rupturas nas condições de existência.

O conhecimento/desconhecimento da doença revela-se como um empecilho na vida diária de todos os doentes relacionados neste estudo, está permeado de tabus e informações errôneas a respeito do ciclo biológico da doença, dificultando assim, a adaptação dos doentes TS à sociedade, para que tenham uma melhor qualidade de vida.

“Eu não conhecia essa doença... nunca tinha ouvido falar... nem sei como pega... o único cuidado que o médico me revelou, foi, de não beber água no mesmo copo que os outros bebem. O resto, disse, que não passava para ninguém a minha doença, não sei o nome que ele falou, que a minha doença não passava para ninguém, não tinha perigo” (ent. nº 1).

“Não sei explicar, porque eu peguei essa tuberculose, não sei se veio do ar, ou se foi da falta de alimentação,

sinceramente não sei explicar o motivo...acho que pega através do ar, vento, poeira, essas coisas, mas não tenho certeza não" (ent. nº 2).

"Quem tem essa doença, precisa ter tudo separadinho... tenho que ter meu copo, meu, minha coisas, até roupa, tudo conforme o pedido... com isso a pessoa evitaria a transmissão para os outros. Na medida do possível não exagero, eu adoro sorvete, mas não posso tomar, não tomo, não pode tomar banho frio, assim estou me poupando para que eu melhore, e não piore" (ent. nº 3).

"A doença pega, quando você toma água no mesmo copo... porque se você trabalha na roça, onde todo mundo toma no mesmo copo, e você não sabe que está doente, passa a doença para outros... não chegar perto de mim que a doença transmite" (ent. nº 4).

"Não sei como se pega essa doença, e nem o que fazer para não passar para outra pessoa" (ent. nº 5).

"Para não passar esta doença para os outros, é preciso não ficar muito perto dos outros, não sentar no vaso sanitário, não ficar conversando muito perto um do outro... a gente deve evitar friagem, tomar gelado, bebida alcoólica, cigarro também faz mal... se

alimentar bem é importante... eu pequei esta doença através da bebida e da falta de alimentação" (ent. nº 6).

É interessante notar, nos depoimentos, que, para alguns doentes, a tuberculose permanece como uma doença desconhecida, tanto no que se refere ao seu modo de transmissão, como quanto à sua evolução, e principalmente noções errôneas a respeito do contágio e disseminação.

O uso de objetos separados dos demais membros da família, pelo doente, evidencia um equívoco, ainda presente, preconizado por alguns profissionais de saúde que parecem desconhecer a abolição deste tipo de medidas. Jonhston & Wildrick (1974) relatam evidências de que duas semanas de quimioterapia continuada determinam uma diminuição muito acentuada da transmissão da doença.

A ausência de fundamentos para a adoção de medidas de não-disseminação da doença somente contribue para aprofundar o sentimento de preconceito que permeia a doença, além de não concorrer para o seu controle efetivo.

Seria importante destacar que, de alguma maneira, o doente é orientado a respeito da doença, da transmissão, de como evitar/diminuir o contágio ou mesmo, traz uma bagagem anterior de conhecimento a respeito. O que se observa na prática com os serviços de saúde, neste aspecto, é que o doente nem sempre está pronto para receber informações sobre a doença, e este fato, é algo que não se expressa de forma homogênea para todas as pessoas. Há alguns que não desejam obter informações a respeito da



doença, outros trazem conceitos distorcidos ou errôneos ou mesmo preconceituosos, e reverter esta situação não é algo que possa ser considerado um processo fácil de ser resolvido.

O que se espera dos serviços de saúde, é que estes realizem um trabalho educativo que, ainda que não traduza num primeiro momento um sentido evidente, possa articular-se ao modo de vida dos sujeitos e que, por conta dessa rede, resultem na produção de significados sobre a saúde e a doença, no entendimento sobre o próprio organismo, constituindo-se em um elemento capaz de definir a necessidade da busca de assistência (Bertolozzi, 1999).

As ações educativas adotadas na atualidade demonstram que a concepção de educação em saúde, voltada para educação individual e do ambiente, ainda se faz muito presente no modelo de saúde vigente, comportamento ainda que em âmbito restrito. Porém, não é um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas dos seus problemas e, ao mesmo tempo, de criar uma prontidão para atuar no sentido de mudanças (Mendonça, 1987).

Os profissionais de saúde que realizam o tratamento supervisionado realizam orientações, nos moldes da “educação sanitária”, centrada no ciclo biológico da doença, na tentativa de mudar o comportamento dos doentes, enfocando aspectos relativos à doença, hábitos de vida, de higiene do indivíduo, da moradia, do ambiente, visando principalmente a bloquear a doença e garantir a adesão ao tratamento

---

medicamentoso. Consideram, mesmo que de forma simplificada, a totalidade de vida dos doentes e da coletividade na qual estão inseridos.

Em sua pesquisa Muniz (1999) verificou que a orientação da equipe responsável pelo tratamento supervisionado é norteada pelo saber médico, centrado no modelo clínico, onde o processo saúde–doença, é tido como um fenômeno individual.

Campos (1992) coloca como inadiável a superação dessas perspectivas. Primeiro, incorporando aos procedimentos terapêuticos habituais o intercâmbio de saberes sobre a história da doença e da saúde. Não só porque, eticamente, é um direito do paciente o acesso a qualquer informação sobre seu corpo, mente, doença, alternativas terapêuticas, etc., mas também porque esse autoconhecimento amplia a eficácia da cura.

Para o autor, essa diretriz objetivaria ampliar a autonomia dos doentes, dos grupos, da coletividade, reforçando a sua condição de sujeitos sociais, capazes de se autocuidar e de cobrar das instituições o atendimento às suas necessidades.

