

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**

**Diferenças na adesão ao tratamento da  
tuberculose em relação ao sexo**

**Raquel Queiroz**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Epidemiologia**

**Orientador: Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira**

**São Paulo**

**2008**

# **Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo**

**Raquel Queiroz**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Epidemiologia**

**Orientador: Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira**

**São Paulo**

**2008**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos àqueles que acreditam que a ousadia e o erro são caminhos para as grandes realizações.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, que sempre me estimula a crescer científica, ética, profissional e pessoalmente e esteve comigo nos momentos mais importantes de minha vida.

Agradeço a todos os professores da pós-graduação que colaboraram para a minha formação e na elaboração deste trabalho, que me ensinaram com prazer e dedicação parte do que sei.

Às professoras Margarida Maria Mattos Brito de Almeida e Elucir Gir pelas importantes contribuições na qualificação e pré-banca.

À todos os meus amigos que me incentivaram à pesquisa, pela valiosa ajuda em diferentes momentos do percurso acadêmico.

À Dalva do Departamento de Epidemiologia pela amizade e ajuda. À todos os funcionários da Faculdade de Saúde Pública, em particular os amigos da Biblioteca. Meu reconhecimento e agradecimento pelas oportunidades de aprendizado.

Meus sinceros agradecimentos aos serviços de saúde e aos participantes da pesquisa.

Agradeço principalmente ao Professor Péricles Alves Nogueira pela confiança depositada em mim, pela orientação dedicada e pela sabedoria no estímulo às minhas próprias descobertas.

## RESUMO

Queiroz R. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

**Introdução** – Aproximadamente 1/3 da população mundial está infectada pelo bacilo *M. tuberculosis* e a prevalência da infecção é maior entre os homens. As razões para as diferenças na epidemiologia da tuberculose e adesão ao tratamento em relação ao sexo são desconhecidas. **Objetivos** – Verificar diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo. Identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo. Analisar as crenças consideradas importantes para adesão ao tratamento da tuberculose. **Metodologia** – Pesquisa quali-quantitativa, baseada na análise de conteúdo e com fundamentação teórica no Modelo de Crenças em Saúde. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em 6 serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, com 28 pacientes em tratamento supervisionado de tuberculose, sendo 11 homens e 17 mulheres. Os dados quantitativos foram obtidos por meio do livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose de cada serviço de saúde. **Resultados** – Aqueles que falharam na adesão apresentaram o seguinte perfil: mulher, solteira e separada, com atividade remunerada não comprovada, com nível de escolaridade entre fundamental I completo e ensino médio completo; homem: casado, com atividade remunerada comprovada, nível de escolaridade entre ensino fundamental II completo e ensino médio completo. Os aspectos facilitadores encontrados para a boa adesão residem no bom atendimento dos profissionais de saúde e a percepção por parte do paciente na sua melhora de saúde. As crenças para a boa adesão ao tratamento no sexo masculino e feminino foram: bom atendimento do serviço de saúde e bom tratamento (em relação aos medicamentos). **Conclusão** – Homens e mulheres não apresentam diferenças nas crenças de suscetibilidade. Nas crenças ligadas à seriedade

percebida houve diferenças. As mulheres apresentaram medo de transmitir a doença aos filhos e associam a tuberculose ao HIV. Os homens possuem medo voltado às questões sexuais. Os benefícios mencionados foram o bom atendimento e bom tratamento. As barreiras para a adesão foram o diagnóstico errado, os efeitos colaterais e questões assistencialistas independente do sexo. As medidas sugeridas relacionam-se a necessidade de trabalhos voltados ao público masculino para que estes utilizem os serviços de saúde, principalmente o PSF, e assim, o diagnóstico precoce da tuberculose ocorra. Sugere-se treinamentos para todo os sistema de saúde para o diagnóstico da tuberculose. A realização de trabalho conjunto do sistema de saúde e educação é necessário para desfazer estigma da doença.

**Descritores** – tuberculose, sexo, adesão.

## **ABSTRACT**

Queiroz R. Differences in the adherence to tuberculosis treatment in relation to sex. [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

**Introduction** – Approximately one third of world's population is infected by *M. tuberculosis*, and the prevalence of infection is higher among men. The reasons for the differences in the epidemiology of tuberculosis and the adherence to the treatment in relation to sex are unknown. **Objectives** – Verify

the differences in the adherence to the treatment of tuberculosis in relation to sex. Identify facilitating and difficulty aspects for the adherence to the treatment of tuberculosis in relation to sex. Analyze the belief that is considered important for the adherence to the tuberculosis treatment.

**Methodology** – Quali-quantitative research, based on the content analysis and with theoretical foundation in the Health Belief Model. Semi-structured interviews were carried out in 6 health services from the Health District of Freguesia do Ó/Brasilândia, with 28 patients in supervised treatment for tuberculosis, being 11 men and 17 women. Quantitative data were obtained in the book of Register and Control of Treatment for Tuberculosis Cases of each health service.

**Results** – Those who failed to treat tuberculosis showed the following profile: woman, single and divorced, with non-proved paid activity, and scholarship level between complete fundamental I and complete medium education; man, married, with proved paid activity, and scholarship level between complete fundamental II and complete medium education. The facilitating aspects found for the good adherence are the good attendance of health professionals and the patient's perception in his/her health improvement. The beliefs for the good adherence to treatment both in male and female were: good attendance of health service and good treatment (related to medicines). **Conclusion** – Men and women do not show

differences in susceptibility beliefs. In regard to the beliefs related to noticed seriousness there were differences. Women showed fear of transmission of the illness for their children and they associate the tuberculosis to HIV. Men are scared about sexual questions. The benefits mentioned were the good attendance and treatment. Barriers for adherence were wrong diagnosis,



collateral effects and assistance questions independent of sex. The suggested measures are related to the need of specific tasks for the male public, for them to use the health services, principally the PSF, so that the early diagnosis of tuberculosis can occur. Training courses for the diagnosis of tuberculosis are suggested for all the health system. It is necessary to carry out a work joining health and educational systems to dismantle the disease stigma.

**Descriptors** – tuberculosis, sex, adhesion.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	14
1.1 TUBERCULOSE.....	14
1.2 ADESÃO.....	18
1.3 TUBERCULOSE E SEXO .....	21
2. OBJETIVOS .....	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
3. METODOLOGIA .....	26
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
3.1.1 Procedimentos Éticos .....	30
3.2 UNIVERSO DA PESQUISA.....	31
3.2.1 Sujeitos de Pesquisa.....	31
3.2.2 Instrumentos de Coleta.....	32
3.2.3 Tabulação e Análise dos Dados Quantitativos.....	32
3.2.4 Procedimentos para Coleta e Análise dos Dados Qualitativos ....	35
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PESQUISADOS .....	38
4.1.1 Perfil de Atendimento do Tratamento Supervisionado dos Serviços de Saúde.....	39
4.1.2 Características dos Sujeitos de Pesquisa .....	43
4.2 CRENÇAS ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM RELAÇÃO AO SEXO .....	51
5. CONCLUSÕES .....	79
6. REFERÊNCIAS.....	84
ANEXOS .....	91

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	91
ANEXO 2 – DADOS QUANTITATIVOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	92
ANEXO 3 – ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO .....	93
ANEXO 4 – CURRÍCULO LATTES Orientador .....	94
ANEXO 5 – CURRÍCULO LATTES Orientanda .....	95

## Lista de Figura

Figura 1 - “Modelo de Crença em Saúde” como preditor do comportamento da saúde preventiva (ROSENSTOCK, 1974a). .....	29
--	----

## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características dos serviços de saúde elegíveis para pesquisa do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo área de atendimento, tipo de assistência, número de habitantes e de famílias atendidas. São Paulo, 2007. ....	38
Tabela 2 – Distribuição do número de casos atendidos em tratamento supervisionado de tuberculose do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia nas unidades elegíveis para pesquisa no período de janeiro de 2006 a outubro de 2007 em relação a sexo. São Paulo, 2007. ....	40
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes atendidos em tratamento supervisionado de tuberculose do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia dos serviços de saúde para pesquisa no período de janeiro de 2006 a outubro de 2007 de acordo com idade em relação a sexo. São Paulo, 2007. ....	41
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes atendidos em tratamento supervisionado de tuberculose do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia dos serviços de saúde elegíveis para pesquisa no ano de 2006 de acordo com o tipo de saída em relação a sexo. São Paulo, 2007. ....	42
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de	

Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo serviço de saúde em relação ao sexo. São Paulo, 2007. ....	43
Tabela 6 – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo idade em relação ao sexo. São Paulo, 2007. ....	44
Tabela 7 – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo estado civil e sexo. São Paulo, 2007. ....	45
Tabela 8 – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo religião referida em relação ao sexo. São Paulo, 2007. ....	46
Tabela 9 – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo nível de escolaridade em relação a sexo. São Paulo, 2007. ....	47
Tabela 10 – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo ocupação em relação a sexo. São Paulo, 2007. ....	48
Tabela 11 – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo local de diagnostico da tuberculose em relação ao sexo. São Paulo, 2007. ....	49
Tabela 12 – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo tempo para diagnostico da tuberculose em relação ao sexo. São Paulo, 2007. ....	50

Tabela 13 – Distribuição dos profissionais de saúde lembrados na pergunta: “Quem é a pessoa que facilita que você tenha um bom tratamento?” dos pacientes em tratamento supervisionado de tuberculose dos seis serviços elegíveis para pesquisa do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo sexo. São Paulo, 2007.....	65
--	----

## **Lista de Quadros**

Quadro 1 - Síntese das categorias do Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974b), extraído das entrevistas realizadas com pacientes em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/ Brasilândia nas unidades elegíveis para pesquisa. ....	36
---	----

## **Siglas Utilizadas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BK	Bacilo de Koch
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
ESF	Equipe de Saúde da Família
GTP	Global Tuberculosis Programme
MCS	Modelo de Crença em Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 TUBERCULOSE

Ainda hoje, a tuberculose causa preocupações à saúde pública. É uma das mais importantes doenças infecciosas, e afeta principalmente pessoas com algum fator que diminua a sua resistência natural à infecção. Dados demonstram um significativo aumento da tuberculose no mundo a partir da década de 1980 após o advento da aids (RUFINO-NETO, 1995; ANTUNES e WALDMANN, 1999).

Estimativas realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apontam que cerca de um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK) (WHO, 1999, WHO, 2004).

A OMS formulou metas com projeção para o ano de 2050 para a eliminação da tuberculose, se atingidas metas precedentes. Essas metas foram estipuladas para até o ano 2005 diagnosticar 70% dos casos de tuberculose e curar 85% destes; até 2010 reduzir em 50% da prevalência e da mortalidade por tuberculose, e, até 2020, evitar 25 milhões de mortes e prevenir 50 milhões de casos (TEIXEIRA, 2002).

De acordo com MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002b), as ações do Programa do Controle da Tuberculose no Brasil têm com meta diagnosticar ao menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados.

Segundo o II Consenso de Tuberculose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004), o Brasil não atingiu as metas estabelecidas para o ano de 2005 pela OMS. Dos tratamentos realizados, de acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002a), somente 72,2% receberam alta por cura, 11,7% abandonaram o tratamento e 7% vieram a óbitos.



A tuberculose é um problema social, pois as características individuais associadas à tuberculose como renda familiar baixa, educação precária, condições desfavoráveis de habitação e famílias numerosas são algumas características principais dos doentes do bacilo de Koch.

O perfil do doente em geral é de pessoas em idade produtiva, entre 15 e 59 anos, do sexo masculino, estado imunológico e nutricional precário, alcoolismo e uso de drogas imunossupressoras, más condições de moradia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

O agente causador da tuberculose foi descoberto por Robert Koch em 24 de março de 1882, chamado *Mycobacterium tuberculosis*. Tem como característica ser aeróbio estrito, necessitando de oxigênio para crescer e se multiplicar. São bactérias imóveis, de crescimento lento, dividindo-se a cada 18 ou 24 horas e são sensíveis ao calor e radiação ultravioleta (WHO, 2004).

Sua transmissão ocorre por meio da propagação por via aérea, de aerossóis contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar em fase bacilífera ao tossir ou espirrar. Uma pessoa sadia, ao inalar esses aerossóis, poderá apresentar tuberculose infecção, com o risco de vir a desenvolver a doença. O indivíduo ao inalar as gotículas contendo os bacilos, e este, ao atingir os alvéolos pulmonares poderá dar início ao processo infeccioso (WHO, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Nestes casos, cerca de 95% das lesões pulmonares iniciais evoluem para fibrose e/ou calcificação, ou seja, o indivíduo teve contato com o bacilo, mas o seu sistema imunológico conseguiu bloquear a evolução da doença. Esse processo recebe o nome de primo infecção. Os 5% dos casos restantes, chamado de tuberculose primária, desenvolvem a doença nos primeiros dois anos após a primo infecção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Existem ainda, aqueles casos em que a tuberculose se manifesta em geral, tardiamente, anos após a lesão primária, onde dá-se o nome de tuberculose pós-primária. Pode ocorrer ou por infecção exógena, devido a uma nova infecção, ou devido à reativação endógena (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a; WHO, 2004).

Os exames realizados para o diagnóstico são os exames bacteriológicos de escarro (microscopia direta e cultura), anátomo patológico e exames de biologia celular. Os exames de raios-X e o teste tuberculínico são exames auxiliares de diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

A fonte de infecção mais importante é o indivíduo com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva. Considerando-se às características do bacilo, maior atenção deve ser dada para indivíduos que residem em comunidades fechadas, como asilos e penitenciárias devido à proximidade e intensidade do contato, ausência de luz solar e ventilação, pois estes são alguns fatores que favorecem o contágio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002a) recomenda atenção redobrada aos etilistas, usuários de drogas, imunodeprimidos e desnutridos por apresentarem maior risco de desenvolver a doença devido à queda no estado imunológico. Os trabalhadores de saúde também merecem atenção especial para a realização de exames periódicos devido o contato contínuo com pacientes acometidos pelo bacilo.

Ao se descobrir um caso positivo de tuberculose deve-se realizar a busca de comunicantes, ou seja, investigação entre as pessoas que têm maior probabilidade de terem sido infectadas. Com a realização do diagnóstico precoce, tratamento correto e adequado, evita-se a disseminação do bacilo na comunidade, e assim, interrompe-se a sua cadeia de transmissão.

Os objetivos gerais de controle da tuberculose, de acordo com a OMS são: a redução da mortalidade, morbidade e transmissão da doença, redução do sofrimento humano e do peso social e econômico (WHO, 2004).

No Brasil, o tratamento segue esquemas padronizados, sendo a escolha de acordo com a forma clínica apresentada e história de tratamento anterior. A medicação é de uso diário, administrado preferencialmente em dose única durante um período de seis a nove meses. O tratamento tem como objetivo recuperar a saúde do indivíduo e eliminar a fonte de infecção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

O esquema de tratamento para casos novos de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar (aqueles que nunca realizaram tratamento anterior) será realizado mediante o chamado esquema I, realizado por dois meses com as seguintes medicações: rifampicina, isoniazida, pirazinamida, e por mais quatro meses, somente com rifampicina e isoniazida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004).

No chamado esquema II, indicado para a forma meningoencefálica da tuberculose isolada ou associada a outras formas, será utilizado por dois meses a rifampicina, isoniazida, pirazinamida, seguidos por mais sete meses de rifampicina e isoniazida.

Já para aqueles que estão em re-tratamento, ou seja, os que já foram medicados por mais de 30 dias e menos de cinco anos, ou que necessitam de um novo tratamento por recidiva após cura será realizado o esquema IR (reforçado). O tratamento será seguido inicialmente por dois meses com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, seguido por quatro meses com rifampicina, isoniazida e etambutol (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Nos casos em que o tratamento não foi suficiente para a cura total, e, ocorrendo à falência dos esquemas básico ou reforçado (compreendida pela persistência da positividade do escarro ao final do tratamento), o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002a) recomenda a realização do esquema III. Este esquema é utilizado por três meses estreptomomicina, pirazinamida, etambutol e etionamida, seguida por nove meses com etambutol e etionamida.

Devido ao longo período de tratamento, se faz necessário um grande empenho da equipe multidisciplinar de saúde para obter um bom seguimento no tratamento, na ingestão de medicamentos e na regularidade das consultas e exames médicos.

Em 1993, o Global Tuberculosis Programme (GTP) da OMS declarou a tuberculose como uma emergência global, e definiu a natureza e o tamanho do problema no mundo por meio de monitoramento e pesquisas. Recomendou aos países membros a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) (MAHER e RAVIGLIONE, 2005).

A meta do DOTS é que todos os suspeitos por meio do exame microbiológico e todos os pacientes diagnosticados com tuberculose sejam registrados e tratados. Nesta estratégia, o profissional de saúde ou o agente comunitário de saúde observa o paciente ingerir a medicação, assegurando-lhe o direito da disponibilidade das drogas antituberculose durante todo o tratamento e com a combinação correta. Assim, com o DOTS, a responsabilidade pela adesão não recai unicamente sob o paciente, mas em conjunto com a equipe médica, governo e comunidade (WHO, 1999).

