

**UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CRISTIANE SPECIALE

**SIGNIFICADOS DO TRATAMENTO DIRETAMENTE SUPEVISIONADO
(“DOTS”) PARA PACIENTES COM TUBERCULOSE DO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE VILA
PRUDENTE/SAPOPEMBA, SÃO PAULO - SP**

**SÃO PAULO
2007**

CRISTIANE SPECIALE

**SIGNIFICADOS DO TRATAMENTO DIRETAMENTE SUPEVISIONADO
("DOTS") PARA PACIENTES COM TUBERCULOSE DO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE VILA
PRUDENTE/SAPOPEMBA, SÃO PAULO – SP**

**Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.**

**Área de concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva**

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Maria Rita Bertolozzi**

**SÃO PAULO
2007**

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Speciale, Cristiane.

Significados do Tratamento Diretamente Supervisionado (“Dots”) para pacientes com tuberculose do Programa de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba, São Paulo-SP. / Cristiane Speciale – São Paulo, 2007.

100 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Rita Bertolozzi.

1. Tuberculose (tratamento) 2. Saúde pública 3. Processo saúde-doença. I. Título.

Ao Breno, pela compreensão, apoio e conforto

Ao Ulisses, pela minha ausência

Aos meus pais, pelo estímulo e carinho

Agradecimentos

Deixo aqui meus sinceros agradecimentos àqueles que contribuíram para o desenvolvimento do presente estudo.

À Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi pela oportunidade, compreensão e pelas horas preciosas que dispendeu na leitura deste trabalho, apontando as críticas necessárias.

Aos meus colegas de trabalho pela solidariedade e apoio por suportar muitas vezes a carga de trabalho que a mim cabia.

Aos trabalhadores e pacientes das Unidades de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba, pelo carinho com que me receberam, dispendendo horas de seu tempo valioso e pela contribuição para desvendar a realidade de saúde e de vida da região.

RESUMO

Speciale C. Significados do Tratamento Diretamente Supervisionado (“*DOTS*”) para pacientes com tuberculose do Programa de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba, São Paulo, SP. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa de proporções continentais. A situação é bastante complexa, pois a doença está diretamente associada às precárias condições sociais, à AIDS e à crescente multirresistência às drogas. Em 1993, a OMS a declarou em estado de emergência, recomendando a *DOTS* para seu controle. Assim, o presente estudo teve como objetivos identificar: as características pessoais, de condições de vida e de trabalho e de saúde-doença dos pacientes sob *DOTS*, matriculados em Unidades de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba do Município de São Paulo; as potencialidades e os limites da estratégia *DOTS* sob o ponto de vista desses pacientes e como interpretam a adesão ao tratamento. Após aprovação em Comitê de Ética, foram coletados depoimentos de 11 pacientes de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da Supervisão Técnica de Vila Prudente/ Sapopemba do MSP. O material empírico foi decodificado mediante técnica de análise de discurso e analisado à luz da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. Os resultados evidenciaram que a tuberculose é uma doença de cunho eminentemente social e ainda impregnada de estigma. Os achados em relação às características pessoais e sobre a manifestação clínica confirmam os dados de literatura. A doença causou mudanças no cotidiano dos sujeitos de estudo, principalmente no que refere ao relacionamento com outras pessoas. A *DOTS*, em geral, revelou-se como estratégia incorporada ao cotidiano dos sujeitos, e que possibilita o acesso mais facilitado aos serviços de saúde. Os aspectos limitantes da *DOTS* se devem à distância entre a unidade de saúde e o domicílio, assim como a exposição cotidiana às variações climáticas. A atitude dos profissionais em relação ao paciente contribui para a adesão ao tratamento e para a operacionalização da *DOTS*.

Unitermos: Tuberculose, adesão ao tratamento, *DOTS*, significado

ABSTRACTS

Speciale C. Significance of the Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) about to patients with tuberculosis of the Program of Health from Family of Supervision Technique in Vila Prudente/Sapopemba, São Paulo City, SP. [Dissertation]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