Durante nossa convivência com a equipe responsável pelo tratamento supervisionado, na observação livre, notamos que as informações estão sendo repassadas, mas o que se nota é que o processo de transmissão não tem sido satisfatório e eficiente para o conjunto dessas pessoas, existindo também a certeza de que estar informado não significa garantia de mudanças de atitudes, pelo doente ou pessoas da sua convivência.

Nesse sentido, seria importante que os profissionais de saúde estivessem preparados para compreender essa situação e esse processo relacionado à educação, de maneira a intervir de forma ampla e efetiva em todos os momentos do tratamento.

A tuberculose, por desconhecimento ou mesmo preconceito do próprio doente, pode gerar o desejo e/ou afastamento físico dos familiares, como o sentimento expresso de internação, relatados pela doente:

*“Para mim é difícil... eu não gostaria de ser internada não, porque não tenho quem cuide dos meus filhos, mas eu acho que o ideal para uma doença contagiosa era o afastamento. Falo por experiência porque é a segunda vez que faço tratamento... então eu acho que uma doença deste tipo , que tem perigo de contagiar outra pessoa, para não ter este risco, o melhor seria a internação. Eu não gostaria não, mas como doente, no meu ponto vista eu acho que deveria, para não contagiar outra pessoa” (ent. nº 3).*

Essa questão é muito ampla, individual, mas às vezes não questionada pelos serviços de saúde que argumentam, muitas vezes, que não seria objeto de sua prática estar lidando com essas situações.

Em seus estudos, Bertolozzi (1998) encontrou o mesmo relato, como esse apresentado nesta pesquisa, e pondera que apesar de tantos anos decorridos, tanto da descoberta do agente etiológico causador da

---

doença, como das drogas para o seu controle, e mesmo do uso da vacina, ainda se faz presente a questão relativa ao isolamento que pode trazer a doença e que é pouco trabalhado na assistência à saúde. Não é possível assim, banalizar a doença sob a alegação de que acompanha a humanidade desde os tempos antigos, ou porque é passível de cura, mas pelo próprio fato de ser a tuberculose doença de cunho eminentemente social, há que se buscar compreender esses processos, desvelando-os e amparando as necessidades dos doentes e da coletividade que, como pode ser visto, vão além das fronteiras que tradicionalmente a clínica tem colocado, mas referem-se à noção de contagiosidade, de afastamento, de isolamento, de discriminação, uma vez que esses conceitos são verbalizados pelos depoentes, mas muitas vezes permanecendo intocados pelos profissionais de saúde.

Para Perini (1998) deve-se estabelecer, com clareza e segurança, que um doente de tuberculose não precisa ter sua vida transformada em algo improdutivo e isolado do mundo social, podendo conviver em seu ambiente, tomando cuidados simples e se tratando adequadamente. E mais, que isso não significa a inexistência pura e simples do risco de contágio. Para o doente, o diagnóstico e tratamento representam a chance de reduzir rapidamente o risco de transmissão a uma probabilidade quase nula. E por tudo isso, a hospitalização só se justifica em casos graves, que em geral denunciam essas condições sociais favoráveis ao desenvolvimento da doença, ou aqueles com situações de extrema dificuldade de realização do tratamento no ambiente doméstico.

A imagem do hospital como solução para o tratamento e o contágio, neste caso relatado, pode estar trazendo a imagem da angústia e do medo e da própria impotência diante de algo que não se resolveu adequadamente. Para Perini (1998), ela é banal, ela é tratável, mas ela permanece transformando pessoas em “tuberculosos”.

A mesma doente relata também sentir-se culpada pela doença que a atinge, mostrando-se inconformada diante da realidade que se mostra, pois mesmo sendo “disciplinada” para com o tratamento, é acometida novamente pela tuberculose.

*“É difícil para mim depender deste tratamento novamente, fico muito chateada interiormente... só que preferia não estar doente... então eu fico pensando: porque voltou, onde errei? O que eu fiz de exagero para isto voltar novamente? Por que eu tomei os mesmos medicamentos, se bem, que sobrou algumas cartelas, mas eu me esforcei” (ent. nº 3).*

Esses relatos evidenciam um sentimento de frustração e decepção, na medida em que, mesmo buscando seguir os comportamentos tidos com normais, disciplinados ou regulares, de certa forma impostos pela sociedade, assim mesmo o organismo é “castigado pela doença”, ou esta pode voltar a acometer o indivíduo, como é caso dessa doente.

Bertolozzi (1999) argumenta que, ao revelar-se a tuberculose como “ordenadora” da vida, ela teria um sentido de reconstituir a existência com base no que a sociedade imprime como disciplina e moral.

O doente nesta situação reproduz o que Crawford (1980) coloca como ideologia da saúde como um bem que se obtém a partir da adoção de determinadas atitudes–comportamentos tomados pelo sujeito em particular. Os doentes não colocam em relevo a raiz do aparecimento da tuberculose, mas põem em evidência o caráter individual e moral que permeiam a enfermidade.

Durante as observações livres, conversando com a mesma doente, notamos que ela apresentava uma tendência à depressão, que posteriormente durante a entrevista foi relatada, como tentativa de suicídio durante o tratamento anterior da doença.