Para GAZETTA et al (2007), a implantação da estratégia DOTS causou impacto positivo nos resultados de cura e abandono .

A tuberculose está entre as dez maiores causas de morte no mundo, e sua epidemia poderá se apresentar em maior intensidade nos países que ainda não implementaram a estratégia DOTS (BLEED et al, 2000).

A estratégia DOTS é um importante mecanismo para o sucesso do tratamento da tuberculose, para a completa adesão do paciente e para o controle da tuberculose no mundo.

## 1.2 ADESÃO

Encontramos na literatura frequentemente os termos '*compliance*' e '*adherence*' para definir a adesão ao tratamento farmacológico, porém, possuem visões diferentes.

O termo '*compliance*' (obediência) para CONRAD (1985) ocorre quando o comportamento da pessoa coincide com as recomendações médicas, principalmente para a ingestão de medicamentos e mudança no estilo de vida.

A '*adherence*' (adesão) compreende as perspectivas do paciente, considerando-o uma pessoa autônoma para a tomada de decisões conscientes e responsáveis para o bom seguimento de seu tratamento

(WHO, 2003). Portanto, podemos considerar a adesão como um termo mais amplo. Não diz respeito somente à ingestão de medicamentos, mas abrange também os comportamentos de saúde por parte do paciente e da equipe de saúde, para que este compreenda a sua responsabilidade frente ao tratamento. No entanto, dificuldades encontradas no '*compliance*' também são observados no '*adherence*'.

Outra diferença entre estes termos de acordo com OSTERBERG e BLASCHKE (2005) está na percentagem aceita para a ingestão de medicamentos. Na '*adherence*', é aceita uma percentagem de 80 a 95% na tomada da medicação, enquanto o '*compliance*' é de 100%.

Segundo CONRAD (1985) há duas perspectivas dominantes das ciências sociais para explicar a não-adesão ou não-concordância. Uma delas, centra-se na idéia de que o problema reside na interação médico-paciente, incluindo a comunicação entre eles. A maneira como os médicos se comunicam com seus pacientes interfere na adesão. Aqueles médicos que explicam e transmitem instruções mais claras e com feedback posterior a seus pacientes, apresentaram melhor adesão. A perspectiva médica define a adesão pela suposição de que as ordens médicas serão seguidas. Assim, a responsabilidade pela adesão é exclusivamente do paciente.

A segunda perspectiva diz respeito à crença do paciente em sua saúde e esta deve ser o eixo central para compreender o comportamento da não-adesão. Estas perspectivas embora apresentem suas diferenças, podem ser compatíveis.

Para CONRAD (1985), a importância da crença do comportamento para a adesão é o ponto central para o modelo de crenças em saúde, uma vez que, o modelo sugere que há maior probabilidade de adesão ao tratamento e as orientações médicas quando o paciente compreende a sua suscetibilidade para determinada doença, e acredita que a doença possa gerar conseqüências a sua saúde.

Algumas razões apresentadas para os problemas de adesão, de acordo com OSTERBERG e BLASCHKE (2005) em relação ao paciente são: esquecimento, outras prioridades, decisão consciente em não tomar a

medicação e questões emocionais. Outros fatores prejudiciais à adesão dizem respeito ao comportamento do médico frente às necessidades de seu paciente. Prescrições complexas, pouca ou nenhuma explicação sobre os benefícios e possíveis efeitos colaterais da medicação, não levar em conta o estilo de vida do paciente, ou o custo da medicação também são fatores prejudiciais.

A não adesão ao tratamento pelos pacientes tem sido visto como um dos maiores problemas no controle da tuberculose, o que traz implicações para a saúde pública e para a saúde do próprio indivíduo (NGAMVITHAYAPONG-YANAI et al, 1998).

Em pesquisa qualitativa desenvolvida por LIMA et al (2005), para avaliar as atitudes de adesão dos pacientes de tuberculose, verificou-se que aqueles que demonstraram conhecimento a respeito da doença, apresentaram melhor reação ao serem informados do diagnóstico, e conseqüentemente melhor adesão ao tratamento.

Conanan e Valez, citados por LIEFOOGHE (1998), mencionam que o conhecimento da transmissão do bacilo influenciou a adesão ao tratamento. Entre aqueles que conheciam a fonte de infecção, 82% seguiram corretamente o tratamento, enquanto que, os paciente que não conheciam a fonte de infecção, somente 62% trataram-se corretamente.

É fundamental que os doentes de tuberculose tenham melhores condições de acesso a informações da doença, a fim de favorecer um melhor tratamento.

Para MAHER et al (2003), o sucesso do tratamento da tuberculose depende em grande parte, da completa realização das prescrições e tratamento por parte do paciente, mas adiciona-se a parcela de responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos.

### 1.3 TUBERCULOSE E SEXO

Aproximadamente um terço da população mundial está infectada pelo bacilo de Koch e a prevalência da infecção é maior entre os homens. Nas mulheres, entre as doenças infecciosas constitui a principal causa de morte (DOLIN, 1998, CARACTA, 2003).

Para DIWAN e THORSON (1999), as diferenças sexuais no controle da tuberculose têm sido negligenciadas e é necessário explorar e conhecer essas diferenças, pois 70% de pessoas pobres no mundo são mulheres, e ao compreender essas diferenças, o controle da tuberculose obterá maior sucesso em suas ações.

Para MARTINEZ et al (2000) as razões para as diferenças tanto na epidemiologia como na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo são desconhecidas, e o que existem são hipóteses.

DOLIN (1998), questiona em seu artigo porque as mulheres são menos acometidas pelo bacilo do que os homens, e porque o padrão da infecção, que até a infância é similar, modifica-se com a chegada da puberdade, as mulheres apresentando menores taxas de infecção da doença. Para o autor, fatores epidemiológicos, biológicos, diferenças de gênero, e diferenças ao acesso aos serviços de saúde influenciam no número inferior de mulheres acometidas pelo bacilo.

Os estudos de DIWAN e THORSON (1999) e MARTINEZ et al (2000) foram realizados avaliando o contexto global, levando em conta a realidade de países com carências da assistência médica e hospitalar. No Brasil, a mulher possui uma vasta rede de assistência médica e hospitalar e conta com inúmeros programas voltados a esse público, e isso inclui políticas públicas exclusivas para a saúde da mulher. A dificuldade para o acesso ao serviço de saúde é uma hipótese pouco válida, principalmente ao avaliar o contexto da região sul e sudeste do país.

MARTINEZ et al (2000) sugerem duas hipóteses para explicar o maior número da doença entre os homens: 1) o baixo diagnóstico ou a sub-

notificação de tuberculose entre as mulheres, devido a questões sócio-culturais, preconceito, o que prejudica o acesso aos serviços de saúde. A segunda hipótese é a possível diferença na infecção do *M. tuberculosis* e/ou progressão da doença. Isso se reflete nos fatores sócio-culturais e biológicos e na oportunidade de exposição para o bacilo e as condições da progressão e reativação da doença.

Outros autores, buscaram compreender as diferenças entre os sexos para a epidemiologia da tuberculose. Em artigo de revisão sobre as diferenças de sexo em relação à tuberculose, HOLMES et al (1998), trazem uma série de comparações entre os estudos avaliados:

- a) Homens e mulheres apresentaram prevalência de infecção de maneira similar até aproximadamente os 14 anos, e posteriormente a esta idade, a prevalência entre os homens foi de 20 a 71% maior do que entre as mulheres.
- b) As diferenças no convívio social entre homens e mulheres após a puberdade ocasiona maior exposição ao bacilo e possível infecção.
- c) Existe a possibilidade da sub-notificação entre as mulheres, principalmente nos países em desenvolvimento, com baixos recursos tecnológicos, financeiros e humanos. Assim, é necessário a melhoria do sistema de informações em saúde.

HOLMES et al (1998), afirmam a importância da realização de estudos prospectivos para comprovar as taxas de progressão da doença em relação à idade e sexo.

Durante a revisão realizada por HOLMES et al (1998), os autores citam estudos que contrariam algumas hipóteses acima citadas. Em estudos de Snider e Glassroth, indicam pouca ou nenhuma relação entre gravidez e altas taxas de tuberculose entre mulheres com teste tuberculínico positivo.

A sub-notificação entre as mulheres, principalmente nos países em desenvolvimento, deve ser levada em conta, pois o acesso aos serviços de saúde pode ser limitado ou dificultado nestas regiões. MAHER e



RAVIGLIONE (2005), mencionam que apesar da implementação do DOTS nos países com alta incidência, a sub-notificação é uma possibilidade.

Ao considerarmos o modelo de vida atual das mulheres, com duplas jornadas de trabalho, com a possibilidade cada vez maior de ascensão no mercado de trabalho, homens e mulheres possuem praticamente os mesmos riscos para exposição ao bacilo de Koch.

Consideramos jornada dupla de trabalho, aquele(a) que exerce função remunerada, e também realiza as funções domésticas no regresso ao lar.

No entanto, em estudo sobre as diferenças de sexo na epidemiologia da tuberculose em São Francisco nos EUA no ano de 1990, MARTINEZ et al (2000) obteve como resultados as taxas de incidência entre homens e mulheres. A incidência para o sexo masculino era de 57,3/100.000, enquanto que para o sexo feminino era de 26,8/1000.000. Os padrões de incidência da doença até os 24 anos foram similares entre homens e mulheres, e após os 25 anos, a incidência entre os homens foi duas vezes maior do que entre as mulheres.

Os dados apresentados acima asseguraram as informações aqui trazidas, quanto à maior incidência de tuberculose entre os homens.

Em pesquisa de NOGUEIRA (2001), ao analisar as internações por tuberculose no Estado de São Paulo entre 1984 e 1997, do total das internações analisadas, 77% eram do sexo masculino e 23% do sexo feminino. Quanto à forma clínica da doença, há predominância para a tuberculose pulmonar, sendo 95,7% entre os homens e 94,8% entre as mulheres.

NOGUEIRA et al (2001), ao realizarem estudo descritivo num Centro de Saúde Escola do município de São Paulo, no período de 1989 a 1999 para analisar o perfil dos pacientes atendidos, obtiveram 58% dos doentes de tuberculose do sexo masculino, e 42% do sexo feminino.

De acordo com dados obtidos na Prefeitura do Município de São Paulo, da Secretaria Municipal de Saúde<sup>1</sup>, dos casos novos de 2004, 28,4% eram do sexo feminino e 68,3% do sexo masculino, numa proporção de 2,15 homens para 1 mulher.

A faixa etária mais atingida foi de 30 a 39 anos (45,1%), seguida pela faixa de 40 a 49 anos (25%) e de 20 a 29 anos (16,2%). Entre as mulheres, porém, a faixa de 20 a 29 anos foi mais atingida que a de 40 a 49 anos.

A partir dos dados apresentamos, justifica-se a necessidade de compreender as diferenças entre homens e mulheres em relação à tuberculose e ao comportamento frente à doença, sobretudo a adesão ao tratamento.

---

<sup>1</sup>Informações obtidas por meio do endereço eletrônico:  
[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/vigilancia\\_saude/publicacao\\_covisa/0001/Informe\\_TB\\_dez\\_05.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/vigilancia_saude/publicacao_covisa/0001/Informe_TB_dez_05.pdf) (acessado em 29/04/2008).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo.
- Analisar as crenças consideradas importantes para adesão ao tratamento da tuberculose.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo, definida por MARCONI e LAKATOS (2003), como “aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimento acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles”.

A pesquisa possui caráter quanti-qualitativo. A metodologia qualitativa dispõe-se a aprofundar os fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem estudados em maior profundidade. Para isso, é necessário que se revele ao pesquisador a consciência dos aspectos da vida ou comportamento social, o que PRIOR (2004) chama de conhecimento do sujeito, e este é o ponto inicial para a pesquisa qualitativa.

Por meio do conhecimento do sujeito de pesquisa, será possível trazer à tona o que a sua fala apresenta de representatividade de seu mundo e da dimensão social em que está inserido.

A amostra neste tipo de metodologia é não-probabilística e intencional. O propósito não é obter uma amostra randomizada ou representativa da população, mas, identificar grupos específicos de pessoas de determinadas características a serem estudados. (MAYS e POPE, 1995).

Os dados qualitativos foram analisados baseados no referencial teórico da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1988) e do Modelo de Crenças em Saúde (MCS) (ROSENSTOCK, 1974a) e foi utilizado para verificar as diferenças entre os sexos em relação à adesão ao tratamento supervisionado da tuberculose.

Para BARDIN (1988), qualquer comunicação pode ser decifrada por meio das técnicas de análise de conteúdo. Para a realização da análise, é necessário que se respeitem critérios para a construção de categorias de análise e de interpretação dos dados dentre as quais destacam-se: exclusividade, exaustividade e que seja utilizado um único princípio de classificação. As fases da análise de conteúdo estão organizadas em três momentos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados e sua interpretação.

As características preliminares do Modelo de Crenças em Saúde de acordo com ROSENSTOCK (1974a), para que um indivíduo tome medidas para evitar doenças baseiam-se em três aspectos principais:

- 1) ele é suscetível à doença;
- 2) a ocorrência da doença, em algum aspecto de sua vida, apresentará gravidade moderada;
- 3) a tomada de ação deverá ser benéfica e reduzir a suscetibilidade a uma dada condição, diminuir a sua gravidade, desvinculando-a de barreiras psicológicas, tais como custo, dor, embaraço.

Para ROSENSTOCK (1974a), para que haja uma tomada de decisão em busca de uma ação preventiva, a pessoa deverá acreditar realmente na sua suscetibilidade, ou seja, na crença de que ele poderá ter uma doença mesmo sem sinais e sintomas. Desta forma, as crenças do indivíduo, em relação ao comportamento preventivo são analisadas por meio de quatro variáveis:

1. Suscetibilidade percebida;
2. Seriedade percebida;
3. Benefícios percebidos, e
4. Barreiras percebidas.

Quanto à suscetibilidade percebida, de acordo com ROSENSTOCK (1974a), a aceitação individual da suscetibilidade de contrair determinada condição varia de pessoa para pessoa. Relata a existência de percepções de suscetibilidade percebida em diferentes níveis. O primeiro nível, refere-se à negação da pessoa de assumir qualquer percepção de risco. O segundo,

refere-se ao sujeito que assume a existência de uma possibilidade estatística de ocorrência de uma doença, mas que não é provável que ocorra. O terceiro, é a pessoa que assume o perigo real de contrair uma doença.

A suscetibilidade percebida é uma mensuração da subjetividade individual do risco de contrair uma doença (STRECHER e ROSENSTOCK, 1997).

A seriedade percebida também varia de pessoa para pessoa. O nível de seriedade pode ser avaliado pelo grau de excitação emocional gerada ao se pensar na doença, bem como os tipos de dificuldades impostas nas quais o indivíduo acredita que irá passar devido a uma determinada condição de saúde (ROSENSTOCK, 1974a).

STRECHER e ROSENSTOCK (1997) definem seriedade percebida como uma condição grave e suas seqüelas. A seriedade percebida é a preocupação de contrair uma doença ou de ficar sem tratamento correto, e isso inclui a avaliação médica e clínica, tais como dor, deficiência e morte, além das conseqüências sociais (trabalho, vida familiar e social).

A junção de suscetibilidade e seriedade percebida, é chamado pelos autores de ameaça percebida.

Com referência aos benefícios percebidos, aceitar a suscetibilidade para doenças é o primeiro passo para perceber os benefícios, e como conseqüência, produzir comportamentos de ação para reduzir a ameaça da mesma (STRECHER e ROSENSTOCK, 1997).