The tuberculosis is a infectum-contagious illness of continental ratios, the third part of the world-wide population is infected and presents risk to develop the disease. The situation is sufficiently compl therefore the illness directly is associated with the precarious social conditions, the AIDS and increasing multiresistance to the drugs. In 1993, the OMS declared the tuberculosis in emergency state, recommending the DOTS for the control of the illness. The tuberculosis is a with priority problem of health in Brazil that, together with others 22 developing countries, lodges 80% of the world-wide cases of the illness. The present study it had as objective to identify the meanings, the potentialities and the limits of according to patient strategy DOTS of the local level of the City of São Paulo (MSP). 11 depositions of patients of Basic Units of Health of Família (UBSF) of the Supervision had been collected Technique of Cautious Village Sapopemba of the MSP. The empirical material was decoded by means of technique of analysis of analyzed speech and to the light of the Theory of the Social Determination of the Health-Illness Process. The results had evidenced that the tuberculosis is illness of an eminently social and impregnated matrix of stigma, did not have association of the signals and symptoms to the tuberculosis. The illness caused changes in the form to think or to locate itself ahead of the life, of the process health-illness, in the relationship with others and proper the daily one. The negative aspects to the DOTS if must to the limitation of its operation and the positive aspects to the DOTS confirm that the support strategy, but is not the sufficient for the adhesion. Visa what it makes the vulnerable people to exceed the potentials of increasing in search of the cure is the common things and the projects of life, that stimulate the capacity to surpass the challenges of the life.

Unitermos: Tuberculosis, adhesion to the treatment, DOTS, meanings

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. INTRODUÇÃO.....	11
2.1. Magnitude Epidemiológica da Tuberculose no Mundo.....	11
2.2. Magnitude Epidemiológica da doença no Brasil.....	12
2.3. A Implementação da estratégia <i>DOTS</i> em âmbito mundial.....	14
2.3.1. Algumas experiências com <i>DOTS</i> em âmbito mundial	16
2.4. A Implementação da <i>DOTS</i> no Brasil.....	19
2.4.1. Experiências com a <i>DOTS</i> no Brasil.....	22
2.4.2. A <i>DOTS</i> no Programa de Saúde da Família.....	26
2.5. A adesão como problema em Saúde Coletiva e a estratégia <i>DOTS</i>	27
3. OBJETIVOS.....	30
4. METODOLOGIA.....	31
4.1. Os Sujeitos do Estudo.....	32
4.2. O Cenário do Estudo.....	33
4.3. A Captação e o Tratamento dos Dados.....	35
4.4. Variáveis do Estudo.....	36
4.5. Procedimentos Éticos.....	38
5. RESULTADOS.....	39
5.1. Características pessoais dos sujeitos do estudo.....	39
5.2. Características dos sujeitos em relação às condições de vida e de trabalho.....	40
5.3. Características dos sujeitos relativas à assistência prestada no serviço de saúde.....	45
5.4. Características dos sujeitos relativas ao Processo de Saúde-Doença.....	47
5.5. Os significados da <i>DOTS</i> e em relação à adesão.....	54
6. DISCUSSÃO.....	59

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXO I.....	86
ANEXO II.....	87
ANEXO III.....	88

1. Apresentação

A Organização Mundial da Saúde (2007) aponta que, em 2005, houve registro de 8.787.000 casos e quase 1,6 milhões de mortes, das quais 195.000 corresponderam às pessoas infectadas com HIV (WHO, 2007a).

Esta importante magnitude epidemiológica encontra-se intimamente relacionada às precárias condições sociais e, nessa esfera, associam-se à enfermidade: o desemprego, a pobreza, a fome, habitações inadequadas com aglomerados de pessoas, o alcoolismo, os processos migratórios que não são acompanhados de políticas para a re-inserção dos indivíduos, entre outras. Além disso, o que contribui para este cenário é a associação da tuberculose à AIDS, o abandono do tratamento e a multirresistência do bacilo às drogas comumente empregadas. Mediante essa situação mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1993, declarou a tuberculose em estado de emergência, recomendando estratégias para efetivar o controle da doença, dentre elas, a implementação do Tratamento Diretamente Supervisionado, conhecido no Brasil como Tratamento Supervisionado – TS, ou *DOTS: Directly Observed Treatment Short-Course - DOTS* - no idioma inglês.

A relevância da tuberculose no Brasil e, particularmente no Município de São Paulo, em termos de morbi-mortalidade, assim como a importante taxa de abandono ao tratamento, motivaram a realização do presente que teve por objetivo identificar as características pessoais e os significados da estratégia *DOTS* e da adesão ao tratamento para os pacientes matriculados em Unidades Básicas de Saúde da Família de uma determinada região. Para tanto, foi conduzido junto às pessoas matriculadas em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba do Município de São Paulo.

2. Introdução

O presente estudo integra o projeto de pesquisa: ‘Estratégia do Tratamento Diretamente Supervisionado’ (*DOTS*) no Município de São Paulo: potencialidades e limites na adesão ao tratamento da tuberculose’, cujo principal eixo é o estudo da categoria analítica *adesão**.