*“Da outra vez que fiz tratamento, fiquei bem ruim, não tive muito apoio da família na época, por isso é que falo que a família é importante. Eu tinha minha mãe que me dava apoio, mas eu achava que ia passar a doença para eles, que a doença não tinha cura... então peguei uma cordinha e tentei me matar... mas depois fiz tratamento com psiquiatra, acompanhamento e a partir daí fui melhorando... por isso falo que a tuberculose é uma doença que mexe com a cabeça da pessoa, se a pessoa não estiver bem estruturada com*

*amigos, família, se a família não der apoio, a pessoa faz besteiras” (ent. nº 3).*

O doente de tuberculose sob TS apresenta-se como um indivíduo particularmente singular. Conforme pode ser visto em uma série de dados da literatura, os maiores problemas relacionados ao abandono da tuberculose, portanto os doentes selecionados para o tratamento supervisionado parecem estar relacionados àqueles que têm sido taxados por uma série de atributos como os alcoolistas, os sem-teto, e os doentes mentais, ou com algum distúrbio psiquiátrico leve, como a depressão, que muitas vezes, nem é diagnosticado pelos serviços de saúde.

É fundamental refletir que todas essas características são de fato “anormalidades” da sociedade atual, que se constituem como fruto da própria forma como está estruturada a sociedade, na qual uma parcela da população crescente, tem sido colocada à margem.

As equipes que realizam o TS deveriam estar atentas a esta questão, como uma base constituída a acolher estas necessidades singulares do doente de tuberculose que procuram os serviços. Trata-se, pois, de resgatar a singularidade, entendendo que está circunscrita à totalidade.

#### **4.3.2.3 As repercussões do tratamento supervisionado na vida do doente**

Destacam-se para alguns doentes as repercussões sobre o trabalho, na medida em que a doença determina o afastamento ou a

interrupção das atividades de trabalho, bem como impede ou diminui a capacidade para o desenvolvimento normal de atividades do cotidiano, pela mudança do ritmo da vida, enfim na ruptura na vida antes e após a doença.

*“O meu maior problema, é que durante o tratamento da doença eu fiquei parado, aí não ganhei dinheiro nenhum, não tive condições de trabalhar, a única vantagem é que eu estava me tratando” (ent. nº 2).*

*“Tenho vontade de ir embora daqui, porque estou vendo minha família em dificuldade... antes ficava longe e não percebia essa dificuldade... quando vinha visitá-los, trazia o que precisavam, e nunca faltou nada...hoje estou perto deles, vendo que estão passando necessidade e eu sem poder fazer nada... pois aqui internado eu não posso trabalhar” (ent. nº 4).*

*“Durante o tratamento eu só ficava deitado, amuado, não tinha forças para trabalhar... agora que estou curado, as coisas aqui em casa até mudaram, porque eu já estou trabalhando e ajudando minha família” (ent. nº 6).*

Os relatos anteriores revelaram facetas que se referem ao âmbito restrito do indivíduo doente, da família ou dos responsáveis pelo TS. Mas a tuberculose, sendo uma doença marcadamente social, não se pode



---

desvincular da análise das causas e efeitos que são produzidos junto ao coletivo. Tal análise deve estar orientada para a relação indivíduo-coletivo uma vez que todos os fenômenos que incidem sobre os sujeitos particulares estão diretamente articulados à coletividade, com implicações na esferas da produção e da reprodução social.

Um elemento importante na análise dos depoimentos evidencia que o referencial para a saúde é o trabalho, representado pela capacidade de poder desenvolver as atividades para a manutenção e reprodução social, enquanto a doença seria justamente o contrário, ou seja, a suspensão ou paralisação desse processo devido à emergência dos sinais e sintomas.

Bertolozzi (1998) ressalta que o conjunto de sinais e sintomas conformam para o doente uma entidade – a doença – que provoca a evidenciação de sentimentos “negativos”, não se referindo ao fato de apresentar-se doente, mas das repercussões que isto pode vir a ter no âmbito do trabalho, o que significaria a potencial paralisação das atividades. O trabalho para o doente adquire, portanto, um significado ainda mais amplo e profundo do que perceber-se acometido pela doença. Nesse momento, não importa o corpo em particular, mas a limitação que pode advir da doença no desempenho para o trabalho, que é justificado no âmbito do capitalismo, na medida em que o corpo humano tem um significado social como força de trabalho.

Dos doentes de tuberculose sob TS, quatro estavam desempregados. Como já foi relatado anteriormente, eram trabalhadores

autônomos, a maioria diarista, sem emprego fixo, portanto sem carteira de trabalho assinada, não recebendo qualquer ajuda financeira do INSS.

A situação acima descrita coloca estes indivíduos em uma dependência total da família ou de instituições que albergam doentes. É importante apontar que principalmente para esses sujeitos, o trabalho assume *status* de referência, na medida em que representa o uso do corpo, tanto para a produção como para a reprodução social, ou seja, para a manutenção do cotidiano.

Segundo Heller (1991) o trabalho é necessário para a reprodução social, já que em torno dele estão organizadas as atividades da vida cotidiana. Além disso, o objetivo do trabalho é produzir direta ou indiretamente, valor de uso, isto é, meios e objetos para a satisfação das necessidades de consumo e produção. Destaca que o movimento na vida cotidiana se dá segundo regulações ou ordens constituídas pelos sistemas sociais gerais ou particulares que fixam determinadas formas de ação e, em certa medida, o ritmo da vida. Assim, o regulador de fundamento da vida não é o uso, mas o lugar ocupado pelo indivíduo na divisão social do trabalho.

O homem tem necessidade de garantir os meios necessários para sua sobrevivência, e esse fato é relatado pelos doentes, não somente nos depoimentos, mas também durante as observações livres tivemos a oportunidade de conversar sobre tais questões. A garantia da sobrevivência se dá através do trabalho, é a partir dele, que o homem estabelece relações sociais com outros homens, possibilitando a convivência coletiva. Essas relações sociais de produção para Heller (1991), por sua vez, geram

possibilidades de troca e espaços para compartilhar desejo e projetos entre os homens. Na medida em que a doença obstaculiza o desenvolvimento do trabalho, rompem-se as possibilidades para que estas últimas se efetivem, o que explicitaria, portanto, os processos e os sentimentos que se produzem no imaginário dos doentes, em função da enfermidade.