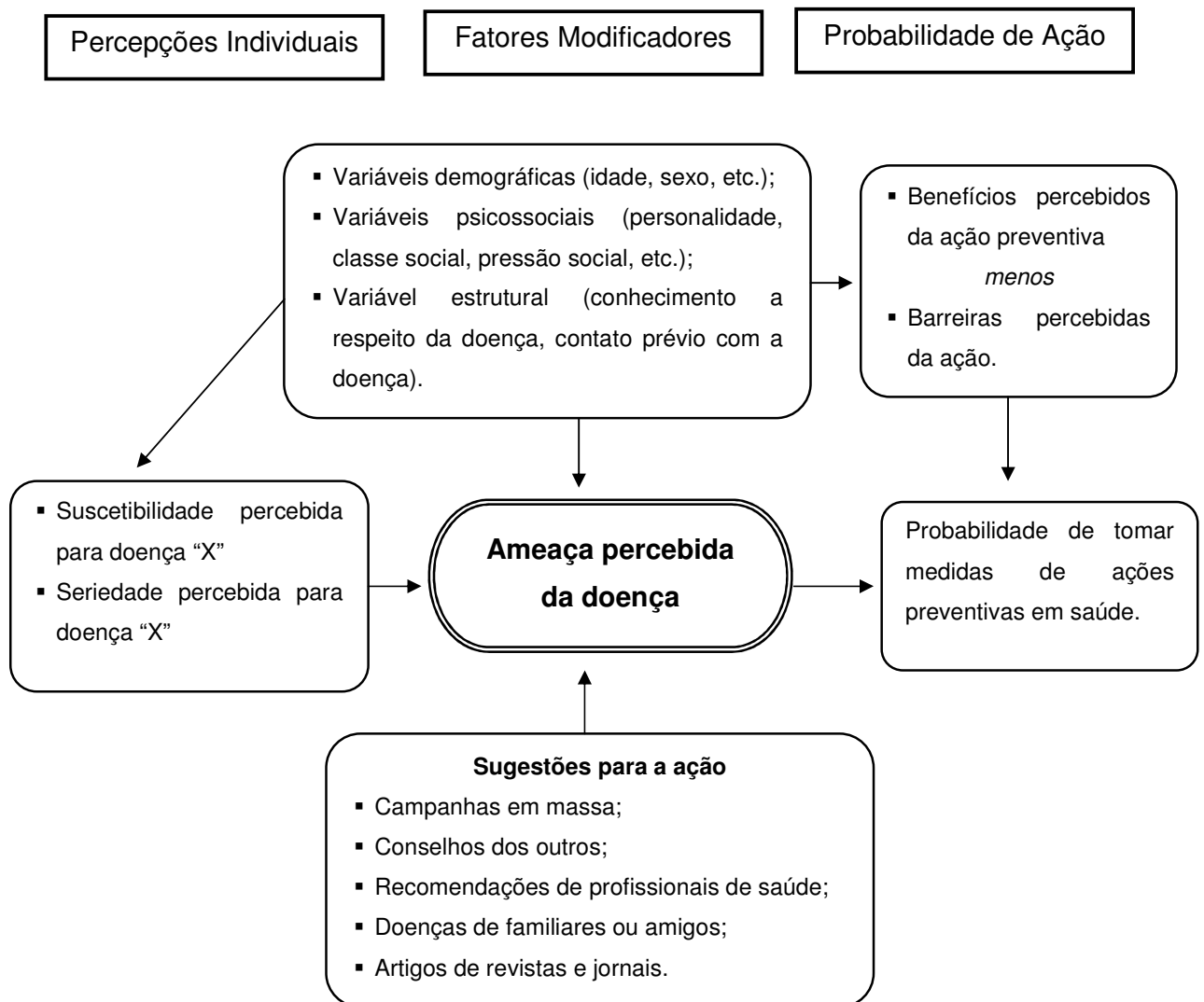
Esses autores, apontam ainda que a direção das ações é influenciada pelas crenças do sujeito, levando em conta o conhecimento disponível para reduzir a ameaça das doenças. Em outras palavras, o benefício percebido é uma ação positiva, a qual reduzirá os riscos ou a seriedade de uma doença.

Para ROSENSTOCK (1974a), os benefícios percebidos são influenciados por normas e pressões do grupo social.

As barreiras percebidas são os aspectos potencialmente negativos de uma ação de saúde, o que poderá ocasionar um impedimento para o comportamento recomendado (STRECHER e ROSENSTOCK, 1997).

A figura 1 apresenta o Modelo de Crenças em Saúde de acordo com ROSENSTOCK (1974a).

**Figura 1** - “Modelo de Crença em Saúde” como preditor do comportamento da saúde preventiva (ROSENSTOCK, 1974a).



### 3.1.1 Procedimentos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sob n.º 402/06 e pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo sob n.º 350/2006/CEP/SMS.

Com as aprovações dos respectivos Comitês de Ética, foi entregue uma cópia dos pareceres ao Distrito de Saúde Freguesia do Ó/Brasilândia para ciência da pesquisa.

#### **Apresentação da pesquisa aos Serviços de Saúde**

Em seguida, foi entregue carta de apresentação aos diretores dos serviços de saúde eleitos, com breve apresentação da pesquisa, e assim solicitada a autorização para a coleta de dados.

Após a autorização dos diretores de saúde dos serviços elegíveis, deu-se início a coleta de dados, que ocorreu no período de maio a novembro de 2007.

A abordagem aos pacientes em tratamento supervisionado de tuberculose se dava após apresentação do paciente pela equipe de enfermagem à pesquisadora. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 1), onde constam explicações a respeito da pesquisa, incluindo a autorização para o entrevistador gravar a entrevista (com garantia de anonimato) e permissão formal ao entrevistado para interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer justificativa ou prejuízo pessoal.

Após assinatura do TCLE (ANEXO 1), uma via ficava de posse do entrevistado, e a outra de posse do pesquisador.



## 3.2 UNIVERSO DA PESQUISA

### 3.2.1 Sujeitos de Pesquisa

Foram considerados elegíveis para a pesquisa, os sujeitos que no momento da entrevista estivessem em tratamento supervisionado de tuberculose, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos e morador residente da região do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia.

Foi considerado caso de tuberculose todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e/ou aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Os critérios para a escolha dos serviços de saúde foram pertencer à gestão municipal de saúde, do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, realizar o tratamento supervisionado de tuberculose, e apresentar o maior número de casos de tuberculose dentro da área de abrangência do estudo.

Foram excluídos os pacientes com idade inferior a 18 anos, que apresentavam co-infecção HIV/TB, que não concordaram em participar da pesquisa e aqueles que não possuíam condições físicas e/ou mentais para participar da entrevista.

De acordo com os critérios de exclusão, foram excluídos da pesquisa, no serviço 1, um paciente em tratamento auto-administrado; no serviço 2, três pacientes em tratamento auto-administrado e um paciente co-infectado HIV/TB. Já no serviço 3, um paciente com idade inferior a 18 anos, e 2 pacientes co-infectados HIV/TB.

Foram excluídos da pesquisa no serviço 4, dois pacientes em tratamento auto-administrado e um paciente co-infectado HIV/TB; no serviço

5, quatro pacientes co-infectados HIV/TB e um paciente co-infectado HIV/TB do serviço 6.

Quanto às recusas para participar da pesquisa, no serviço 1, duas pessoas se recusaram, sendo, uma mulher de 46 anos, e um homem de 24 anos. Já no serviço 2, se recusou um homem de 61 anos. No serviço 3, não houve recusas. No serviço 4, se recusou uma mulher de 45 anos, enquanto que no serviço 5, três pacientes não foram localizados para entrevista pela equipe de enfermagem, o que posteriormente foi considerado abandono ao tratamento. No serviço 6, um paciente também não foi localizado pela equipe de enfermagem para a entrevista, e também se caracterizou como abandono ao tratamento.

### 3.2.2 Instrumentos de Coleta

Nos serviços de saúde os dados contidos no livro “Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose” foram utilizados do período de janeiro de 2006 a outubro de 2007, a fim de conhecer os dados destes serviços (ANEXO 2).

Após consentimento dos sujeitos de pesquisa, foi realizada a coleta dos dados qualitativos por meio de entrevistas com roteiro semi-estruturado (ANEXO 3).

### 3.2.3 Tabulação e Análise dos Dados Quantitativos

Os dados quantitativos referentes à descrição dos serviços de saúde pesquisados as informações colhidas foram tabuladas para realizar análise

descritiva dos dados. Foram levantadas as seguintes variáveis: número de casos, idade, sexo e tipo de cura (cura comprovada, alta cura, alta por abandono, alta por óbito e transferência).

A variável “número de casos” foi a soma de todos os casos obtidos nos serviços de saúde no período de janeiro 2006 a outubro de 2007 e posteriormente separadas pela variável sexo.

Em relação ao tipo de cura, a alta por cura comprovada, foi considerada quando um caso pulmonar inicialmente positivo, ao completar o tratamento (final do 6º mês), apresentou o resultado de duas amostras de baciloscopia negativas. A alta por cura foi considerada tendo como base critérios clínico-radiológicos, nos casos pulmonares inicialmente negativos ou extra-pulmonares, ao complementarem o tratamento. A alta por cura não comprovada foi considerada quando um caso pulmonar inicialmente positivo, ao completar o tratamento, não apresentou baciloscopia para encerrar o caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

A alta por abandono de tratamento foi considerada quando o doente deixou de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para o seu retorno. A alta por óbito foi considerada quando do conhecimento da morte do paciente, durante o tratamento e independente de causa. Será considerada transferência quando o doente for transferido para outro serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Para uma melhor interpretação da variável “idade” contida no livro “Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose”, foram descartadas as idades inferiores a 17 anos. Esta variável foi agrupada em faixas etárias, a saber:

- 1) de 18 a 29 anos;
- 2) de 30 a 39 anos;
- 3) de 40 a 49 anos;
- 4) de 50 a 59 anos;
- 5) de 60 a 69 anos;
- 6) de 70 a 79 anos.

- 7) 80 e mais;
- 8) Ignorado.

Para a realização da análise descritiva das informações dos sujeitos de pesquisa foi tabulada a variável “idade” de acordo com o agrupamento abaixo, lembrando que os menores de 18 anos não foram selecionados.

- 1) de 18 a 29 anos;
- 2) de 30 a 39 anos;
- 3) de 40 a 49 anos;
- 4) de 50 a 59 anos;
- 5) de 60 a 69 anos;
- 6) de 70 a 79 anos.
- 7) 80 e mais;
- 8) Ignorado.

A variável “escolaridade” foi categorizada de acordo com os níveis de escolaridade abaixo:

- 1) Semi-analfabeto /analfabeto;
- 2) Ensino Fundamental I incompleto;
- 3) Ensino Fundamental I completo;
- 4) Ensino Fundamental II incompleto;
- 5) Ensino Fundamental II completo;
- 6) Ensino Médio incompleto;
- 7) Ensino Médio completo;
- 8) Superior completo.

A variável “ocupação”, foi categorizada em ramos de atividade da seguinte maneira:

- 1) Comércio;
- 2) Transporte;
- 3) Limpeza;
- 4) Profissional Autônomo;
- 5) Aposentado / pensionista;
- 6) Desempregado;
- 7) Do lar.

Para facilitar a interpretação dos dados da questão 'Quanto tempo demorou para procurar um serviço de saúde?', as respostas foram agrupadas da seguinte maneira:

- 1) até 15 dias;
- 2) de 16 a 30 dias;
- 3) de 31 a 60 dias;
- 4) de 61 a 90 dias;
- 5) de 91 a 180 dias;
- 6) de 181 a 365 dias ;
- 7) mais de 365 dias.

### 3.2.4 Procedimentos para Coleta e Análise dos Dados Qualitativos

Para a análise dos dados qualitativos, a partir das informações obtidas por meio das entrevistas realizadas e gravadas com a autorização dos pacientes e após a assinatura do TCLE (ANEXO 1), identificamos as unidades temáticas relevantes, e em seguida analisamos as categorias a partir do referencial teórico eleito, Modelo de Crenças em Saúde, proposto por ROSENSTOCK (1974a), com análise de crenças em saúde baseadas nas variáveis: suscetibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios e barreiras percebidos.

Realizamos a partir de então, a análise dos conteúdos e executamos os seguintes passos para a análise e interpretação dos dados coletados:

Pré-análise: realização de leitura flutuante, garantindo a regra de representatividade.

Exploração do material: com as informações coletadas junto aos sujeitos de pesquisa, classificamos os conteúdos e sua frequência. A partir da leitura flutuante, extraímos as falas mais significativas para cada uma das

categorias pré-definidas pelo Modelo de Crenças em Saúde (susceptibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios e barreiras percebidos).

Tratamento dos resultados e sua interpretação: com a leitura em profundidade, cada uma das categorias do Modelo de Crenças em Saúde foi subdividido em unidades temáticas criadas pela pesquisadora e representam a idéia central dos trechos extraídos das entrevistas.

**Quadro 1** - Síntese das categorias do Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974b), extraído das entrevistas realizadas com pacientes em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/ Brasília nas unidades elegíveis para pesquisa.

Categoria 1	
Susceptibilidade percebida	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Relacionados aos sintomas e conhecimento de senso comum</li> <li>b) Relacionados à hereditariedade</li> <li>c) Relacionados ao conhecimento científico</li> </ul>
Categoria 2	
Seriedade percebida	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Preconceito</li> <li>b) Medo, HIV/Aids e morte</li> </ul>
Categoria 3	
Benefícios percebidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bom atendimento no serviço de saúde</li> <li>b) Bom tratamento (em relação aos medicamentos)</li> <li>c) Relato positivo da adesão</li> </ul>
Categoria 4	
Barreiras percebidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Diagnóstico incorreto</li> <li>b) Relativo aos efeitos colaterais</li> <li>c) Questões assistencialistas (cesta-básica e passe)</li> <li>d) Relato negativo da adesão</li> </ul>

A categoria **susceptibilidade percebida** foi elaborada a partir da fala dos sujeitos em que mencionaram a sua susceptibilidade à doença. Três

unidades temáticas emergiram. A unidade temática “relacionada aos sintomas e conhecimento de senso comum” diz respeito aos conhecimentos/percepção dos entrevistados quanto aos sintomas sentidos após a infecção e a maneira como se dá a transmissão do bacilo. A unidade temática “hereditariedade”, está ligada à crença de que a doença tem relação aos aspectos familiares e hereditários. Já a unidade temática relacionados ao “conhecimento científico”, diz respeito às respostas mais próximas do conceito científico da tuberculose.

A categoria **seriedade percebida**, avaliada pelo grau de excitação emocional, foi elaborada a partir dos preconceitos sentidos pelos sujeitos de pesquisa. A unidade temática “medo, HIV/Aids e morte”, emergiu da fala dos entrevistados ao mencionarem que tiveram medo ao saber do diagnóstico da doença, medo da morte, ou associavam a tuberculose ao HIV/Aids.

A categoria **benefícios percebidos** foi considerada como uma ação positiva que terá como consequência a redução de riscos ou seriedade da doença. A unidade temática “bom atendimento no serviço de saúde” surgiu com as falas que demonstravam a importância de um bom atendimento para o seqüência do tratamento. A unidade temática “bom tratamento”, foi considerada quando os entrevistados relataram a melhora sentida com o tratamento. A unidade temática “relato positivo de adesão”, foi construído a partir dos relatos sobre a ingestão contínua da medicação e a ausência do sentimento para a interrupção do tratamento.

As **barreiras percebidas** foram listadas a partir das falas que demonstravam a dificuldade para o diagnóstico da tuberculose (unidade temática diagnóstico incorreto), para os efeitos colaterais sentidos com a ingestão do medicamento (unidade temática relativo aos efeitos colaterais). A unidade temática “questões assistencialistas” surgiu com o discurso a respeito da necessidade e direito da cesta-básica e passe, e a ausência destes benefícios pode prejudicar a adesão ao tratamento. Na unidade temática, “relato negativo de adesão”, constam as respostas obtidas das falas que mencionaram falhas na ingestão dos medicamentos por no mínimo um dia.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PESQUISADOS

Foram selecionados seis serviços de saúde localizados na Zona Norte do município de São Paulo, pertencentes ao Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia. Estes serviços, foram escolhidos para a realização da pesquisa por apresentarem o maior número de casos de tuberculose da região no período da coleta de dados, além de realizarem tratamento supervisionado de tuberculose. O critério para a numeração dos serviços eleitos foi a ordem cronológica na realização das entrevistas.

Na tabela 1, constam às características das unidades elegíveis.

**Tabela 1** – Características dos serviços de saúde elegíveis para pesquisa do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo área de atendimento, tipo de assistência, número de habitantes e de famílias atendidas. São Paulo, 2007.

Serviços eleitos	Área (km <sup>2</sup> )	Tipo	Habitantes	N famílias
1	1,46	UBS	19.207	5.546
2	2,36	PSF	32.341	8.554
3	1,16	UBS	27.256	7.118
4	0,7	PSF	13.493	3.873
5	11,21	PSF	39.367	10.061
6	1,93	UBS	24.313	7.216
<b>Total</b>	<b>18,82</b>	<b>-</b>	<b>155.977</b>	<b>42.368</b>

Fonte: Elaboração: SMS/CEInfo/GISA, maio. 2007. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/inf\\_socioamb/0001/NORTE\\_Domicilios.xls](http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/inf_socioamb/0001/NORTE_Domicilios.xls). Acessado em 04/02/08

As unidades eleitas 1, 3 e 6, são Unidades Básicas de Saúde (UBS), e de acordo com ELIAS et al (2006), devem contar com equipes de médicos (de diferentes especialidades), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico, distribuídos irregularmente pelas



unidades. Em relação à demanda atendida é espontânea e/ou encaminhada de outro serviço. Assim sendo, não é necessária a definição do território de abrangência e cadastramento da população residente na área.