Com base em Bertolozzi (1998), assume-se que a adesão ao tratamento transcende os limites relativos às atitudes ou comportamentos dos indivíduos, e inclui a qualidade da assistência prestada e a estruturação dos serviços de saúde. Além disso, associa-se ao pertencimento do indivíduo a determinado grupo social, o que lhe confere peculiares condições de vida e de saúde-doença, assim como possibilidades para o enfrentamento do adoecimento. Ademais, o conceito está diretamente articulado à concepção que o indivíduo apresenta sobre o processo saúde-doença. Entende-se, portanto, que a manifestação da tuberculose se constitui como uma totalidade/parte da vida cotidiana, que incorpora a realidade de vida do indivíduo doente, sendo esta subjacente à sua posição na sociedade e ao modo como a sociedade e os serviços de saúde se estruturam.

Neste sentido, para a aproximação ao objeto de estudo, em primeiro lugar, apresentar-se-á a magnitude epidemiológica da tuberculose nos cenários internacional e nacional, assim como dados a respeito da situação da implementação da *DOTS*.

2.1. Magnitude Epidemiológica da Tuberculose no Mundo

A tuberculose é doença infecto-contagiosa de proporções continentais. Conforme anteriormente mencionado, em 1993, a Organização Mundial da Saúde a declarou em estado de emergência, pois era a maior causa de morte por doença infecciosa isolada em adultos, situação modificada a partir de 2005, quando a AIDS passou a ocupar a liderança. Cerca de

* Apoio CNPq, FAPESP, P1 da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade de São Paulo.

um terço da população mundial está infectada e apresenta risco de desenvolver a enfermidade. Essa situação é bastante complexa, quando se verifica que a doença está diretamente associada às precárias condições sociais, à AIDS e à crescente multirresistência às drogas (WHO, 1998). Em 2000 foram registrados, pela OMS, cerca de 8 milhões de casos novos e quase 2 milhões de mortes por tuberculose, sendo 98% nos países em desenvolvimento (WHO, 2004b). Em 2002, cerca de 350.000 mortes ocorreram devido à co-infecção da enfermidade ao HIV. Estima-se que, entre 2000 e 2020, cerca de um bilhão de pessoas estarão infectadas pelo Bacilo de Koch, 200 milhões irão adoecer e 35 milhões morrer devido à doença, caso não sejam instauradas medidas para seu controle (São Paulo, 2005a).

No que diz respeito à situação epidemiológica da tuberculose nas Américas, segundo a Organização Panamericana da Saúde, em 2002, foram notificados cerca de 233 mil casos, sendo o Brasil o País com o maior número de casos (81.000 casos), seguido do Peru (36.000 casos), México, Colômbia, Bolívia, Haiti, além de outros. Apenas o Brasil e o Peru são responsáveis por 50% do conjunto de casos das Américas (Brasil, 2000).

2.2. Magnitude epidemiológica da doença no Brasil

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil que, juntamente com outros 22 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença. O agravo atinge todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos do sexo masculino e economicamente ativos, na faixa etária de 15 a 54 anos (Brasil, 2006) .

O País ocupa o 15º lugar entre os 22 países com maior incidência da doença (São Paulo, 2005). A situação de alta do tratamento, em seguimento de coorte de baciloscopia positiva, em 2001, foi de 72% por cura, 11% por abandono e 9,9% por transferência. Em 2003, estimava-se a ocorrência de cerca de 50 milhões de brasileiros infectados, 111.000 casos novos e 6.000 óbitos anuais (Brasil, 2004).

Em 2002, somente na Região Sudeste havia concentração de 48% dos casos, sendo que os Estados que mais contribuíram com essa situação foram São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente, com incidência de 48/100.000 (22.000 casos) e 99/100.000 (17.000 casos) (Brasil, 2003; 2005).

O Estado de São Paulo era constituído, em 2005, por 645 municípios com população total de 38.709.320 habitantes. Apresenta regiões bastante diversas quanto aos indicadores sócio-demográficos e às características epidemiológicas. Ocupa o primeiro lugar em número de notificações de casos de tuberculose e as taxas de cura estão próximas de 76,9% (Ruffino Netto e Scatena Villa, 2006).

Conforme anteriormente apontado, o coeficiente de incidência, no Estado de São Paulo, em 2002, foi o segundo no País, sendo 80% dos casos na forma pulmonar. Destes, 60% eram bacilíferos e 43% HIV positivos. Em 2003, a taxa de cura foi de 76%; de abandono: 10%; de transferência: 5%; óbitos: 6% e, sem informação: 3% (São Paulo, 2005a).