Esses fatos podem ser observados no relato de um doente, a respeito de sonhos sobre o futuro.

*“O que sinto neste momento, agora que estou melhor, é tocar minha vida independente da minha irmã e meu cunhado que me acolheram e estão me ajudando até o momento, porque já fizeram o suficiente por mim...gostaria de deixá-los em paz... eu gostaria de ter uma vida particular, sozinho. Se possível gostaria de arrumar uma outra companheira... mas ela teria que ter o mesmo problema meu (AIDS), para eu não ter que mentir para ela. Vou tentar mexer com estes papéis para ver se fico um pouco independente (aposentadoria)... é assim que eu penso, e trabalhando normal o que eu posso trabalhar, vou trabalhar...” (ent. nº 2).*

Nesse sentido, é importante observar que para o doente existe uma meta a seguir, que seria concluir o tratamento, o qual parece ser materializado por um projeto de vida ou verdadeiramente uma necessidade

projetada para superação da vivência da doença e do tratamento. Parece que o fato de submeter-se ao tratamento depende da existência de um projeto, uma meta, para que o mesmo, a partir da cura, vislumbre o futuro.

Assim, a opção pela adesão, o término do tratamento, apresenta-se como uma alternativa para a reabilitação do corpo com a finalidade de mantê-lo ativo no processo de produção e reprodução social, devendo-se levar em conta o fato de que o sujeito perceberá esta necessidade na medida em que ocupe um determinado lugar na sociedade, mais especificamente no processo de produção.

O doente, estando fora do processo de produção, desenvolverá outra forma de se relacionar com a sociedade, onde a maior motivação deixa de ser os seus projetos e metas para o futuro.

Para Bertolozzi (1998), a exclusão social leva a um processo e alijamento também da particularidade, ou seja, da concretização do eu na sociedade. Os grupos que se encontram à margem da produção, os quais em geral constituem-se na população mais exposta aos riscos de contrair a tuberculose e que também, via de regra, encontram maiores dificuldades em aderir ao tratamento, são aqueles que a sociedade discrimina e exclui. Na medida que essas pessoas se encontram, à margem do processo de produção, podem perder a sorte de direitos inerentes ao ser cidadão, a perspectiva de tomar como necessidade a manutenção do seu corpo.

É necessário, neste sentido, um movimento de reinserção desses doentes na sociedade. A discussão remete à exigência de intervenções profundas a partir do Estado, uma vez que a esta esfera cabe a reinserção

dessas pessoas no ambiente social, não se tratando apenas de uma questão de iniciativa própria, dos serviços de saúde ou da força de vontade que dependa unicamente do indivíduo.

Para Chauí (1984) trata-se de compatibilizar Estado/Democracia/Equidade, exigindo a construção de um projeto social, articulando economia política, dimensões socioculturais e a própria dimensão política em um arranjo que traduza a democracia como valor universal garantido. Tarefa nada fácil, segundo a autora, pois implica a necessidade de reafirmação dos direitos de cidadania, como um processo de conquista, com consolidação social e política na criação de espaços sociais de luta e de instituições permanentes de expressão política.

**O** TS na percepção do doente de tuberculose, enquanto estratégia de controle da doença, é apresentado nos depoimentos através de duas vertentes articuladas e interdependentes: uma se refere às ações relacionadas à organização do trabalho da equipe, e outra à singularidade e as dificuldades do doente sob tratamento supervisionado.

O TS se apresenta para o doente como um apoio importante na adesão ao tratamento. Constatou-se através da análise dos dados que o doente reconhece a necessidade do tratamento correto e completo para chegar à cura. Os seguimentos das ordens médicas e orientações se constituem como o principal elemento do tratamento.

A segunda vertente, ainda articulada à primeira, possui um enfoque da ação terapêutica na ingestão da medicação como garantia da cura, centrada no ciclo biológico da doença, em que o tratamento é assumido pelo doente resignadamente, como uma necessidade imperiosa, sem alternativa, evidenciando a sua submissão a uma situação que somente a terapêutica é capaz de mudar.

Trata-se, pois, de entender que a tuberculose é um produto social e que está relacionado à qualidade de vida e às oportunidades de acesso ao trabalho. Os serviços de saúde necessitam urgentemente enfrentar o desafio de entender esse enfoque, com um novo olhar, principalmente no que diz

respeito à organização dos serviços. O TS surge com esse propósito, e pelo que se evidenciou nesta pesquisa, tem destacado pontos que o fortalecem.

O TS é capaz de estabelecer relações de vínculo, acolhimento e responsabilidade do doente para com o tratamento e com a equipe de saúde responsável pelo tratamento. Podemos constatar que alguns benefícios do TS, tais como, o oferecimento gratuito da medicação; disponibilidade de outras formas de incentivo, como a suplementação alimentar através do fornecimento de cesta básica mensal e um litro de leite semanal, o vale-transporte; aliados à organização do processo de assistência de forma mais flexível, incluindo a visita domiciliar, favorecem o estabelecimento de vínculo, permitindo uma maior aproximação dos trabalhadores de saúde junto aos doentes de tuberculose e suas famílias. Esses pontos apresentados foram agrupados segundo a percepção dos doentes como fortalezas no processo da adesão ao tratamento.

Algumas debilidades do TS também são percebidas por alguns doentes, tanto no enfoque da ação terapêutica: a fiscalização na tomada da medicação, quanto nos aspectos organizacionais, envolvendo disponibilidade de recursos humanos e viatura para a supervisão, acarretando ao doente ficar na dependência do horário da visita para ingerir a medicação.