Os serviços 4 e 5 fazem parte das Unidades Saúde da Família (USF). Constitui-se a partir do Programa Saúde da Família (PSF), que foi implantado inicialmente em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994 foram formadas as primeiras equipes do PSF. O principal objetivo do PSF é centrar esforços nas famílias, com atendimento integral em seu ambiente físico e social, opondo-se ao conceito baseado na cura de doenças do indivíduo (LUCIANO, 2002).

De acordo com o referido autor, o PSF contém as Equipes de Saúde da Família (ESF) e atua dentro das seguintes diretrizes:

- a) Caráter substitutivo;
- b) Integralidade e hierarquização da atenção à saúde;
- c) Territorilização e adscrição da clientela (definição do território de abrangência e cadastramento da população residente na área);
- d) Equipe multiprofissional (compondo-se de um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, e seis a dez Agentes Comunitários de Saúde - ACS, atendendo em média cerca de 600 a 1000 famílias).

#### 4.1.1 Perfil de Atendimento do Tratamento Supervisionado dos Serviços de Saúde

As informações coletadas do livro “Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose” do período de janeiro de 2006 a outubro de 2007 das seis unidades pesquisadas do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia seguem abaixo.

Na tabela 2, são apresentados o total de número de casos de acordo com o serviço pesquisado em relação ao sexo.

**Tabela 2** – Distribuição do número de casos atendidos em tratamento supervisionado de tuberculose do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia nas unidades elegíveis para pesquisa no período de janeiro de 2006 a outubro de 2007 em relação a sexo. São Paulo, 2007.

Serviço de saúde	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	9	9,78	4	5,63	13	7,98
2	26	28,26	19	26,76	45	27,61
3	19	20,65	9	12,68	28	17,18
4	9	9,78	8	11,27	17	10,43
5	18	19,57	23	32,39	41	25,15
6	11	11,96	8	11,27	19	11,66
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,00</b>	<b>76</b>	<b>100,00</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Segundo a tabela 2, a maior percentagem de homens encontra-se no serviço de saúde 2 (PSF). Este serviço de saúde é o segundo maior em área de abrangência (2,36 km<sup>2</sup>) e número de famílias atendidas (8.554) quando observada a tabela 1.

Já entre as mulheres, o serviço de saúde 5 (PSF) apresenta a maior percentagem de casos. Este serviço, de acordo com a tabela 1, possui a maior área de abrangência (11,21 km<sup>2</sup>) e o número de famílias atendidas (10,061) entre os serviços pesquisados.

Ao observarmos o número absoluto de casos entre os sexos, verifica-se que os homens foram mais acometidos pela tuberculose, o que vai de encontro com a literatura.

Os dados da literatura indicam que os homens são mais acometidos por tuberculose em relação às mulheres. Nos países em desenvolvimento, dos casos novos notificados, dois terços são do sexo masculino (THORSON e DIWAN, 1998).

A tabela 3, traz informações referentes à idade em relação ao sexo.

**Tabela 3** – Distribuição dos pacientes atendidos em tratamento supervisionado de tuberculose do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia dos serviços de saúde para pesquisa no período de janeiro de 2006 a outubro de 2007 de acordo com idade em relação a sexo. São Paulo, 2007.

Idade (anos)	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
18 a 29	31	33,70	32	45,07	63	100,00
30 a 39	20	21,74	19	26,76	39	100,00
40 a 49	19	20,65	13	18,31	32	100,00
50 a 59	14	15,22	1	1,41	15	100,00
60 a 69	7	7,61	4	5,63	11	100,00
70 a 79	1	1,09	2	2,82	3	100,00
Ignorado	-	-	1	1,41	1	100,00
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>56,44</b>	<b>71</b>	<b>43,56</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Observou-se na tabela 3, nas idades compreendidas entre 20 a 29 anos e 30 a 39 anos a maior percentagem. Tais dados são similares com os encontrados na literatura, e já eram esperados, ou seja, que a idade produtiva tenha uma maior representatividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Em relação à idade, NOGUEIRA et al (2001), ao traçar perfil dos pacientes com tuberculose atendidos num serviço público de saúde identificou o maior número de doentes na faixa etária de 30 a 49 anos (46,8%). BERGEL e GOUVEIA (2005), obtiveram resultados semelhantes em relação à faixa etária com maior percentagem.

Em relação ao sexo, de acordo com NOGUEIRA et al (2001) 58% eram do sexo masculino, e NOGUEIRA et al (2005), 60,5% eram do sexo masculino respectivamente.

Ao observar a idade em relação ao sexo, podemos verificar um número maior entre as mulheres em idade reprodutiva, de 20 a 39 anos predominantemente, e somando a percentagem cumulativa é de 64,47%.

Houve um declínio do número de casos no sexo feminino, principalmente a partir dos 40 anos ao compararmos com o sexo masculino. Ao contrário, o sexo masculino na faixa etária de 50 a 59 anos apresentou um número elevado de casos (N=14), quando comparados ao sexo feminino (N=1).

HOLMES et al (1998), menciona em sua revisão de literatura a maior probabilidade entre as mulheres de idade reprodutiva apresentar altas taxas de progressão da infecção à doença. Já a queda observada a partir dos 40 anos, em contrapartida, pode estar vinculada a fatores hormonais.

**Tabela 4** – Distribuição dos pacientes atendidos em tratamento supervisionado de tuberculose do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia dos serviços de saúde elegíveis para pesquisa no ano de 2006 de acordo com o tipo de saída em relação a sexo. São Paulo, 2007.

Tipo de Saída	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cura	43	69,35	32	64,00	75	66,96
Abandono	5	8,06	3	6,00	8	7,14
Óbito	-	-	3	6,00	3	2,68
Transferência	12	19,35	3	6,00	15	13,39
Ignorado	2	3,23	9	18,00	11	9,82
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>	<b>112</b>	<b>100,00</b>

Quanto aos motivos de alta, as ações para o controle da tuberculose no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b)

De acordo com os dados aqui apresentados, a cura obteve 69,35% para o sexo masculino e 64,00% para o sexo feminino. Essas percentagens encontram-se abaixo do nível desejado.

MUNIZ e VILLA (2002) destacam as percentagens de cura em pesquisa realizada sobre o impacto do tratamento supervisionado em Ribeirão Preto, São Paulo no período de 1998 a 2000. No ano de 1998 foi de

89,3%, em 1999 de 76,3% e em 2000 de 82,9%. Na atual pesquisa, a percentagem total de cura atingiu 66,96%.

Já em estudo de SANTOS et al (2003), também desenvolvido em Ribeirão Preto, São Paulo, o percentual de cura não foi superior a 60% nos períodos de 1990 a 1997.

#### 4.1.2 Características dos Sujeitos de Pesquisa

A amostragem foi não probabilística, constituída de 28 pacientes em tratamento supervisionado de tuberculose no período destinado à coleta de dados em serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia no Município de São Paulo.

Em relação às entrevistas realizadas, a tabela abaixo, apresenta o número de sujeitos entrevistados de cada serviço de saúde, denominados de 1 a 6, em relação ao sexo.

**Tabela 5** – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo serviço de saúde em relação ao sexo. São Paulo, 2007.

Serviço de Saúde	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1 (UBS)	2	66,67	1	33,33	3	100,00
2 (PSF)	3	30,00	7	70,00	10	100,00
3 (UBS)	3	42,86	4	57,14	7	100,00
4 (PSF)	-	-	2	100,00	2	100,00
5 (PSF)	-	-	3	100,00	3	100,00
6 (UBS)	3	100,00	-	-	3	100,00
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>39,29</b>	<b>17</b>	<b>60,71</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 6, são apresentados os dados referentes à idade em relação ao sexo.

**Tabela 6** – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo idade em relação ao sexo. São Paulo, 2007.

Idade (anos)	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
18 a 29	5	45,45	8	47,06	13	46,43
30 a 39	1	9,09	4	23,53	5	17,86
40 a 49	1	9,09	4	23,53	5	17,86
50 a 59	2	18,18	-	-	2	7,14
60 a 69	2	18,18	-	-	2	7,14
70 a 79	-	-	1	5,88	1	3,57
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 6, podemos observar um número maior de entrevistas realizadas entre as mulheres, sendo a faixa etária com maior percentagem de 18 a 29 anos.

A percentagem cumulativa entre as faixas etárias de 18 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos totaliza 94,12%. Nas faixas etárias compreendidas entre 50 a 59 anos e 60 a 69 anos não houve entrevistadas.

Para HOLMES et al (1998), em sua revisão de literatura a mulher em idade reprodutiva, possui maior probabilidade de apresentar altas taxas de progressão da infecção à doença. A queda observada a partir dos 50 anos, para o autor, pode estar associada às questões hormonais.

Em relação ao sexo masculino, houve predomínio na faixa etária de 18 a 29 anos (45,45%), caracterizando idade produtiva como já observado na literatura.

Nesta pesquisa, ao compararmos as informações coletadas por meio do livro “Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose” dos seis serviços de saúde pesquisados, no período de janeiro de 2006 a

outubro de 2007, com o presente estudo, constatamos uma similaridade dos dados de idade e sexo.

Ao analisarmos os dados do sexo feminino isoladamente, observamos um número maior de casos entre as mulheres em idade reprodutiva e um declínio do número de casos após os 50 anos, fato observado também neste estudo.

**Tabela 7** – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo estado civil e sexo. São Paulo, 2007.

Estado Civil	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	4	36,36	10	58,82	14	50,00
Casado / Amigado	7	63,34	4	23,53	11	39,28
Separado/Divorciado	-	-	2	11,76	2	7,14
Viúvo	-	-	1	5,88	1	3,57
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

Quanto ao estado civil, 36,36% do sexo masculino e 58,82% do sexo feminino eram solteiros. Maior número de casado/amigado foi observado no sexo masculino (63,34%).

Separado/divorciado foi encontrado somente entre as mulheres com 11,76%, e o mesmo ocorreu com o estado civil viúvo, com 5,88% das pessoas entrevistadas.

Em pesquisa realizada por LIMA et al (2001), para avaliar o abandono ao tratamento da tuberculose constatou um número maior de solteiros que relataram abandono.

Na tabela 8 evidencia-se os resultados obtidos quanto à opção religiosa referida.

**Tabela 8** – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo religião referida em relação ao sexo. São Paulo, 2007.

Religião	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Católica	7	63,64	4	23,53	11	39,29
Evangélica	3	27,27	9	52,94	12	42,86
Candomblé/Umbanda	-	-	2	11,76	2	7,14
Sem religião	1	9,09	2	11,76	3	10,71
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

Como podemos observar, a religião predominante entre o sexo masculino é a católica (63,64%), enquanto que entre as mulheres é a religião evangélica (52,94%).

A opção religiosa, apesar de não ter sido discutida profundamente nesta pesquisa, foi importante, pois, tendo como base o Modelo de Crenças em Saúde, consideramos importante conhecer a religião dos pesquisados, pois poderia haver influência ou não nos aspectos da adesão ao medicamento.

A tabela 9 apresenta os dados em relação ao nível de escolaridade em relação ao sexo.



**Tabela 9** – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo nível de escolaridade em relação a sexo. São Paulo, 2007.

Escolaridade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Semi-analfabeto /analfabeto	-	-	1	100,00	1	100,00
Ensino Fundamental I incompleto	2	50,00	2	50,00	4	100,00
Ensino Fundamental I completo	1	25,00	3	75,00	4	100,00
Ensino Fundamental II incompleto	2	100,00	-	-	2	100,00
Ensino Fundamental II completo	2	40,00	3	60,00	5	100,00
Ensino Médio incompleto	2	100,00	-	-	2	100,00
Ensino Médio completo	2	22,22	7	77,78	9	100,00
Superior completo	-	-	1	100,00	1	100,00
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>39,29</b>	<b>17</b>	<b>60,71</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

A respeito do nível de escolaridade, podemos observar que as mulheres possuem maior instrução do que os homens, uma vez que 77,78% do sexo feminino concluíram o ensino médio, enquanto que somente 22,22% do sexo masculino obtiveram o mesmo nível de escolaridade.

Esta tendência de maior escolaridade entre as mulheres já vem sendo observado em estudos realizados pela Fundação Carlos Chagas.

Segunda a Fundação Carlos Chagas<sup>2</sup>, a prevalência das mulheres entre os mais escolarizados ocorre a partir do ensino médio e se estende ao ensino superior. No ano de 2002, o sexo feminino totalizou 54% das matrículas no ensino médio, e 56% dos ingressantes no ensino superior pelo vestibular. As mulheres além de totalizar o maior número de ingressantes no ensino médio e superior, representam também o maior número de concluintes sendo 58% do ensino médio, e 63% do ensino superior.

<sup>2</sup>FCC - Fundação Carlos Chagas [homepage na internet]. São Paulo;2008. [acesso em 01 mai 2008]. Disponível em:[http://www.fcc.org.br/mulher/series\\_historicas/mbet.html](http://www.fcc.org.br/mulher/series_historicas/mbet.html)

Esta tendência de maior escolarização, e conclusão dos níveis de escolaridade também foi observada no presente estudo, uma vez que o ensino fundamental II incompleto (antigo 5ª a 8ª série) e ensino médio incompleto (antigo 2º grau), não foram observados. Foram observadas somente mulheres concluintes do ensino fundamental II e ensino médio.

Apesar dos dados apresentados acima, ainda assim, observa-se em geral, que o nível de escolaridade é baixo, principalmente no sexo masculino.

A tabela 10, traz informações referentes à ocupação dos sujeitos da pesquisa.

**Tabela 10** – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo ocupação em relação a sexo. São Paulo, 2007.

Ramo de atividade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Comércio	5	45,45	4	23,53	9	32,14
Transporte	3	27,25	-	-	3	10,71
Limpeza	1	9,10	5	29,41	6	21,43
Profissional autônomo	1	9,10	1	5,88	2	7,15
Aposentado /Pensionista	1	9,10	1	5,88	2	7,15
Desempregado	-	-	3	17,65	3	10,71
Do lar	-	-	3	17,65	3	10,71
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

Por meio das informações da tabela 10, observamos as diferenças em relação ao sexo para a variável ocupação profissional.

No ramo de atividade comércio, os homens (45,45%) estão mais presentes do que as mulheres (23,53%). Já no ramo de atividade transporte, há uma exclusividade do sexo masculino. Este ramo, compreende caminhoneiros, motoristas e cobradores de ônibus.

Já no ramo de atividade limpeza, as mulheres (29,41%) apresentaram predomínio em relação ao sexo masculino (9,10%).

Aposentados e pensionistas, tiveram valores percentuais próximos, já a categoria desempregado, foi observada somente entre as mulheres.

A tabela 11 refere-se à distribuição do local de diagnóstico da tuberculose em relação ao sexo.

**Tabela 11** – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo local de diagnóstico da tuberculose em relação ao sexo. São Paulo, 2007.

Local de Diagnóstico	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hospital	10	90,91	11	64,71	21	75,00
Posto de Saúde	-	-	4	23,53	4	14,29
Médico Particular	1	9,09	-	-	1	3,57
AMA <sup>3</sup>	-	-	1	5,88	1	3,57
Sem resposta	-	-	1	5,88	1	3,57
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

Podemos observar que os homens, procuraram com mais assiduidade o hospital como local para o diagnóstico da tuberculose (90,91%). O único homem que obteve diagnóstico em médico particular, de acordo com seu relato, realiza consultas periódicas para avaliar o seu estado de saúde, pois se trata de enfisema pulmonar.

Já as mulheres, apesar de também procurarem o hospital (64,71%), possuem uma segunda opção, o posto de saúde (23,53%) e o AMA (5,88%).

Em estudo realizado por CAPUANO (2001), os resultados em relação ao local de diagnóstico foram semelhantes. Ao questionar seus entrevistados sobre o local de procura para atendimento quando se sentem doentes, 48,2% responderam procurar o hospital, enquanto que 18,5% procuram a UBS da região.

<sup>3</sup> AMA – Assistência Médica Ambulatorial

O fato de a grande maioria procurar o hospital como local para o diagnóstico nos faz observar que não há a cultura da saúde, mas sim a cultura da doença, ou seja, procura-se o serviço de saúde somente em casos extremos.

A tabela 12, traz informações sobre o tempo transcorrido entre os primeiros sintomas observados e o diagnóstico para a tuberculose.

**Tabela 12** – Distribuição dos pacientes entrevistados em tratamento supervisionado de tuberculose dos serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo tempo para diagnóstico da tuberculose em relação ao sexo. São Paulo, 2007.