A Tabela a seguir mostra os dados referentes ao Município de São Paulo no que se refere ao coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera, em 2005, pôde-se há proeminência da doença nas Coordenadorias que abrangem populações em situação de exclusão social (Tabela 1). O coeficiente de incidência da tuberculose no Município de São Paulo aumentou de 2004 para 2005, apresentando, respectivamente, 31,4/100.000 e 32/100.000, enquanto que o coeficiente de mortalidade diminuiu de 3,5(2004) para 3,1(2005) (São Paulo 2005b; 2006c).

Tabela 1. Distribuição do coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera em 5 das 24 Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 2005.

Casos novos notificados de tuberculose pulmonar bacilífera	Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes
Coordenadoria Regional de Saúde da Sé	48,0
Coordenadoria Regional de Saúde da Freguesia/Brasilândia	37,0
Coordenadoria Regional de Saúde de Cidade Tiradentes	31,1
Coordenadoria Regional de Saúde da Mooca/Aricanduva/Formosa/Carrão	30,0
Coordenadoria Regional de Saúde de São Matheus	29,0
Total de óbitos por tuberculose	3,1
Total de casos no Município de São Paulo	32,0

Os indicadores indicam que a situação da tuberculose requer ações intensivas e extensivas em termos de controle e a implementação da DOTS se constitui como uma das estratégias para conter o avanço da doença. Vejam-se, a seguir, algumas informações que ajudam a compor a situação de integração da estratégia nas políticas de saúde contra a tuberculose.

2.3. A Implementação da estratégia *DOTS* em âmbito mundial

A DOTS* não se constitui como nova iniciativa, pois já no final da década de 70, o médico e pesquisador holandês, Karel Styblo, realizou um projeto piloto na Tanzânia, propondo a adoção de uma estratégia para tratar os pacientes com tuberculose, através de quimioterapia de curta duração e observação da tomada da medicação. Os resultados desse projeto evidenciaram elevadas taxas de cura (São Paulo, 2004a).

* DOTS será mencionada na forma masculina ou feminina, a depender da estrutura da frase.

Diante do grave cenário mundial, a OMS, em 1993, estabeleceu um plano global, denominado “*STOP TB*” para controlar a tuberculose e propôs a estratégia *DOTS*, que contempla cinco elementos principais: vontade política do governo para o controle da enfermidade, garantia de disponibilização da baciloscopia, aquisição e distribuição regular da quimioterapia, tratamento diretamente supervisionado aos pacientes portadores e sistema de informação sobre os pacientes (WHO, 2004b).

Em 2000, o Plano *STOP TB* reuniu em Bangkok, os 22 países com as mais altas taxas da doença para discutir a situação dos respectivos Programas de Controle da Tuberculose (PCT). Nessa ocasião, ficou bastante claro que os principais problemas que obstaculizavam o controle da enfermidade, referiam-se à falta de recursos financeiros e humanos, o gerenciamento dos programas, assim como a adesão ao tratamento e a crescente multidrogarresistência – MDR - (Ruffino Netto, 2002).

Em seguida, por ocasião da Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, em Amsterdã-Holanda, foi apresentada a “*Declaration on STOP TB*”, assinada pelos ministros da saúde desses mesmos 22 países. Essa Declaração reiterava o compromisso dos países envolvidos no que diz respeito à priorização da luta contra a doença, bem como enfatizava a importância de buscar parceiros em organizações não governamentais (ONGS) para a realização dessa tarefa (Ruffino Netto, 2002).

A estratégia *DOTS* tem sido considerada, nos últimos tempos, como uma das mais efetivas ações para o controle da tuberculose. Em 2005, a *DOTS* era adotada em 187 países, com cobertura de cerca de 89% da população mundial. Nesse ano, foram notificados 5 milhões de casos de tuberculose (casos novos e recidivas) em 199 países, sendo que os programas com *DOTS* notificaram 2,3 milhões de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. No ano anterior, foram registrados 2,1 milhões de casos em tratamento sob *DOTS* (WHO, 2007b).

Segundo declaração da Dra. Margaret Chan, Diretora Geral da OMS, na Semana Mundial de Combate à Tuberculose, em 2005, apesar dos pontos positivos, ainda há importantes obstáculos na luta contra a doença. Entre eles, apontou a irregularidade do acesso ao diagnóstico e ao tratamento em alguns países. É importante destacar, em função disso, sua menção a respeito da universalização do acesso: “Independentemente de quem são, de onde vivem, todas as pessoas devem ter acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose como parte de um conjunto de serviços gerais de saúde que proporcionem múltiplos benefícios” (WHO, 2007a).