A família e a equipe de saúde responsável pelo TS se apresentam como importante apoio ao doente durante o tratamento. O doente de tuberculose sob TS reconhece o envolvimento dos atores sociais como fator

de adesão ao tratamento: a família e a equipe de saúde representada principalmente pela visitadora sanitária.

O respaldo no âmbito familiar e a maneira como se organiza o TS, principalmente em relação ao trabalho desenvolvido pela visitadora sanitária, permitem a construção de espaços, onde o doente pode compartilhar e enfrentar as dificuldades inerentes ao processo de adoecimento.

O TS está permeado por uma assistência que contempla as necessidades dos doentes, acolhendo também outras queixas, que não somente as de ordem biológica, possibilitando a interlocução entre o trabalhador de saúde e o doente. A organização do trabalho assim realizada aborda as necessidades que advêm da forma de vida e inserção social, atuando como um elemento na adesão ao tratamento, como uma questão que vai além dos limites relativos às atitudes e comportamentos de cada doente. Ele é resultante da situação de saúde da população, e é determinado por fatores estruturais socioambientais, políticos e econômicos.

O TS, como estratégia de intervenção, principalmente para este grupo de doentes que apresentava critérios de risco para o abandono do tratamento, em decorrência da precária inserção na sociedade, revelou-se como uma prática com potencialidades para transformar a atenção ao paciente de tuberculose.

A percepção dos doentes permitiu compreender as singularidades frente à sua posição na sociedade, seus problemas e dificuldades diante do TS. Evidenciam que a tuberculose permanece como uma doença carregada de estigma, pelo próprio doente e algumas



---

vezes pela sociedade; o medo de conviver com a doença, como fator de risco na transmissão para a família, representa outra percepção do doente de tuberculose sob TS. O conhecimento/desconhecimento da doença revela-se como um empecilho na vida diária de todos os doentes relacionados neste estudo e está permeado de tabus e informações errôneas a respeito do ciclo biológico da doença, dificultando, assim, a adaptação dos doentes de TS à sociedade, para que tenham uma melhor qualidade de vida.

O TS é descrito como elemento que interfere na atividade ocupacional, na medida em que a doença determina o afastamento ou a interrupção das atividades de trabalho, bem como impede ou diminui a capacidade para o desenvolvimento normal de atividades do cotidiano, traz uma mudança do ritmo de vida, enfim uma ruptura de atividades executadas antes e após a doença.

Para o doente, existe uma meta a seguir que seria concluir o tratamento, o qual parece ser materializado por um projeto de vida ou verdadeiramente uma necessidade projetada para superação da vivência da doença e do tratamento. Parece que o fato de submeter-se ao tratamento depende da existência de um projeto, uma meta, para que o mesmo, a partir da cura, vislumbre o futuro.

A partir dos achados que o presente estudo revelou, é necessário considerar que o TS da tuberculose deve ser analisado de forma mais global, levando em consideração o doente, reconhecendo suas

---

singularidades, necessidades e problemas, a sua posição e relação com a sociedade.

Trata-se, pois, de entender em uma visão mais ampla os aspectos relacionados à desproteção da vida e ao sofrimento humano, gerando demandas potenciais e reais por ações de saúde. Aliado a esses, surge a necessidade de se articularem ações, envolvendo particularmente esses grupos sociais e a coletividade.

As ações relacionadas à organização do trabalho da equipe responsável pelo tratamento supervisionado poderiam estar mais voltadas para o desenvolvimento de práticas que contribuam para sua emancipação como cidadão frente às necessidades dos doentes e famílias. As ações educativas, desenvolvidas pela equipe responsável pelo TS, necessitam com urgência de novas reformulações, pois os doentes e os familiares precisam ocupar um espaço, enquanto agentes ativos no processo. Para tal é necessário organizar o trabalho em saúde contemplando um conjunto de ações que inclui a Consulta Médica, o Atendimento de Enfermagem, a Pré e Pós-consulta, a Visita Domiciliária, e Grupos Educativos, incluindo doentes e familiares, no sentido de oferecer instrumentos e meios que possibilitem a compreensão do processo de adoecer e o tratamento, a fim de superar etapas vulneráveis do doente, durante o processo terapêutico.

Entendemos que essa análise não termina aqui, ela representa apenas o ponto de partida para outras investigações que abordem a complexidade do paciente e a terapêutica da tuberculose.

Sugerimos que sejam abordados, em futuras investigações, temas que avaliem a necessidade das equipes e doentes em relação ao TS no controle da tuberculose, através do enfoque da estrutura dos serviços, do processo de trabalho em saúde e da relação dos profissionais com os usuários, e que seja contemplada a articulação com outros setores da sociedade, a fim de estabelecer uma rede de apoio social que possibilite o encaminhamento do doente/família em situações de crise emocional, econômica, familiar, entre outras.

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO****Nome da pesquisa:**

O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em de Ribeirão Preto sob a percepção do doente.

**Pesquisador responsável:** Silvia Helena Figueiredo Vendramini

**Informações sobre a pesquisa:**

Estamos realizando um estudo sobre os aspectos que influenciam na promoção, prevenção e controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância em Saúde e o trabalho de Enfermagem e, para isso, solicitamos a sua colaboração respondendo a algumas questões sobre este assunto. O objetivo desta pesquisa é conhecer a adesão do paciente ao tratamento supervisionado da tuberculose, a participação da família e outros setores. A sua participação é também muito importante, pois você estará contribuindo para que possamos melhor orientar os pacientes e familiares sobre a promoção, prevenção e controle da tuberculose.