Tempo para diagnóstico	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
até 15 dias	-	-	2	11,76	2	7,14
de 16 a 30 dias	4	36,36	3	17,65	7	25,00
de 31 a 60 dias	4	36,36	3	17,65	7	25,00
de 61 a 90 dias	2	18,18	2	11,76	4	14,29
de 91 a 180 dias	-	-	-	-	-	-
de 181 dias a 365 dias	1	9,09	-	-	1	3,57
Mais de 365 dias	-	-	3	17,65	3	10,71
Sem resposta	-	-	4	23,53	4	14,29
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

De acordo com a tabela 13, podemos verificar que nenhum homem foi diagnosticado em até 15 dias a partir dos primeiros sintomas observados, ao contrário das mulheres.

O período de predomínio para o diagnóstico da tuberculose no sexo masculino está entre 16 a 30 dias e 31 a 60 dias. No entanto, nenhum homem foi diagnosticado após um ano a partir dos primeiros sintomas.

O sexo feminino, não apresentou o mesmo padrão. Ao contrário, teve uma frequência relativa diluída entre o período compreendido de 16 a 90 dias, além de ter sido diagnosticada após um ano dos primeiros sintomas observados.

## 4.2 CRENÇAS ACERCA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM RELAÇÃO AO SEXO

A análise dos dados qualitativos, se deu a partir dos relatos obtidos mediante a utilização do roteiro semi-estruturado (ANEXO 3). Após a transcrição literal das entrevistas, o passo seguinte foi à realização da leitura flutuante, e da exploração do material em maior profundidade. Foram agrupados os conteúdos que emergiram da fala dos sujeitos de pesquisa, e classificados de acordo com a categoria do Modelo de Crenças em Saúde (ROSENSTOCK, 1974a), que são:

- suscetibilidade percebida;
- seriedade percebida;
- benefícios percebidos, e
- barreiras percebidas.

Em seguida obtivemos as unidades temáticas para cada categoria.

Os resultados apresentados a seguir, bem como a discussão, referem-se às informações emitidas pelos 28 pacientes, sendo 11 homens e 17 mulheres em tratamento supervisionado de tuberculose de seis serviços de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, ou seja, os pacientes que tiveram suas características analisadas anteriormente.

## Categoria 1 – Suscetibilidade percebida

### Unidade temática: 1a) Relacionados aos sintomas e conhecimento de senso comum

Masculino	Feminino
Mas a minha, foi pegada pelo ar. A gente que viaja muito, fala com todo mundo. Está no meio de todas as pessoas. Pessoas que eu nunca vi. (E9 – 50 anos, masculino, amigado, ensino fundamental I incompleto)	<i>Então eu pensei que tuberculose dá de uma gripe mal curada, ou de uma pneumonia mal curada.(...) Eu não bebo e não fumo. Como deu, eu não sei. (E2 – 25 anos, feminino, amigada, ensino fundamental I completo).</i>
Pega assim, passar no ônibus cheio, ou no bar, ou em lugar fechado. (E13 – 62 anos, masculino, casado, ensino fundamental I incompleto)	<i>Eu sei que é um vírus que se pega pelo ar. (E16, 23 anos, feminino, solteira, ensino médio completo).</i>
Pelo que conheço, pelo meu conhecimento, a transmissão da tuberculose é como se fosse a transmissão de uma simples gripe. Ou seja, você pode pegar ela de uma outra pessoa. Ou se você já teve uma pneumonia, e por ventura teve algum problema, e, não foi curada completamente, você pode vir a ter tuberculose. (E23 – 22 anos, masculino, casado, ensino fundamental II completo)	<i>Não muita coisa. Mas, que ataca o pulmão. Eu não sei o que tinha na pleura. Porque tinha pleural. Eu não sabia que emagrece muito, falta de apetite. Eu não sabia. (E20 – 22 anos, feminino, solteira, ensino médio completo)</i>
	<i>Eu sei que é pegado no ar. Ou também, pega de outra pessoa que a gente cuidou ou que esteve perto de uma pessoa com tuberculose Eu suava muito a noite. (...) Dizem que os primeiros sintomas são esses de tuberculose. Todos falam isso. Que são os sintomas que todos os pacientes que estão com tuberculose daqui da turma (...). (E24 – 41 anos, feminino, solteira, ensino fundamental I completo)</i>

Na categoria suscetibilidade percebida, obteve-se o tema relacionado aos sintomas e conhecimento de senso comum, o que nos faz refletir que dos 28 entrevistados, 6 homens e 11 mulheres apresentaram relatos relacionados a esta unidade temática. Sendo assim, estes entrevistados não possuem a percepção de suscetibilidade da tuberculose, e portanto, para esses entrevistados, a doença continua a ser uma desconhecida.

As mulheres casadas/amigadas (n=4) reconhecem a sua suscetibilidade para a tuberculose, com uma doença mal curada, como uma gripe ou pneumonia, por exemplo, ou como um vírus que se “pega” pelo ar. Não sabem explicar como ocorre a transmissão do “vírus”, como também

não sabem do bacilo. Os relatos dos sintomas, tais como “*febre, dor de cabeça e perda de peso*” foram associados aos sintomas da gripe.

No entanto, mesmo após a infecção e início do tratamento, uma entrevistada sequer reconhece quais foram os sintomas percebidos.

*A médica me explicou. A gente sente muito calor, muita febre, muita dor de cabeça, muita tontura. (E3 – 40 anos, feminino, casada, semi-analfabeta).*

Relata a informação dada pela sua médica, e isso a torna extremamente suscetível a doença, uma vez que, caso haja uma segunda infecção, não reconhecerá os sintomas da tuberculose.

Já as mulheres solteiras e as casadas, percebem a sua suscetibilidade como um “vírus” que é transmitido pelo ar. Não sabem exatamente como se dá a transmissão. Possuem uma noção de ser uma doença transmissível, aonde a proximidade de contato com uma pessoa doente favorece o contágio, além de relacionar a tuberculose com lugares fechados, como ônibus.

Segundo GONÇALVES (2000), a representação da tuberculose com locais fechados está vinculada ao imaginário de uma doença típica de cortiços, ao invés de estar associada à questões relacionadas à transmissão do bacilo e conhecimento da doença.

Apesar de o sexo feminino possuir maior nível de escolaridade em relação aos homens, apresentam também conceitos errôneos referente à tuberculose.

A doença ainda está associada, a “fazer coisas certas”, como mencionado na entrevista E2, uma vez que não sabe como pegou a tuberculose, pois não bebe e não fuma, e demonstra certo inconformismo e dúvida em relação à doença. Achado semelhante está em BERTOLOZZI (1998) ao realizar estudo sobre a adesão ao Programa de Controle a Tuberculose; no entanto, este estudo não apresentou como objetivo relatar as diferenças entre os sexos.

Já no sexo masculino, foram observadas as mesmas crenças do sexo feminino. A suscetibilidade percebida da tuberculose está vinculada a uma

doença transmissível, de local fechado, cujos sintomas (tosse, perda de peso e falta de apetite) foram vinculados inicialmente com outras enfermidades, como gripe por exemplo.

De modo geral, homens e mulheres não se percebem suscetíveis à doença por não conhecê-la de fato.

Para ROSENSTOCK (1974a), a suscetibilidade percebida varia de pessoa para pessoa, pois, há três tipos de suscetibilidade. A primeira, refere-se à negação da pessoa de assumir qualquer percepção de risco. A segunda, refere-se ao sujeito que assume a existência de uma possibilidade estatística de ocorrência de uma doença, mas que não é provável que ocorra. A terceira, é a pessoa que assume o perigo real de contrair uma doença.

SANCHEZ e BERTOLOZZI (2004), obtiveram dados semelhantes em relação à vulnerabilidade e ao conhecimento sobre a doença. O conhecimento de estudantes universitários sobre tuberculose, que a princípio diziam saber o que era a doença, demonstrou que ao se aprofundar o tema apontaram definições gerais, até mesmo, algumas de senso comum, semelhantes às relatadas nesta pesquisa.

Assim, observa-se desconhecimento da tuberculose em todas as camadas sociais e níveis de escolaridade.



## **Categoria 1 – Suscetibilidade percebida**

### **Unidade temática: 1b) Relacionados à hereditariedade**

Masculino	Feminino
Eu peguei devido minha mãe teve, depois minha irmã mais velha, depois a outra e agora eu. (E22 – 21 anos, masculino, casado, ensino fundamental II completo)	<i>A minha família não tem nada disso. (E8 – 72 anos, feminino, viúva, ensino fundamental I incompleto).</i>
	<i>A minha avó tirou o pulmão. A minha finada avó. Tirou o pulmão. Ficou internada 3 anos em Campos de Jordão antigamente, e tirou o pulmão. Ela não tinha um dos lados [do pulmão]. Minha mãe já teve, meus irmãos também. Eu sei que pega assim, porque o meu irmão pegou através dele eu peguei de novo. (E18 – 37 anos, feminino, divorciada, ensino fundamental I incompleto).</i>

Outra subcategoria encontrada, relaciona-se à hereditariedade. Por meio desta subcategoria, podemos perceber que os sujeitos de pesquisa ainda possuem a crença de que a tuberculose possui um traço hereditário, principalmente entre as mulheres. Desta maneira, a suscetibilidade para a doença não é percebida, pois está vinculada às questões familiares e genéticas.

De acordo com CHALHOUB (1996), até o final do século XIX, acreditava-se que a tuberculose estava associada à hereditariedade e às condições de vida, portanto, a noção da doença, implicava na noção de herança de morte.

Desta forma, observa-se que mesmo depois de dois séculos, ainda há a crença, mesmo que num grau menor, na hereditariedade da tuberculose, o que é prejudicial na conscientização desses sujeitos de pesquisa para a verdadeira noção de suscetibilidade da doença.

Assim, ao se considerar a suscetibilidade da tuberculose de maneira hereditária, a concepção de doença transmissível torna-se incompatível, e, portanto, não há mecanismos de proteção à doença. A pessoa está completamente suscetível à doença em algum momento de vida.

LONG et al (1999) também encontraram a crença na transmissão da tuberculose de maneira hereditária em seus estudos e não houve diferenças entre homens e mulheres, bem como GAZETTA et al (2000).

## **Categoria 1 – Suscetibilidade percebida**

### **Unidade temática: 1c) Relativo ao conhecimento científico.**

Masculino	Feminino
Acho que através da saliva. Você tosse, e joga a saliva no outro. (E19, 25 anos, masculino, solteiro, ensino fundamental II incompleto)	<i>A única coisa que eu sei, é que tem perigo de contágio nos primeiros dias, depois de 15 dias diz que não tem mais, tem que ficar tudo arejado, tem que se alimentar super bem. É a única coisa que eu sei é isso. (E7 – 49 anos, feminino, solteira, ensino fundamental I completo)</i>
Uma vez que é um vírus, que as pessoas não tratando ela normalmente, não tratando ela com cuidado, esse vírus se expande e se torna um vírus incurável. Até mesmo quando você pára de tomar o remédio, o vírus se fortifica no seu pulmão. Ele fica forte de uma tal maneira, segundo eu fiquei sabendo e segundo eu ouvi falar. Eu aprendi que não tem mais cura para você. Se você passar para outras pessoas, também não tem mais cura para elas. É como se fosse uma forma avançada da tuberculose. Uma forma fortificada. Você não tem muitas chances de cura. Você morre com ela. É algo muito sério. (E23 – 22 anos, masculino, casado, ensino fundamental II completo)	<i>No caso da tuberculose ela pode ser pega no ar, devido os bacilos que se espalham. Então, pode ser no ônibus, pode ser num beco. Ou você ir num local onde está um tuberculoso, se você estiver com baixa no sistema imunológico, você pode adquirir a doença, e ela pode ficar alojada. (E7 – 24 anos, feminino, Solteira, superior completo).</i>

Somente quatro, dos 28 entrevistados apresentaram uma explicação mais próxima do conceito científico da tuberculose. Mesmo apresentando diferentes níveis de escolaridade, demonstraram, apesar de inicialmente informar que pouco sabiam, uma visão mais clara da tuberculose.

No entanto, as mulheres possuem um conhecimento científico mais próximo do correto em relação aos homens, sabendo inclusive, se expressar melhor, mencionando o que sabem.

Já os homens, mencionam o conhecimento de acordo com o que ouviram dizer, ou ficaram sabendo. Não é um conhecimento de fato. A suscetibilidade percebida para os homens, torna-se mais distante, pois eles não se apropriaram deste conhecimento, visto que, sequer reconhecem se a informação é verdadeira. Somente transmitem o que lhe foi informado, verbalmente ou não.

Esta observação, está no trecho extraído da entrevista E23, quando tenta relatar o processo da tuberculose multi-droga-resistente, com a seguinte fala: “segundo eu fiquei sabendo e segundo eu ouvi falar”.

Podemos dizer, que a tuberculose ainda permanece como uma doença pouco abordada pelos sistemas de ensino e saúde, e estes devem realizar esforços para a disseminação de informações mais profundas.

SANCHEZ e BERTOLOZZI (2004) comprovam em pesquisa realizada entre estudantes universitários o desconhecimento acerca desta patologia. Somente 4,7% tinham ouvido falar sobre tuberculose em Unidades Básicas de Saúde, e 25,5% em instituições educativas, o que inclui cursos preparatórios para vestibular, colégios e faculdades.

Antes de tudo, quando o indivíduo desconhece, ou pior, tem uma concepção equivocada, a sua suscetibilidade à doença tem grande probabilidade de aumentar, tornando-o vulnerável à possível infecção.

## Categoria 2 – Seriedade percebida

### Unidade temática: 2a) Preconceito

Masculino	Feminino
<p>Eu tinha um preconceito, mas, conversando com a enfermeira aqui, ela passou algumas informações para eu ficar tranquilo. Que tem cura. (...) De conversar com as pessoas até mesmo. (E28 – 24 anos, masculino, solteiro, ensino médio completo)</p>	<p><i>Eu não quis falar. [ao patrão] (...)Eles são muito preconceituosos. Eu trabalho com o público. Quando eu descobri, eu chorava desesperadamente. (E15 – 26 anos, feminino, solteira, ensino médio completo)</i></p> <p><i>(...) As minhas filhas, eu não deixo elas beberem nada no meu copo. Sempre estar evitando. Eu acho que vou continuar com isso. (...) A gente fica isolada, porque tem aquele preconceito. Tem gente que não pega nem na mão de outra pessoa. (...) Tem uma que perguntou e a enfermeira estava perto e ela respondeu dizendo que era tratamento de tuberculose. A mulher levantou, “Credo em cruz!”, e foi para lá. Então isso... (E24 – 41 anos, feminino, solteira, ensino fundamental I completo)</i></p>

Nos relatos acima, referentes à crença sobre a seriedade percebida da doença, emergiu a subcategoria preconceito, uma vez que, de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde a referida categoria é avaliada pela percepção do grau de excitação emocional que uma determinada doença exerce sobre o indivíduo, bem como a preocupação de contrair uma doença ou de ficar sem tratamento correto (ROSENSTOCK, 1974a).

Nos trechos acima, identificamos o preconceito sofrido pelos doentes de tuberculose pela sociedade, ou mesmo, pelo próprio preconceito de si em relação ao diagnóstico, sobretudo do sexo feminino. É curioso observar que somente as mulheres solteiras mencionaram esse preconceito, tendo como palavras chaves discriminação, preconceito e estigma. Já o único homem para esta unidade temática, apresentou preconceito por total desconhecimento da doença. Este sentimento diminui após conversa com a enfermeira responsável pela tuberculose, que o tranquilizou.

GONÇALVES (2000), descreve a segregação sofrida pelo doente de tuberculose, sendo responsabilizado e culpado socialmente pela doença, por

ser considerado responsável pela sua condição de saúde, e taxados como perigosos e excluídos.

A referida autora, acrescenta ainda, que por volta do final do século XIX e início do século XX, a pessoa acometida de tuberculose mesmo tendo sido curada, era forçada a realizar mudanças fundamentais em seu estilo de vida, devido à enfermidade ser considerada uma doença social. Não bastava a cura somente, havia a necessidade de um preparo do doente e do contexto social para sua reinserção. Assim, mesmo após a cura, a doença deixava uma carga de discriminação duradoura.

Essas concepções do século passado, ainda se fazem presentes no século XXI.

Em estudos realizados por VENDRAMINI et al (2002), LIMA et al (2005), JOHANSSON et al (2000), BERTOLOZZI (1998), também foi marcante a relação entre estigma e preconceito pelo próprio doente e algumas vezes pela sociedade.

VECHIATO (1997), em sua pesquisa qualitativa sobre os aspectos sócio-culturais do controle da tuberculose na Etiópia, ao questionar quais são as medidas profiláticas para evitar a tuberculose, obteve em primeiro lugar a resposta de evitar o contato físico com pacientes, incluindo respiração e contato sexual, o que demonstra o pouco conhecimento sobre a doença, e a idéia de segregação.

BERTAZONE e GIR (2000) relataram além do preconceito e rejeição que afetam a vida social do paciente acometido por tuberculose, que a relação com a parceira sexual sofre alterações por fatores sócio-emocionais.