---

Pesquisador responsável

Sou mestranda do Curso de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP e estou realizando uma pesquisa para avaliar os aspectos que influenciam nas ações de promoção, controle e tratamento da tuberculose no município de RP . Para isso, farei uma entrevista com o paciente inscrito no programa, seus contactantes e familiares, e preciso do seu consentimento por escrito, autorizando sua participação.

Garantimos manter o caráter confidencial das informações obtidas e a não-identificação dos participantes na pesquisa.

Certa de estar contribuindo com o conhecimento nesta área para a melhoria do nível de saúde da população, conto com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

*Silvia Helena Figueiredo Vendramini*

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

**Assinatura do responsável:** \_\_\_\_\_

**ANEXO I****1ª PARTE****Formulário para realização da entrevista****Paciente**

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Término: \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nº da \_\_\_\_\_

entrevista:

Registro na UBS (nº Hyggia): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Tempo de moradia no local \_\_\_\_\_

atual:

Você freqüentou escola? ( ) sim ( ) não

Se sim, até que \_\_\_\_\_

série?

Se não, sabe ler e escrever? ( ) sim ( ) não

Estado \_\_\_\_\_

civil:

Com quem você \_\_\_\_\_

mora?

Você tem filhos? ( ) Sim ( ) Não

Quantos? \_\_\_\_\_

## 2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Você trabalha? ( ) Sim ( ) Não

Onde você \_\_\_\_\_  
trabalha?

Quantas horas por \_\_\_\_\_  
dia?

Você tem carteira de trabalho assinada? ( ) Sim ( ) Não

Você precisou estudar ou fazer algum curso para poder fazer seu trabalho?

( ) Sim ( ) Não

Há quanto \_\_\_\_\_  
tempo:

( ) Desempregado Como se sustenta? ( ) Aposentado

Quanto você recebe por seu trabalho?

( ) menos de 1 sm ( ) até 1 sm ( ) até 2 sm ( ) até 3 sm ( ) mais de 3 sm

Quantos membros de sua família \_\_\_\_\_  
trabalham?

Em que \_\_\_\_\_  
trabalham?

Qual a renda de toda sua família?

( ) menos de 1 sm ( ) até 1 sm ( ) até 2 sm ( ) até 3 sm ( ) mais de 3 sm ( )

Recebe ajuda (parcerias)? ( ) Sim ( ) Não

Que \_\_\_\_\_  
tipo?

Origem: Programa ( ) Filantrópica ( )  
Particular ( ) Outra ( ) Especificar

A sua casa é: ( ) própria  
( ) alugada  
( ) financiada  
( ) cedida  
( ) outro  
( ) alvenaria  
( ) madeira  
( ) barraco  
( ) outro

( ) 1 cômodo ( ) 2 cômodos ( ) 3 cômodos ( ) mais de 3 cômodos

Ventilação: ( ) boa ( ) satisfatória ( ) precária

---

Observações:

Higiene:        ( ) boa    ( ) satisfatória        ( ) precária

---

Observações:

Conservação da moradia: ( ) boa ( ) satisfatória ( ) precária

---

Observações:

Que benefícios tem a sua casa?

( ) rede elétrica ( ) asfalto ( ) água encanada ( ) filtro ( ) coleta de lixo

( ) vezes por semana ( ) rede de esgoto ( ) fossa ( ) esgoto a céu aberto

Que grupos comunitários existem no seu \_\_\_\_\_  
bairro?

Você participa de algum grupo em sua comunidade?

( ) Não        ( ) Sim

Por que não \_\_\_\_\_  
participa?

( ) Às vezes

( ) Sim. Quais grupos?

## ANEXO II

### 2ª PARTE

#### ROTEIRO DA ENTREVISTA

**Como é conviver com a doença tuberculose?**

\_\_\_\_\_ R:

**O que julga necessário para minimizar o risco de contrair a doença?**

\_\_\_\_\_ R:



O que julga necessário para minimizar a transmissão de sua doença para outras pessoas?

\_\_\_\_\_ R:

O que julga necessário para ajudar no seu tratamento?

\_\_\_\_\_ R:

Quais são os motivos que o levam a procurar e ser seguido pelo Programa?

\_\_\_\_\_ R:

Quais são as facilidades e as dificuldades em ser seguido pelo Programa?

\_\_\_\_\_ R:

O que acha deste tipo de tratamento domiciliar todos os dias da semana, de uma pessoa entrar em sua casa? Como vê o tratamento supervisionado?

\_\_\_\_\_ R:

Quem é a pessoa que mais se responsabiliza pelo tratamento aqui?

\_\_\_\_\_ R:

Acha que o tratamento leva à cura?

\_\_\_\_\_ R:

Qual é a responsabilidade da equipe no tratamento?

\_\_\_\_\_ R:

**Como é depender do tratamento?**

\_\_\_\_\_ R:

O que é família?

\_\_\_\_\_ R:

Qual é a responsabilidade da família no tratamento?

\_\_\_\_\_ R

A quem compete o seu cuidado ?

\_\_\_\_\_ R:

A convivência familiar mudou em algum aspecto após a doença?

\_\_\_\_\_ R:

Acha que algum outro tipo de ajuda possa vir a colaborar para melhoria da convivência familiar?

\_\_\_\_\_ R:

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador de RG:-----, abaixo assinado, tendo recebido as  
informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados,  
concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do  
questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me  
em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o  
absoluto sigilo das informações obtidas.

A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da  
informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum  
prejuízo individual ou coletivo.

A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira  
durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não  
causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral  
e ético ao entrevistado.

A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da  
pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que haverá  
ampla divulgação dos resultados finais nos meios de comunicação e nos  
órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente  
para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores,  
podendo ser requisitado pelo entrevistado a todo momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Assinatura do responsável

AKERMAN, M. Metodologia de construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersetorial. In: BARATA, R. B. (Org.) Condições de vida e situação de saúde. **Saúde e Movimento**, 1997. v. 4. Rio de Janeiro. ABRASCO, p.95-113.