Em pesquisa de MENDES e FENSTERSEIFER (2004), apontou a existência de informações nos prontuários médicos do sentimento de negação e revolta frente ao diagnóstico da doença, e que o abandono ao tratamento está ligado a esse sentimento.

O que se espera dos serviços de saúde, é que realizem um trabalho educativo para desconstruir estes preconceitos e estigmas, e se faça uso de um linguajar mais próximo da realidade desses pacientes, em conjunto com

o conhecimento apresentado pelos usuários dos serviços de saúde, para articular ao seu modo de vida, a construção de saberes novos e corretos.

SOUZA e SILVA (2007), relataram suas experiências com um grupo de convivência com uma proposta educativa em tuberculose. Mencionam que a percepção que o doente tem de sua condição de saúde norteia suas escolhas de cuidados e tratamento. Neste grupo de convivência buscou-se compartilhar os saberes e experiências dos participantes a respeito de cuidados de saúde. Como resultado, as autoras obtiveram indícios de que os pacientes envolvidos com o grupo passaram a refletir sobre os aspectos negativos da tuberculose (sobretudo o isolamento social e preconceito) e passaram a reconstruir a percepção de sua condição de saúde.

A partir deste relato de experiência, podemos observar que é possível a total integração educação-saúde para melhorar a compreensão da tuberculose, bem como favorecer a adesão ao tratamento.

## **Categoria 2 – Seriedade percebida**

### **Unidade temática: 2b) Medo, HIV/aids e morte**

Apresentamos as informações extraídas das respostas emitidas referentes à categoria seriedade percebida, relacionado à “medo, HIV/aids e morte”

Masculino	Feminino
<p>A “bertuculose” (sic) foi um choque. Eu ficava chorando. Eu olhava para o meu corpo. Eu via puro osso. E parece também, que a aparência da gente vai ficar como HIV. (E9 – 50 anos, masculino, amigado, ensino fundamental I incompleto)</p>	<p><i>Porque eles não explicam nada. Porque eu fiquei com medo. (...) Porque todo mundo que tem tuberculose com aids. Porque aids dá tuberculose. (E2 – 25 anos, feminino, amigada, ensino fundamental I incompleto)</i></p>
	<p><i>No começo eu fiquei com medo por causa dos meus filhos. Eu chorava. Eu pensei que fosse prejudicar eles também. Eu comecei o tratamento e fui percebendo que não era assim. (E4 – 31 anos, feminino, casada, ensino fundamental II completo)</i></p>
	<p><i>Eu sei que se a gente não cuidar, pode matar. A pessoa pode vir a morrer se não tiver consciência que tem que se tratar (E25 – 30 anos, feminino, casada, ensino médio completo)</i></p>

Nas informações emitidas pelos entrevistados, observa-se o medo em relação à tuberculose associado à visão da possibilidade co-infecção pelo HIV, e com o eminente risco de morte.

É importante ratificar que a amostra desta pesquisa não apresenta pacientes com co-infecção HIV/aids, sendo este, um dos critérios para exclusão do estudo.

A tuberculose, sendo uma das doenças que se constituem como oportunista, traz no imaginário de muitos a ligação dessas duas enfermidades ao se pensar que uma leva a outra.

Nesta categoria, a mulher apresenta maior inquietação emocional do que os homens. Resumidamente, as mulheres casadas possuem medo do HIV, da transmissão da doença aos seus filhos e medo de ficar sem



tratamento, e conseqüente morte. Já as mulheres solteiras possuem medo da rejeição dos familiares, de ficar sem tratamento e morrer.

GONÇALVES et al (1999), obteve resultados semelhantes ao avaliar a preocupação gerada pelo risco de levar a tuberculose para dentro de casa pelas mulheres que tinham filhos.

O único homem para esta unidade temática, apresentou medo do HIV, principalmente quando percebe sua debilidade física, destacando o seu emagrecimento, considerando este, como um sinal de perigo e gravidade da tuberculose.

Importante é observar a falta de informação constatada pelo trecho extraído da entrevista E2, ao se queixar de não receber explicações sobre a doença.

BERTOLOZZI (1998), em sua pesquisa sobre a adesão tratamento de tuberculose, teve dados semelhantes, em relação ao medo do HIV/aids e medo da morte sem abordar as diferenças entre os sexos.

De acordo com ROSENSTOCK (1974a), existem diferentes percepções de suscetibilidade. A primeira, refere-se à negação da pessoa de assumir qualquer percepção de risco. A segunda, refere-se ao sujeito que assume a existência de uma possibilidade estatística de ocorrência de uma doença, mas que não é provável que ocorra. A terceira, é a pessoa que assume o perigo real de contrair uma doença.

Para STRECHER e ROSENSTOCK (1997), a suscetibilidade e seriedade percebida juntas, trazem a noção da ameaça percebida.

Assim, ao compararmos as categorias suscetibilidade e seriedade percebida, observamos que apesar dos sujeitos de pesquisa apresentar noções quanto a sua suscetibilidade à doença (risco de contrair a doença pelo ar, dentro do ônibus cheio, em local fechado), e ao avaliarmos a seriedade percebida (preconceito, medo do HIV/aids, e morte), notamos que a ameaça percebida é pouco observada, e, portanto, a suscetibilidade para a doença, tanto entre as mulheres como nos homens, existe, porém consideram que a possibilidade da ocorrência da doença seja remota.

### Categoria 3 – Benefícios percebidos

#### Unidade temática: 3a) Bom atendimento

Masculino	Feminino
<p>Aqui o pessoal é gente boa. Muito legais. Estão me ajudando muito. Eu não esperava que elas iam me ajudar tanto para fazer o tratamento. Eu recebo muita força aqui. (E5 – 19 anos, masculino, solteiro, ensino médio incompleto)</p>	<p><i>Muito bem. Principalmente com a enfermeira [auxiliar de enfermagem] que trata a gente maravilhosamente bem, e o médico também é 100%. (E15 – 26 anos, feminino, solteira, ensino médio completo)</i></p>
<p>Bem. Eu estou falando que me sinto bem por causa da auxiliar de enfermagem. Ela faz aquela força. Você pode ver que funcionário nenhum faz isso. Funcionário vai se preocupar comigo? Com você? Ela não. Ela é mais...É mais fácil. Ela conversa brincando. Ela te explica legal. Ela ajuda bem no trabalho. (E9 – 50 anos, masculino, amigado, ensino fundamental I incompleto)</p>	<p><i>Aqui, eles me tratam muito bem. O meu menino tem 24 anos, faz 20 [anos] que eu me trato com ele. É o meu postinho. É como um convênio para mim. Eu não tenho o que falar. (E17 – 37 anos, feminino, separada, ensino médio completo)</i></p>
<p>A maneira como somos recebidos no local, incentiva à gente. (...) Eu me sinto ótimo. O tratamento, atendimento é ótimo (...) o atendimento desse posto, para mim, é nota dez. (E26 – 53 anos, masculino, casado, ensino fundamental II incompleto).</p>	<p><i>Tem a auxiliar de enfermagem que me trata muito bem. Ontem ela veio atrás de mim, porque eu não vim na consulta e hoje de novo. Porque eu não apareci para tomar o remédio. (E18 – 37 anos, feminino, divorciada, ensino fundamental I incompleto)</i></p>

O benefício percebido para STRECHER e ROSENSTOCK (1997) é considerado como uma ação positiva, a qual reduzirá os riscos ou a seriedade de uma doença.

Os trechos extraídos acima, demonstram que homens e mulheres compartilham da mesma opinião em relação ao atendimento prestado e a presença marcante dos profissionais de saúde

Este fato torna-se ainda mais evidente ao relacionarmos a importância do profissional de saúde, com a pergunta: “Quem é a pessoa que facilita que você tenha um bom tratamento?”.

Por meio desta pergunta, obtivemos a frequência dos profissionais de saúde dos serviços pesquisados que incentivam o tratamento e a adesão ao medicamento.

**Tabela 13** – Distribuição dos profissionais de saúde lembrados na pergunta: “Quem é a pessoa que facilita que você tenha um bom tratamento?” dos pacientes em tratamento supervisionado de tuberculose dos seis serviços elegíveis para pesquisa do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, segundo sexo. São Paulo, 2007.

Profissional	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Auxiliar de Enfermagem	7	63,64	3	17,65	10	35,71
Enfermeiro (a)	3	27,27	8	47,06	11	39,29
Agente Comunitário de Saúde	-	-	3	17,65	3	10,71
Médico (a)	-	-	1	5,88	1	3,57
Sem resposta	1	9,09	2	11,76	3	10,71
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

Os enfermeiros foram citados com maior frequência pelas mulheres (47,06%), ao contrário dos homens que citaram as auxiliares de enfermagem (63,64%).

As mulheres mencionam os enfermeiros por prestarem um serviço próximo aos pacientes e à comunidade. Isso se intensifica, quando o serviço de saúde está inserido no Programa Saúde da Família (PSF), onde em conjunto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a equipe médica realizam visitas regulares às famílias atendidas.

Somente as mulheres mencionaram os agentes de saúde como os profissionais que colaboram e incentivam os pacientes a manter o tratamento corretamente.

Os homens, reconhecem a auxiliar de enfermagem como um profissional mais próximo a eles.

Num serviço de saúde em especial, a auxiliar de enfermagem responsável pela tuberculose, ela mesma realiza a visitação dos pacientes, por ela chamados de pacientes “mais difíceis”. É comum a fala: “Vou subir o morro”, pois o posto de saúde está situado numa região com muitas ladeiras.

Citar esses profissionais torna-se mais claro, ao pensarmos que com o tratamento supervisionado, o contato entre profissional de enfermagem-

paciente é muito mais próximo. Assim, os entrevistados percebem o médico como aquele profissional que verá ao menos uma vez ao mês. Enquanto que a equipe de enfermagem, o contato é praticamente diário.

Achado semelhante está na pesquisa de DAVIDSON et al (1999), sobre a satisfação dos pacientes de tuberculose com os cuidados do DOTS em Nova York. Neste estudo, o paciente considera importante os cuidados despendidos em relação à medicação recebida e ao suporte oferecido por um profissional.

Ainda de acordo com a referida pesquisa, o profissional da área de saúde com maior percentagem de satisfação foram os enfermeiros, seguidos dos médicos.

Dados semelhantes em relação aos profissionais de saúde também foram encontrados nos trabalhos de LIMA et al (2005), CAMPINAS (2004) e VENDRAMINI et al (2002).

### Categoria 3 – Benefícios percebidos

#### Unidade temática: 3b) Bom tratamento (em relação aos medicamentos)

Masculino	Feminino
Estão me ajudando bastante. Para mim, está tirando as dores. Não estou tossindo. Não tenho dores nas costas, no peito. Eu subia um morrinho que fosse, já ficava cansado. Eu tinha que parar na metade do morro. Agora não. Eu acho que estou bem. (E5 – 19 anos, masculino, solteiro, ensino médio incompleto)	<i>Eu reagi muito bem, porque eu melhorei bastante. (E2 – 25 anos, feminino, amigada, ensino fundamental I completo)</i>
Está ótimo. Quando eu vim do hospital para cá, quando eu vi que eles colocaram a mão em mim para me tratar, eu estou ótimo. (E9 – 50 anos, masculino, amigado, ensino fundamental I incompleto)	<i>Bem. Já estou comendo bem para caramba. Eu não comia nada. (...) Engordei 1 quilo já. (E8 – 72 anos, feminino, viúva, ensino fundamental I incompleto)</i>
Quando eu comecei estava com a mancha alta no peito. Agora já diminui. (E22 – 21 anos, masculino, casado, ensino fundamental I completo)	<i>Para mim está bom, porque está fazendo efeito. (E25 – 30 anos, feminino, casada, ensino médio completo)</i>

Ao analisarmos as falas acima, identificamos como benefício percebido a temática percepção da melhora do quadro de saúde, a partir da realização de um bom tratamento.

Nesta subcategoria, o fato destes entrevistados perceberem a sua melhora, tanto homens, como mulheres, é um fator positivo para a manutenção do tratamento. Assim, constatamos que para esses sujeitos de pesquisa, o uso do medicamento foi considerado benéfico, pois se relaciona à redução da suscetibilidade e seriedade da tuberculose.

Fato importante, está no trecho abaixo, pois, mesmo sabendo de sua melhora, e do desaparecimento dos sintomas, homens e mulheres compreendem a necessidade da ingestão correta dos medicamentos.

*Eu me sinto curado, mas tem que continuar com o tratamento. (E20, 25 anos, masculino, solteiro, ensino fundamental II incompleto)*

*Eu sei que tem que tomar sempre. Porque não pode parar. Tem que terminar o tratamento. Porque pode voltar mais forte. (E11 – 20 anos, feminino, solteira, ensino fundamental II completo)*

Outro fato importante a ser observado, relaciona-se ao estado civil. Somente as mulheres casadas, (exceto a única viúva), relataram a percepção da melhora do estado de saúde com o tratamento realizado. Os homens, dos cinco relatos observados desta unidade temática, quatro eram casados, e um solteiro. Assim, podemos dizer que os homens casados apresentaram a mesma percepção que as mulheres casadas.

Podemos ainda mencionar que principalmente para os homens casados, essa melhora traz a possibilidade de retorno ao trabalho, à força física para o exercício laboral, e sobretudo quando este é o chefe da família.

O trecho abaixo reflete este sentimento:

Pensa, você com uma casa, uma família, contas, despesas. Porque todo mês, não deixa de vir. Acumular em 4 meses? (E12 – 32 anos, masculino, casado, ensino médio completo)

Você sabe que o dinheiro da gente cai. Eu não estou ganhando do mesmo jeito que eu estava ganhando se eu tivesse trabalhando. (E9 – 50 anos, masculino, amigado, ensino fundamental I incompleto)

Assim, a questão financeira é um fator preponderante para a adesão ao tratamento, tanto positivamente, como negativamente. Neste caso, foi positivo, como já explicado, pois está vinculado ao retorno do trabalho. No entanto, a demora para o início do tratamento, pode estar ligada ao medo de diminuição da renda no período do tratamento.

GONÇALVES et al (1999) também relatam a preocupação existente entre os homens casados para o retorno ao trabalho. Para a autora, os homens casados são um grupo que apresentam maior regularidade no tratamento da tuberculose. Já os solteiros, possuem uma preocupação maior em manter a rotina diária, esquecendo-se da ingestão dos medicamentos, preferindo assim, a sua vida social.

As mulheres casadas, possivelmente relatam a sua melhora no estado geral de saúde, devido à preocupação existente com seus filhos. As mulheres solteiras não apresentaram nenhuma fala nesta unidade temática.

### **Categoria 3 – Benefícios percebidos**

#### **Unidade temática: 3c) Relato positivo da adesão**

Masculino	Feminino
<i>Sempre certinho. Se não tivesse o remédio, eu não estaria assim: já melhorando. (E9 – 50 anos, masculino, amigado, ensino fundamental I incompleto)</i>	<i>A gente tem que seguir a orientação que os médicos dão aqui. Tomar a medicação. Se alimentar. Tomar os remédios direitinho. Não faltar. Procurar não tomar friagem, não tomar coisa gelada. Eu aprendi isso ai. (E6 – 49 anos, feminino, solteira, ensino fundamental I completo)</i>
<i>Isso é uma coisa sagrada. (E27 – 69 anos, masculino, casado, ensino fundamental I incompleto)</i>	<i>É a minha força de vontade. Eu quero me curar. (E16, 23 anos, feminino, solteira, ensino médio completo).</i>

O termo adesão para WHO (2003) abrange não somente os aspectos da tomada da medicação corretamente, mas também os comportamentos de saúde, tais como comportamentos preventivos e profiláticos. A qualidade das relações entre o paciente e o médico também é determinante para a adesão.

Com os trechos das falas acima, identificamos, apesar das dificuldades (como por exemplo, efeitos colaterais), a boa adesão ao tratamento da tuberculose.

O sexo feminino apresentou relatos de adesão uniformemente entre casadas e solteiras. Em relação ao sexo masculino, da mesma maneira da unidade temática anterior (bom tratamento), os homens casados (n=5) apresentaram relatos positivos da adesão, mencionando ser o tratamento algo 'sagrado'. Os homens solteiros simplesmente respondem que jamais falharam no tratamento.

A ingestão de medicamentos é um assunto importante para aquele paciente que realiza um tratamento de seis meses ou mais de duração. As ordens e orientações médicas apresentam um grande peso para a adesão. Compreender essas orientações, segui-las e incorporá-las no cotidiano é uma tarefa complexa. Os entrevistados que demonstram possuir certa consciência da necessidade de manter uma boa adesão ao tratamento,

acabam por perceber a necessidade de incorporar outras atitudes, ou seja, uma mudança de hábitos.