ALMEIDA, A. S. **De moléstia do trabalho a doença profissional: contribuição ao estudo das doenças do trabalho no Brasil**. 1994. Dissertação (Mestrado), Niterói. Universidade. Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **Informação e documentação**: referências, elaboração: NBR 6023/2000. Rio de Janeiro: ABNT, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ananéri no “País do Futuro”: a aventura da luta contra a tuberculose**. 1992. Tese(Doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BARROS, R.P. de; CAMARGO, J.M. Em busca dos determinantes do nível de bem-estar social na América Latina. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, 1993, dez. v. 23, n.3.

**BARROS, R.P. de; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. O combate à pobreza no Brasil: dilemas entre política de crescimento e políticas de redução da desigualdade. In: SEMINÁRIO DESIGUALDADE E POBREZA NO BRASIL, ago. 1999, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.**

BARROS, R.P. de; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, 2000. Fev. v. 15, n. 42.

**BARNHOORN, F.; ANDRIANSE, H. Search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Warha District. *Social Science and Medicine, India, 1992. v.34, p. 291-306,***

BASTOS, A. C. S.; TRAD, L. A. B. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para investigação em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, 1998 v.3, n.1, p. 106-15.

BERTOLOZZI, M. R. **Adesão ao programa de controle da tuberculose no distrito sanitário do Butantã.** 1998. 211 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo.

BETHLEM, N. **Tuberculose:** importância do problema para o mundo e o Brasil. Disponível em: <http://www.nib.unicamp.br/sbpt/>. Acesso em: 19 maio 1998.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência:** estudos de política social. 1.ed. São Paulo: CEBES – HUCITEC, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas para o controle, da tuberculose.** 4.ed. Brasília, 1993. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da tuberculose:** diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Pneumologia Sanitária. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. **Manual de normas para o programa de tuberculose.** 3.ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano nacional de controle da tuberculose.** Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília: dez. 2000.

BRUCE, L.; DAVIDSON, M. D. Comparação controlada de terapia diretamente observada vs terapia auto administrada para tuberculose ativa nas áreas urbanas do Estados Unidos. **PLE CHEST**. 1999. mar./abr. v. 1, n.2, p.72-6.

BRÓLIO, R.; LIMA FILHO, T. M. Tuberculose Pulmonar. In: VERONEZI, R. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976. cap. 39, p. 317-20

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica da contribuições da saúde coletiva e a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.113-124.

CAMPOS, H. S. Tuberculose: um perigo real e crescente. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.70, n.5, maio,1996, p.73-105.

CAMPOS, M. L .C. *et al.* Tuberculose. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 57, n. 6, p.505-518, jul. 2000, p.505-14.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA R. B. (Org.). Condições de vida e situação de saúde. **Saúde e Movimento**, 1997. v.4. ABRASCO, Rio de Janeiro, p.31-75.

CHAUK, C. P; KAZANDJIAN, V. A. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis. **Journal of American Medical Association**, v.279, n.12, p.943-948.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**. São Paulo: Moderna, 1994.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase**: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

COHN, A. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA R. B. (Org.) Condições de vida e situação de saúde. **Saúde e Movimento**, 1997 v.4. ABRASCO, Rio de Janeiro, p.77-93.

CONRAD, P. The meaning of medications: Another look at compliance. **Social Science and Medicine**, 1985. v. 20, p. 29-37.

COSTA, J. D. *et al.* Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2. abr./jun. 1998. 10p.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization a of every day life. **International Journal of Health Services**, 1980. v. 10, p. 365-389.

DALCOMO, M. M. P. **Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução do abandono no tratamento da tuberculose no Brasil**. 2000. 136 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

DANIEL, T. M. Tuberculose. In: WILSON. J.D., et al. **Harrison Medicina Interna**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

FERNANDES, M. F. T.; ALMEIDA, A . B. S.; NASCIMENTO, D. R. **Memória da tuberculose: acervo de depoimentos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Casa Oswaldo Cruz/ Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, 1993.

FREITAS, J. de A. *et al.* Isolamento de cepas de Mycobacterium aviumem búfalos abatidos para consumo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2001, jun., v.35, n. 3, 5p.

FUJIWARA, P. I. *et al.* Directly observed therapy in New York city: History, implementation, results and challenges. **Clinics in Chest Medicine**, 1997. Mar. vol. 18, n. 1.

GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petropolis: Vozes, 1994.

GONÇALVES, H. Corpo doente: um estudo sobre a percepção, corporal da tuberculose. In: DUARTE, L.F.; LEAL (Org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p.105-120.

GONÇALVES, H.; COSTA, J. D. da; MENEZES, A. M. B. Percepções e limites: visão do corpo e da doença. **PHISYS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 1999, 25p.

GONÇALVES H. *et al.* Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, 1999,18p.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, jul./out. 2000, 23p.

GUILLAUME, P. La tuberculose. In: BARDET, J. P. *et al.* **Peurs et terreus face à la contagion: cholera, tuberculose, syphilis XIX-XX siècles**. Paris: Fayard, 1988.

GUTIERREZ, R. S. *et al.* Tuberculose. In: SILVA, L.C.C da. **Compêndio de Pneumologia**. 2.ed. São Paulo: Fundação Editorial, 1991.

HASS, D. V.; PREZ, R. M. Mycobacterial diseases. In: MANDELL, G.L.; DOLIN, R.; BENNETT, J.E. **Douglas and Bennett principles and practice of infectious diseases**. 4.ed. New York: Churchill. Livingstone Inc, 1991.