LIEFOOGHE (1998), cita a importância de aceitar o diagnóstico para uma boa adesão. Assim, na fala extraída abaixo, demonstra a “felicidade” com a descoberta do diagnóstico:

*(...) a minha intenção é ficar bom. Porque o meu pneumologista, porque desde o início eu pedi que ele fosse honesto se o meu caso fosse muito mais sério. Se fosse um câncer, porque até então, pode ser algo mais sério, seja honesto e fale. (...) Ele [o médico] ficou animado. Eu também fiquei animado. O médico disse: “Parabéns! Pode ir para casa. Você está com TB”. Eu fiquei contente, porque eu já sabia o motivo de toda aquela complicação que tinha tendo desde setembro.*

Neste caso, a aceitação do diagnóstico está associada “aos males, o menor”, pois, ao comparar uma doença como o câncer, a tuberculose torna-se uma doença de ‘menor’ preocupação e maior facilidade de tratamento e cura.



## Categoria 4 – Barreiras percebidas

### Unidade temática: 4a) Diagnóstico incorreto

Masculino	Feminino
Eu fiquei internado 3 dias, mas lá estava com suspeita de pneumonia. (...) Me deram o medicamento para pneumonia. Eu tomei por uns 15 dias, e não passava a tosse. (E5 – 19 anos, masculino, solteiro, ensino médio incompleto)	<i>Eu ia na médica, ia no Hospital Cachoeirinha fazer o exame e falava que estava com pneumonia. Passava injeção. Melhorava e não ia mais. Depois começou a agravar. (E3 – 40 anos, feminino, casada, semi-analfabeta).</i>
	<i>Fui dia 20 e 23, me falaram que era dor de cabeça, sinusite. (E10 – 21 anos, feminino, solteira, ensino médio completo)</i>

Pelos conteúdos extraídos, podemos verificar que o diagnóstico incorreto exerce uma barreira importante para a adesão ao tratamento tanto no sexo masculino como no feminino.

As mulheres queixam-se mais do que os homens quanto ao diagnóstico incorreto, mencionando o diagnóstico inicial como pneumonia, sinusite, dor muscular e bronquite. Já os homens, queixam-se somente do diagnóstico incorreto realizado como uma pneumonia.

A demora no diagnóstico, quando comparada com os dados da tabela 12 (p. 50), em que as 17,65% das mulheres entrevistadas, demoraram mais de um ano para o diagnóstico correto, apontam falhas no diagnóstico precoce. Os dados obtidos entre o sexo masculino, apresentam uma demora para o diagnóstico concentrado no período cumulativo de 16 a 60 dias. Assim, o tempo transcorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico, vai contra as diretrizes estabelecidas pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002a), que orienta a realização do diagnóstico precoce, principalmente nas primeiras três semanas após a infecção.

Devido à demora no diagnóstico, por vezes, permanece certa desconfiança no sistema de saúde. O trecho seguinte demonstra esta insegurança, e a barreira que causa para o efetivo controle da tuberculose.

*Mas, como eu fiquei seis meses sem ser descoberta, eu fico sempre desconfiada. Não tenho aquela certeza de ficar curada.  
(E24 – 41 anos, feminino, solteira, ensino fundamental I completo)*

Esta informação reforça a necessidade para o diagnóstico precoce da tuberculose, uma vez que, devido à demora para o seu tratamento, maior será a probabilidade de comunicantes tornarem-se também um foco de infecção.

## **Categoria 4 – Barreiras percebidas**

### **Unidade temática: 4b) Relativo aos efeitos colaterais**

Masculino	Feminino
<p>Porque os remédios dão muita dor no estômago, dá gases, cólicas. Dá muita cólica intestinal. Desde o início eu estou com alergia. (E5 – 19 anos, masculino, solteiro, ensino médio incompleto)</p> <p>(...) O estômago. É muito remédio. O remédio é forte. Ele ficava queimando por dentro. Mesma coisa que se eu tivesse bebido um negócio quente. Fica queimando o estômago. (E9 – 50 anos, masculino, amigado, ensino fundamental I incompleto)</p>	<p><i>No começo é ruim tomar, porque a pessoa não está acostumada com um monte de remédio. Depois começa a tomar, fica com um negócio no estômago. Fica agoniada no estomago. É ruim. (E11 – 20 anos, feminino, solteira, ensino fundamental II completo)</i></p> <p><i>Eu tinha força de vontade, mas as minhas pernas não deixavam. Elas doíam muito. Fiquei com alergia. Tipo coceira. Alergia. Dor de cabeça. Falta de ar. Nas duas primeiras semanas. (E16, 23 anos, feminino, solteira, ensino médio completo).</i></p>

Podemos observar que o efeito colateral é uma barreira percebida para homens e mulheres.

Para OLIVEIRA e MOREIRA FILHO (2000), em pesquisa realizada sobre recidiva de tuberculose, embora a maioria dos efeitos colaterais seja de leve intensidade, é preciso que os serviços de saúde dêem atenção redobrada aos pacientes com esta queixa, para que sejam reduzidos esses transtornos sem que haja a interrupção do tratamento e assim, manter a adesão ao regime medicamentoso.

Em relação aos efeitos colaterais, GIORGI (2006), menciona algumas estratégias para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão. O autor menciona a importância de antecipadamente informar a todos os pacientes a possibilidade dos efeitos colaterais. Esta estratégia deve ser iniciada tão logo o primeiro contato com a equipe médica ocorra. Assim, o paciente torna-se consciente da possível ocorrência de efeitos colaterais, e caso ocorra, a possibilidade de diminuí-los, além da necessidade de continuar o tratamento.

## **Categoria 4 – Barreiras percebidas**

### **Unidade temática: 4c) Questões assistencialistas**

As questões assistencialistas representam para homens e mulheres uma barreira à adesão ao tratamento da tuberculose.

Dentre as informações obtidas referentes às questões assistencialistas, selecionamos uma fala que pode representar a opinião de praticamente todos os entrevistados que relataram esta barreira.

*Eles começaram com um projeto no começo. Olha, vocês fazem o tratamento supervisionado e nós daremos para você uma cesta básica mensal, daremos também para vocês, um lanche integral todos os dias, daremos também um passe para que vocês possam se deslocar de seus trabalhos ou residências até aqui o posto, mas, uma vez que... Mas, eu acho que eles refletiram e acharam que não era possível. Eles começaram isso e acabaram não terminando. E isso mancha a imagem deles. Isso se torna um complexo para os pacientes. Eles começam a desanimar. (E23 – 22 anos, masculino, casado, ensino fundamental II completo)*

Pesquisa realizada por DAVIDSON et al (1999), sobre a satisfação de pacientes em tratamento supervisionado mediante estratégias DOTS em Nova York demonstrou que as questões assistenciais são de grande importância para esses pacientes. Nesta pesquisa referido autor, 89% consideram importante o vale transporte.

No Brasil, VENDRAMINI et al (2002) evidenciaram a disponibilidade de incentivos, caracterizados como entrega mensal de cesta básica e vale transporte como um ponto positivo para a adesão, e a melhora no quadro de saúde.

Os homens e mulheres entrevistados nesta pesquisa, queixaram-se pela demora, ou pelo não envio da cesta básica e o recebimento do vale transporte.

Desta maneira, a falta da cesta básica e do vale transporte para estes pacientes representa um prejuízo para a adesão ao tratamento, pois alguns se queixam de estarem afastados do trabalho e seu poder aquisitivo ter diminuído.

Para SOUZA e SILVA (2007), os esquemas terapêuticos disponíveis são efetivos, no entanto, uma das causas para a não adesão, e conseqüente prejuízo a terapia antituberculose está em problemas políticos, administrativos, sociais e assistências.

### Unidade temática: 4d) Relato negativo de adesão

Masculino	Feminino
<p>Porque eu tive um momento e que aconteceu e não deu tempo de tomar Você não pode parar. Tem que tomar direitinho. (E1 – 42 anos, masculino, solteiro, ensino médio incompleto)</p> <p>Teve um dia que eu falhei. Distração. Não sei o que eu fiz que eu vi que estava sobrando dois desses, eu acabei esquecendo. É uma distração sem tamanho. Todo dia de manhã já é hábito. Eu saio procurando o remédio. Eu não sei. Eu acho que peguei no remédio, tive a impressão de ter tomado e ficou. No outro dia eu vi que estava sobrando. Desde que começou o tratamento eu tomo todos os dias. (E12 – 32 anos, masculino, casado, ensino médio completo)</p> <p>Eu fiquei nove dias sem tomar o remédio. Foi um descuido meu, eu reconheço. Foi uma falta de responsabilidade, mas não aconselho isso para ninguém. (...) Eu voltei a tomar porque as enfermeiras me deram um pito, um puxão de orelha, e eu realmente sei que estava errado. (E23 – 22 anos, masculino, casado, ensino fundamental II completo)</p>	<p><i>Porque eu não agüentava tomar o remédio. (...) Porque é muito difícil tomar o remédio. Pensei no começo [em desistir]. Porque dá depressão. Porque você é discriminada. Querendo ou não, você é. (...) Fiquei mais de 15 dias. (E10 – 21 anos, feminino, solteira, ensino médio completo)</i></p> <p><i>Porque é muito cansativo. Não pelo tratamento e remédios. Mas você tem que vir até aqui todo dia. Não é sempre que dá para você vir e isso complica um pouco. Tem hora que dá realmente vontade de desistir. Fora os remédios que tem que vir tomar aqui. Esse é terrível. Eu fiquei um dia. (...) Porque eu não estava em condições de vir aqui e fiquei sem tomar. Para eles, esses dias eu não tomei realmente. Eu falei com a auxiliar de enfermagem. Mas outros dias, eu passei uma semana tomando, mas como eu não estava vindo, deram como se eu não tivesse tomado. (E14, 25 anos, feminino, solteira, ensino fundamental II completo)</i></p> <p><i>Porque eu tive que sair, porque ele [filho] estava doente. Eu tinha que levá-lo ao hospital. Geralmente, a gente ficava o dia todo no hospital e não tinha tempo de vir. (E2 – 41 anos, feminino, solteira, ensino fundamental I completo)</i></p> <p><i>Falhando nas consultas. (...) Estou desanimada de tudo. Dá um desânimo na gente de tomar o remédio. Dá e muito. Ontem ela [auxiliar de enfermagem] veio atrás de mim porque eu não vim na consulta e hoje de novo. Porque eu não apareci para tomar o remédio. (E18 – 37 anos, feminino, divorciada, ensino fundamental I incompleto).</i></p>

Um dos aspectos prejudiciais à adesão é a discriminação sofrida pelo doente e seu possível afastamento social. Neste caso, as mulheres relataram os preconceitos com maior propriedade do que os homens. JOHANSSON et al (2000) relata ser o isolamento social e o estigma, as

conseqüências sociais da tuberculose, conforme observado no trecho da entrevista E10.

Sabendo disto, os serviços de saúde necessitam realizar trabalho para desfazer essas crenças. Crenças essas que perduram por séculos e que portanto, não será de imediato que serão desconstruídas, mas é necessário que haja um marco inicial para esta mudança.

O relato E14 evidencia o cansaço em comparecer regularmente ao serviço de saúde. Neste caso em particular, a entrevistada afirma ter tomado a medicação em casa. Porém, a medicação é controlada e é fornecida somente pelo serviço de saúde, para ingestão do paciente sob supervisão do profissional responsável pelo DOTS. É somente fornecido ao paciente a dose exata para sábado, domingo e feriado para que sejam ingeridas no domicílio do paciente.

Com essa fala, criou-se um clima tenso, visto que há uma divergência de informações, pois a entrevistada não poderia ter sobras de comprimidos em casa. LIEFOOGHE (1998), cita que muitos consideram o tratamento supervisionado como sinônimo de desconfiança.

De acordo com WHO (2003), a adesão vai além da tomada da medicação. Também se refere às visitas regulares ao médico e a mudança de comportamento. Assim sendo, o trecho da entrevista E18 demonstra que a freqüência às consultas do sujeito de pesquisa em questão está sendo inferior ao desejado, o que poderá prejudicá-la no tratamento.

Pelo trecho da entrevista E18, podemos perceber a importância do profissional de enfermagem presente no Programa de Controle da Tuberculose. Graças aos esforços destes profissionais, bem como de muitos outros, a paciente em questão voltou a retomar sua rotina de consultas e de ingestão da medicação.

O fato dos profissionais de saúde conhecer o ambiente, o estilo de vida e as dificuldades enfrentadas pelo paciente é um fator que auxilia na identificação destas intercorrências e as formas de resolvê-los.

LIEFOOGHE (1998), em estudo de revisão de literatura demonstrou que as mulheres que apresentam reação negativa ao diagnóstico, expressam dificuldade para a adesão ao tratamento.

Para a autora citada, a negação da doença possui associação significativa com o risco na falha ao tratamento.

Consideramos que para as mulheres a maior influência para a não adesão ao tratamento, encontram-se nos aspectos psicológicos ao utilizar termos como “depressão”, e “desanimada”, e também aos aspectos físicos, com o uso do termo “cansaço”.

Em relação aos homens, a falha na ingestão do remédio, não apresentou um motivo real. Utilizavam palavras como “momento”, “distração”, “descuido” para justificar a perda das doses dos remédios.

A pesquisa de GONÇALVES et al (1999), sobre adesão aos medicamentos de tuberculose no Rio Grande Sul, em relação a sexo, evidenciaram que homens solteiros ou separados apresentavam menor adesão aos medicamentos e às recomendações médicas, pois procuram manter a sua rotina diária, desconsiderando a necessidade da medicação. As autoras salientam que homens casados também apresentaram dificuldades na adesão, mesmo que em menor grau quando comparados aos solteiros.

Perguntas sobre a vida pessoal e estilo de vida não foram abordados na presente pesquisa. No entanto, ao serem questionados sobre o que significava “os momentos”, que levaram o entrevistado E1 a falhar na ingestão dos medicamentos, o pesquisado hesitou.

OSTERBERG e BLASCHKE (2005) relataram em seus estudos que uma das barreiras para adesão é completo esquecimento da ingestão do medicamento.

Já o recorte da entrevista E23, também mostra, como já foi citado anteriormente, a autoridade exercida pelos profissionais de enfermagem. Entenda-se autoridade e não autoritarismo.



## 5. CONCLUSÕES

A questão da adesão é complexa e envolve múltiplos fatores. Nesta pesquisa, alguns dados são importantes para compreender a adesão ao tratamento da tuberculose, principalmente quando observadas as diferenças e similaridades em relação ao sexo na adesão ao tratamento desta patologia.

Em primeiro momento, na categoria suscetibilidade, o conhecimento apresentado pelos sujeitos de pesquisa, não é percebido como equivocado. O estigma da doença e a falta de informação trazem conseqüências negativas para a população em geral, por retardar seu diagnóstico e tratamento, e assim, perpetuar a disseminação.

Homens e mulheres apresentaram praticamente as mesmas falas na suscetibilidade percebida.

Essas observações servem como base para verificarmos, que via de regra, nos serviços de saúde, não há uma forma para lidar com as questões voltadas às dúvidas dos pacientes, e para explicar-lhes sobre a doença.

Outro fator importante, reside no fato, de que as mulheres expõem, quando solicitadas, suas dúvidas e sentimentos melhor do que os homens. Assim, o serviço de saúde deve desenvolver mecanismos para compreender essas dúvidas, e trabalhar sobre esses conceitos, mesmo que errôneos, para divulgar o conhecimento correto, principalmente entre o sexo masculino.

É importante observar, que essas mulheres, possuem dúvidas, no entanto, não verbalizam aos profissionais de saúde. Como sugestão, o Programa de Controle da Tuberculose poderia organizar reuniões, principalmente para aqueles que estão em início de tratamento para tirar dúvidas, questionamentos e a partir de então, dar início a desconstrução de crenças que perduram do século passado.

Na medida em que essas necessidades, dúvidas, questionamentos não são expressas pelo doente, ou são expressas e mal compreendidas pela equipe de saúde, deixam na marginalidade o processo terapêutico da doença. Desta maneira, o paciente do sexo masculino e feminino, ao não compreender a doença, que para ele é causa de sofrimento e dor, não só físicas, mas também psicológicas, repercutem para a aceitação da doença, e isso inclui a própria adesão ao tratamento.

Para que de fato haja regularidade na medicação e consultas, é necessário que homens e mulheres compreendam o que ocorre com seu corpo durante o tratamento, os riscos desenvolvidos com a interrupção do tratamento, entre outros fatores, sem que ocorram imposições e sentimentos de medo.

Na categoria seriedade percebida, podemos observar as diferenças entre homens e mulheres.

As mulheres, por relatarem melhor seus sentimentos, a seriedade percebida, ou seja, o grau de excitação emocional, gira em torno dos tópicos preconceito, ora pela sociedade, ora pelos familiares, pelo medo de transmitir a doença aos filhos, além de associar a tuberculose ao HIV. Assim, podemos dizer que a seriedade percebida, relaciona-se com os aspectos psicológicos e familiares

Já os homens, possuem o medo voltado às questões sexuais. Sua preocupação não é completamente voltada à família, como ocorre no sexo feminino.