HAWKER, J. I. *et al.* Ecological analysis of ethnic differences in relation between tuberculosis and poverty. **British Medical Journal**, 1999. oct. v.319, n.16, 4p.



HAYNES, B.; TAYLOR, W.; SACKETT, D. **Compliance in health care**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

HAYNES-BAUTISTA, D. Modifying the treatment: patient compliance, patient control and medical care. **Social Science and Medicine**, 1976. v.10, p. 233-238.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. Barcelona: Península, 1991.

HIJJAR, M. Controle da tuberculose no Brasil. A estratégia do Plano Emergencial. **Boletim de Epidemiologia Sanitária**, 1997. v.5, p.78-9.

HULKA, B. *et al.* Medication use and misuse: physician-patient discrepancies. **Journal of Chronic Disease**, 1975. v. 28, p.7-21.

HUSSAIN, S. F. *et al.* Audit of a tuberculosis contact tracing clinic. **British Medical Journal**, 1992. v. 304, p. 1213-1215.

ISEMAN, M. D. Tuberculosis. In: BENNET, J. C.; PLUM, F. (Ed.) **Cecil Textbook of Medicine**. 20.ed. Philadelphia: Saunders Company, 1996.

JOHNSTON, R. F.; WILDRICK, K. H. "State of the art" review: the impact of chemotherapy on the care of patients with tuberculosis. **American Review of Respiratory Disease**, 1974. v. 634, n. 64, p.636-64.

CONSENSO Brasileiro de Tuberculose, 1. **Jornal de Pneumologia**, v.23, n. 6, nov/dez, 1997.

KANTORSKY, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde – algumas reflexões preliminares. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 1997. v. 5, n. 2, p.5-15.

KEARNEY, M. T. *et al.* Tuberculosis and poverty. **British Medical Journal**, 1993. v.307, p.1143.

KOCHI, A. **Tuberculosis control: is DOT the health breakthrough of the 1990s?** Geneva: World Health Forum, 1997. v.18, number 3-4.

LIEFOOGHE, R. *et al.* Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patient in Sialkot, Pakistan. **Social and Medicine**, 1995, v.41, p. 1685-1692.

MANDÚ, E. N. T. **Saúde no olhar de mulheres: afirmação e negação do saber e prática dominantes no campo médico.** 1995. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde . In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDONÇA, G. F. Educação em Saúde: um processo participativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Ação participativa: avaliação de experiências.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECÍLIO, L.C.O (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994. p.117-160.

MERHY, E. E. **Agir em Saúde: micropolítica do trabalho vivo.** Campinas UNICAMP, 1996

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec. Abrasco, 1999.

MUNIZ, J. N. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção da equipe de saúde.** 1999. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRIBER L. B. (Org.) **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Condiciones de salud en las Americas**. Washington, D.C., 1990. v.1, p. 18690. (OPAS - Publicación Científica, 524).

PALOMBINI, B. C. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PEARSON, M. L. *et al.* **Nosocomial transmission of multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis: a risk to patients and health care workers**. *Annals of Internal Medicine*, 1992, v.117, n.3, p.191-6.

PERINI, E. **O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos**. 218 f. Tese (Doutorado em Ciência Animal) - Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PNUD. Relatório do desenvolvimento humano - 1994. Lisboa: Tricontinental, 1994.

POZSISK, C.J. Compliance whit tuberculosis therapy. **Medical Clinics of North America**, 1993, v.77, p.1289-1301.

RIBEIRO, L. **A luta contra a tuberculose no Brasil: apontamentos para sua história**. Rio de Janeiro, 1956.

RUFFINO NETTO, A.; PEREIRA, J. C. Saúde-doença e sociedade: a tuberculose – o tuberculoso. **Revista de Medicina**, 1982, v.15, n.1-2, p.5-11.

RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, 1999, v.7, n.1, jan./jun, p. 7-18.

RUFFINO NETTO, A . Controle da tuberculose no Brasil. **Jornal de Pneumologia**, 2000, v. 26, n.4, jul./ago, p.159-162.

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). **Definição e mensuração da pobreza na Região Metropolitana de São Paulo**. São Paulo, 1992.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Tuberculose. **Tratamento supervisionado de Tuberculose**. São Paulo, 1997. 7p. Mimeografado.

SEN, A. **O desenvolvimento como expansão de capacidades**. Lua Nova, São Paulo. CEDEC, n.28-29, 1993, p. 313-333.

SPENCE, D. P. S. *et al.* Tuberculosis and poverty. **British Medical Journal**, 1993. v. 307, p.759-61.

SUÁREZ, P. G. A. Avance decisivo en el Perú. **Foro Mundial de la Salud**, 1997.v.18, p.262-3.

TALA, E. O.; TALA- HEIKIKILA, M. M. Pros and cons of BCG Vaccination in countries with low incidence of tuberculosis. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, 1994. v.15, n. 7, p. 497-9.

TEIXEIRA, G. **DOTS** : A retomada de uma estratégia. Rio de Janeiro, 1998. 5 p. Mimeografado.

TOMAN, K. **Tuberculosis-detección de casos y quimioterapia: perguntas y respuestas**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1980. (OPAS – Publicación Científica 392).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

WATANABE, A.; RUFFINO NETTO, A. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose-HIV-Ribeirão Preto-SP. **Revista de Medicina de Ribeirão Preto**, 1995. v.28, p.856-865.

WOLINSKY, E. Doenças causadas por micobactérias. In: WYNGAARDEN, J. B; SMITH, L.H. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 19.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Recommendations for prevention and Control of Tuberculoseis. Among Foreing – Bol. Persons. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 1997. v. 47, 25 abr. p. 117-124.