Quanto ao sexo masculino, os casados relataram com mais propriedade a melhora na saúde percebida com o tratamento. O possível afastamento do trabalho para esses homens, representa um marco social cruel. As questões de chefe familiar possui um peso muito grande. A felicidade observada entre esses homens, a possibilidade de regresso ao trabalho, é um fator positivo para a adesão ao tratamento, visto que, estes homens querem exercer o seu papel social dentro lar.

Em relação ao bom atendimento dos serviços de saúde pesquisados, é unânime a opinião em relação ao bom trabalho prestado pelo serviço de

saúde, sobretudo às enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Esta categoria profissional presta assistência e o acolhimento necessário.

Observa-se o bom trabalho da equipe de enfermagem, principalmente entre as mulheres, pelo fato de freqüentarem mais os postos de saúde e buscá-lo como opção ao diagnóstico da tuberculose. Ao contrário dos homens, que dos 11 entrevistados, dez (90,91%) tiveram diagnóstico no hospital. Já entre as mulheres, 64,71% diagnosticaram no hospital e 23,53 nas UBS.

Desta maneira, a baixa procura dos homens na atenção básica de saúde, é uma barreira para o controle da tuberculose, pois eles buscam o serviço de saúde tardiamente.

É necessário ainda, que o PSF realize trabalhos voltados exclusivamente ao público masculino, para que estes passem a utilizar esse espaço.

O bom atendimento no posto de saúde e PSF foram observados somente com a realização do tratamento. Antes disto, os homens não percebem essa relação positiva entre paciente-serviço. A relação de cumplicidade é importante, para que seja a UBS ou PSF, o primeiro local de busca para a manutenção e retomada da saúde.

Um fator preocupante está no diagnóstico incorreto entre homens e mulheres. Desta maneira, é necessário o treinamentos sobre a tuberculose para o diagnóstico precoce, para todo o sistema de saúde.

Neste ponto, sugere-se ainda, que sejam acrescentados no pré-natal os exames para o diagnóstico da tuberculose, visto que, de acordo com a literatura, as mulheres em idade reprodutiva apresentam grande probabilidade em apresentar altas taxas de progressão da infecção à doença.

Diferença marcante foi observada nos relatos positivos de adesão. Exclusivamente, os homens casados relataram os benefícios trazidos com o correto tratamento. Em relação aos homens solteiros, quando analisadas as três unidades temáticas da categoria benefícios percebidos: bom

atendimento, bom tratamento e relato positivo da adesão, estes, pouco perceberam os benefícios como um todo.

Associa-se ao fato de que os homens casados observam melhor os benefícios do tratamento, como já mencionado anteriormente, às questões familiares e de trabalho. Entre as mulheres, não foi observado um padrão para as respostas.

Em relação aos efeitos colaterais e às questões assistencialistas, não foram observadas diferenças entre os sexos.

Em relação à adesão ao tratamento, os homens, independente do estado civil, não apresentam um motivo real para a não-adesão ao tratamento. Já as mulheres, apresentam questões psicológicas para a falha na ingestão da medicação.

Os homens apesar de relatarem os benefícios observados com o tratamento e saberem da importância da ingestão ininterrupta da medicação, falham no tratamento. Os homens casados principalmente, apesar de apresentar um discurso carregado de sentimento de família, de trabalho e necessidade da manutenção do lar, foram estes que apresentaram relatos da não adesão. Curiosamente não apresentaram em seus relatos categoria seriedade percebida (aspectos emocionais) para a tuberculose.

Sem motivo aparente para a falha terapêutica, os homens desculpam-se pelo ato, voltam a tomar corretamente a medicação, quando uma terceira pessoa, neste caso, os profissionais de enfermagem, buscam maiores informações sobre a falha no tratamento.

Já entre as mulheres que apresentaram dificuldades para a adesão ao tratamento, estão às solteiras, que se sentem discriminadas e obrigadas a realizar o tratamento. A obrigação com a tomada da medicação não é observada com um benefício a sua própria saúde, mas sim um compromisso penoso. O preconceito sentido por essas mulheres foram marcante em suas falas.

Nenhuma mulher casada relatou apresentar falhas de ingestão de medicamentos e nas consultas médicas.

Analisando ainda o perfil daqueles que relataram falha na terapêutica da tuberculose, as mulheres apresentaram estado civil solteira e separada. A atividade remunerada não é comprovada (diarista, vendedora de pano de prato, atendente e dona de casa) e o nível de escolaridade está entre fundamental I completo e ensino médio completo.

O estado civil dos homens que apresentaram não adesão, foi casado, com empregos remunerados, com o nível de escolaridade variando entre ensino fundamental II completo e ensino médio completo.

Assim, podemos dizer, que os homens, casados, e as mulheres solteiras nesta pesquisa, apresentaram maior dificuldade para o seguimento do tratamento.

No entanto, como já mencionado é preciso que o sistema de saúde e educação se comuniquem para realizar esforços a fim de desfazer preconceitos e estigmas e a transmissão correta de saberes referente a inúmeras enfermidades, dentre elas, a tuberculose.

É indispensável a constante avaliação da eficácia do tratamento e situação dos casos de tuberculose para se obter um maior controle e avaliação do serviço prestado para a partir de então, gerar melhorias na qualidade do atendimento dos serviços.

## 6. REFERÊNCIAS

- Antunes JLP, Waldman EA. Tuberculosis in the twentieth century: time-series mortality in São Paulo, Brasil, 1990-97. *Cad Saúde Pub.* 1999;15(3):463-76.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1988.
- Bergel FS, Gouveia N. Retornos freqüentes como nova estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose. *Rev Saúde Publica.* 2005;39(6):898-905.
- Bertazone EC, Gir E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidade básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2000;8(1):115-22.
- Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.
- Bleed D, Dye C, Raviglione MC. Dynamics and control of the global tuberculosis epidemic. *Curr Opin Pulm Med.* 2000;6(3):174-9.
- Campinas LLSL. O acolhimento ao doente com tuberculose: estudo comparativo entre uma unidade de saúde da família e um ambulatório de especialidades médicas. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.
- Capuano DA. Busca ativa de casos de tuberculose pulmonar em uma unidade de atendimento em farmacodependência no Município de São Paulo (agosto 1999 a outubro 2000) [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMPSP; 2001.

- Caracta CF. Gender differences in pulmonary disease. *Mt Sinai J Med.* 2003;70(4):215-27.
- Chalhoub S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial.* São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- Conrad P. The meaning of medication: another look at compliance. *Soc Sci Med.* 1985;20(1):29-31.
- Davidson H, Smirnoff M, Klein SJ, Burdinick E. Patient satisfaction with care at directly observed therapy programs for tuberculosis in New York city. *Am J Public Health.* 1999;89(10):1567-70.
- Diwan VK, Thorson A. Sex, gender and tuberculosis. *Lancet.* 1999;353:1000-1.
- Dolin P. Tuberculosis epidemiology from a gender. In: Diwan V, Thorson A, Winkvist A, eds. *Gender and tuberculosis.* Göteborg, Sweden: Nordic School of Public Health, 1998,29–40.
- Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(3):633-41.
- Gazetta CE, Vendramini SHF, Ruffino-Neto A, Oliveira MRC, Villa TCS. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle de tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). *J Bras Pneumol.* 2007;33(2):192-198.
- Giorgi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):47-50.

- Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saude Pub.* 1999;15(4):777-87.
- Gonçalves H. A tuberculose ao longo dos tempos. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2000;7(2):303-25
- Holmes CB, Hausler H, Nunn P. A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1998;2(2):96-104.
- Johansson E, Long NG, Diwan VK, Winkvist A. Gender and tuberculosis control perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy.* 2000;52:33-51.
- Liefoghe R. Gender differences in beliefs and attitudes towards tuberculosis and their impact on tuberculosis control: What do we now? In: Diwan V, Thorson A, Winkvist A, eds. *Gender and tuberculosis.* Göteborg, Sweden: Nordic School of Public Health. 1998;89-106.
- Lima AL, Souza FBA, Ferreira GL. Tuberculose: atitudes do cliente frente à doença. *Bol Pneumol Sanit.* 2005;13(2):83-90.
- Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública.* 2001;17(4):877-85.
- Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist A. Different tuberculosis in men and women: beliefs from focus groups in Vietnam. *Soc Sci Med.* 1999;49(6):815-22.
- Luciano AR. PSF-QUALIS - Programa Saúde da Família/Qualidade Integral em Saúde. abr. 2002, nº 4.



- Maher D, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis. *Clin Chest Med.* 2005;26(2):167-82.
- Maher D, Uplekar M, Blanc L, Raviglione M. Treatment of tuberculosis: concordance is a key step. *BMJ.* 2003;327(7419):822-3
- Marconi AM, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- Martinez AN, Rhee JT, Small PM, Behr MA. Sex differences in the epidemiology of tuberculosis in San Francisco. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000;4(1):26-31.
- Mays N, Pope C. Qualitative research: rigour and qualitative research. *BMJ.* 1995;311:109-12.
- Mendes AM de, Fensterseifer LM. Tuberculose: por que os pacientes abandonam o tratamento? *Bol Pneumol Sanit.* 2004;12(1):27-38.
- Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle de tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002a.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6. ed. rev. e ampl. Brasília: DF; 2002b.
- Muniz JN, Villa TCS. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. *Bol Pneumol Sanit.* 2002;10(1):49-54.
- Ngamvithayapong-Yanai J, Puangrassami P, Yanai H. Compliance to tuberculosis treatment: a gender perspective. In: Diwan V, Thorson A,

Winkvist A, eds. Gender and tuberculosis. Göteborg, Sweden: Nordic School of Public Health, 1998: 127–48.

- Nogueira ML, Tocantins FR, Souza FBA de. Avaliação da eficácia da estratégia DOTS em um centro municipal de saúde. *Bol Pneumol Sanit.* 2005;13(2):99-105.
- Nogueira PA, Malucelli MICA, Abrahão RMC, Almeida, MMMB de. Avaliação das informações de tuberculose (1989-1999) de um Centro de Saúde Escola da Cidade de São Paulo. *Rev bras epidemiol.* 2001;4(2):131-38.
- Nogueira PA. Internações por tuberculoses no estado de São Paulo: 1984-1997 [livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.
- Oliveira HB, Moreira Filho DC. Recidivas em tuberculose e seus fatores de risco. *Rev Panam Salud Publica.* 2000;7(4):232-41.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97.
- Prior L. (2004) Following in Foucault's footsteps: Text and context in qualitative research, in Nagy Hess-Biber, S. and Leavy, P.(Eds.) *Approaches to Qualitative Research: A Reader on Theory and Practice*, New York: Oxford University Press, pp 317-33.
- Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, v.2, n.2, p.328-35, 1974a.
- \_\_\_\_\_. IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, v.2, n.2, p.354-87, 1974b.
- Ruffino-Neto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2002;35(1):51-8

- Ruffino-Neto A. Avaliação do excesso de casos de tuberculose atribuídos à infecção HIV/aids: ensaios preliminares. Rev. Saúde Pública. 1995;29(4):279-82.
- Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. Bol Pneumol Sanit. 2004;12(1):19-26.
- Santos CB, Silva FR, Bonini AM, Hino P, Muniz JN. Série histórica da prevalência da tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP, 1990-1997. Bol Pneumol Sanit. 2003;11(1):21-8.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileira para a Tuberculose. J Bras Pneumol.2004;30(1):S24-S38.
- Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em tuberculose. Rev Bras Enferm.2007;60(5):590-5.
- Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model: theory, research, and practice. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behavior and health education. 2<sup>nd</sup>. São Francisco: Jossey-Bass; 1997. p. 41-59.
- Teixeira GM. Da tuberculose e suas perspectivas no novo governo. Bol. Pneumol. Sanit. 2002;10(2)3-4.
- Thorson A, Diwan VK. Background to gender and tuberculosis workshop: tuberculosis: a global public health problem. In: Diwan V, Thorson A, Winkvist A, eds. Gender and tuberculosis. Göteborg, Sweden: Nordic School of Public Health, 1998,9-16.
- Vecchiato NL. Sociocultural aspects of tuberculosis control in Ethiopia. Med Anthropol.1997;11(2):183-201.
- Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de

Ribeirão Preto: a percepção do doente. Bol Pneumol Sanit.2002;10(1):5-12.

- World Health Organization. TB/HIV: a clinical manual. Geneva, 2004.
- World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the WHO – recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva, 1999. (WHO/CDS/CPC/TB/99.270).
- World Health Organization. WHO: adherence project: towards policies for action. Adherence to long-terms therapies: evidence for action. 2003.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1ª via pesquisado / 2ª via pesquisador

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

Título do Protocolo de Pesquisa: Tuberculose: Adesão e Gênero

Pesquisadora: Raquel Queiroz

Orientador: Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira

Departamento: Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública / USP

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa *Tuberculose: Adesão e gênero*, que é um estudo que busca compreender o comportamento sobre o tratamento da tuberculose entre homens e mulheres e que faz parte da dissertação de mestrado sob responsabilidade da pesquisadora Raquel Queiroz, e orientação do Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira, do departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

A sua participação será importante para compreendermos melhor a adesão sobre as dificuldades para a tomada da medicação e conhecimento da doença para melhorarmos as estratégias já existentes no tratamento da tuberculose. Sua participação é voluntária, sigilosa e sua desistência não trará qualquer prejuízo para você ou seu atendimento.

Será realizada entrevista com duração aproximada de 20 minutos. A entrevista será gravada, e apenas a pesquisadora terá acesso às gravações originais.

O (a) senhor (a) poderá pular, não responder a qualquer pergunta sem dar satisfação, ou mesmo interromper a entrevista sem qualquer explicação.

Qualquer dúvida adicional, esclarecimento ou reclamações sobre os aspectos éticos dessa pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora Raquel Queiroz, telefone (11) 8632-1609, ou com o Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira, telefone (11) 3066-7730, em horário comercial, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de São Paulo – rua General Jardim, 36 – 2º andar – telefone (11) 3218-4043 – e-mail: [smscep@prefeitura.sp.gov.br](mailto:smscep@prefeitura.sp.gov.br), ou na Comissão de Ética da FSP?USP no telefone (11) 3966-7739.

Declaro que li, e concordo em participar da pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2 – DADOS QUANTITATIVOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

- 1) Número de casos;
- 2) Número de pacientes com alta-cura;
- 3) Número de abandonos;
- 4) Número de transferências;
- 5) Número de óbitos;
- 6) Sexo;
- 7) Idade.

### **ANEXO 3 – ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO**

- a) Idade;
- b) Sexo;
- c) Estado civil;
- d) Escolaridade;
- e) Ocupação;
- f) Tempo de tratamento atual de tuberculose.

Dados qualitativos:

- 1) O que você sabe da tuberculose?
- 2) Quanto tempo demorou para procurar um serviço de saúde?
- 3) Falem-se sobre os remédios e o seu tratamento. O que você entende a respeito?
- 4) Você tem ou sabe de alguma recomendação para tomar os remédios? Você entende bem as recomendações?
- 5) Você já fez outro tratamento da tuberculose? Quantos?
- 6) Fale sobre as facilidades para você tomar o remédio e ir às consultas?
- 7) Fale sobre as dificuldades para você tomar o remédio e ir às consultas?
- 8) Você já ficou algum dia sem tomar o remédio?
- 9) O que você sugere para melhorar o tratamento da tuberculose?
- 10) Como se sente na UBS? Como esse sentimento interfere em seu tratamento?
- 11) Quem é a pessoa que facilita para que você tenha um bom tratamento?

## **ANEXO 4 – CURRÍCULO LATTES Orientador**

Péricles Alves Nogueira

Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1971), especialização em Medicina Tropical pela Universidade de São Paulo (1973), especialização em Tisiologia Clínica e Sanitária pelo Fundação Oswaldo Cruz (1973), especialização em Curso de Saúde Pública para Graduados em Medicina pela Universidade de São Paulo (1976), especialização em IX Curso Regional Sobre Control de La Tuberculosis pelo Instituto Nacional de Tuberculose Jose Ignacio Baldo (1978), especialização em II Curso de Estatística de Saúde pela Universidade de São Paulo (1986), especialização em Training Course In Tuberculosis Control pela Japan International Cooperation Agency (1987), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1978), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1984).

Atualmente é Professor Associado da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina. Atuando principalmente nos seguintes temas: Tuberculose, hospitalização, motivos, tempo e tipo.

(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)



## **ANEXO 5 – CURRÍCULO LATTES Orientanda**

Raquel Queiroz

Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2004) e Administração Escolar da Educação Básica pela mesma universidade (2005). Atualmente realiza pós-graduação (mestrado) em epidemiologia, com enfoque em pesquisa qualitativa em tuberculose e sexo. Atuando principalmente nos seguintes temas: tuberculose, sexo, adesão, (Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)