Assim, em virtude do aumento do número absoluto de casos, a OMS passou a incorporar outros elementos à iniciativa para o controle da doença: expandir e/ou fortalecer o *DOTS* com qualidade; implementar ou fortalecer atividades de colaboração inter-programáticas com os programas de controle da infecção por HIV; reforçar as ações de prevenção e controle da tuberculose multirresistente; contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde; solicitar a participação de todos os profissionais da saúde; promover instrumentos para que a população conheça a doença e apóie a identificação de casos; facilitar e promover o desenvolvimento de estudos que auxiliem no controle da tuberculose (WHO, 2007a).

2.3.1. Algumas experiências com *DOTS* em âmbito mundial

Há uma importante variedade de experiências, na literatura científica, que mostram as potencialidades e os limites da estratégia. Algumas foram selecionadas para serem aqui apresentadas, uma vez que podem apoiar o entendimento da forma como a estratégia tem sido operacionalizada, ainda que evidenciem contextos muito distintos dos do Brasil.

Iniciar-se-á com a exposição das experiências positivas com o *DOTS*.

Hatri e Frieden (2002) relataram os resultados obtidos no estudo que realizaram na Índia e como esse País conseguiu expandir rapidamente a cobertura da estratégia *DOTS*, a

ponto de, em 2000 e 2001, concentrar mais da metade do aumento mundial do número de pacientes tratados sob *DOTS*. Segundo os autores, isso se deve à correspondência das ações, ainda que adaptadas à realidade local, àquelas contidas na estratégia *DOTS*. Os resultados mostraram que o *DOTS* permitiu atingir elevadas taxas de detecção e de cura da doença, através de tecnologia simplificada, mesmo considerando-se as precárias condições de infraestrutura e escassos recursos para a saúde pública.

Ainda na Índia, Murdur (2004) demonstrou, em estudo com 112 pacientes sob *DOTS*, que a taxa de cura atingiu 70%, ainda que inferior à média nacional de 83%. O autor menciona que o sucesso de implantação da *DOTS* na Índia determinou com que esse país se constituísse como referência mundial na instauração da estratégia.

Em Bangladesh, Akramul et al. (2002) realizaram estudo comparativo de custo/eficácia entre o Programa de Controle da Tuberculose dirigido pelo Comitê para o Progresso Rural de Bangladesh (BRAC), que aplicava o *DOTS*, através de Agentes Comunitários de Saúde e o PCT governamental. Ao longo de um ano foram observados pacientes de ambos os programas, tendo sido constatado que houve diferença de 5 pontos percentuais acima nas taxas de cura dos pacientes que estavam sob o *DOTS*: para cada paciente curado sob PCT governamental, o *DOTS* curava 3 pacientes.

Não propriamente tratando-se de experiência que já evidencia resultados, mas na tentativa de mostrar a amplitude da estratégia, Pope e Chaisson (2003) defendem a efetividade do *DOTS* na Tailândia, onde realizaram estudo entre 1991 e 2001. Nesse País, as autoridades recomendaram, com unanimidade, a *DOTS*, como estratégia para elevar as taxas de cura e para prevenir a multidrogarresistência, evidenciando, segundo os autores, a vontade política para a mudança da situação epidemiológica da tuberculose.

Já Newell et al. (2004) estudaram a implantação e avaliação de uma aliança público-privada para aplicar a estratégia *DOTS* no município de Latipur, no Nepal, onde 50% dos

pacientes com tuberculose eram tratados pelo setor privado. A aliança ocorria da seguinte maneira: o diagnóstico, o *DOTS* e o rastreio dos faltosos eram realizados por organizações não governamentais, enquanto a capacitação dos médicos privados e o abastecimento dos medicamentos, ficava sob a responsabilidade do Programa Nacional de Tuberculose (PNT). Nos primeiros 36 meses dessa parceria, registraram-se 1.328 pacientes com a enfermidade. As taxas de cura foram superiores a 90% e as taxas de abandono menores que 1%. Os autores consideram que a aliança público-privado possibilitou a prestação de um serviço muito bem avaliado pelos pacientes, garantindo elevadas taxas de cura e incremento nas taxas de notificação da doença.

No âmbito das Américas, Piñeda et al. (2005), em estudo desenvolvido em 1984, descrevem que o *DOTS* foi implantado no Sistema Nacional de Saúde da Nicarágua como tratamento padrão para o combate da tuberculose. Com isso, a taxa de cura aumentou de 74% para 82% e a taxa de mortalidade sofreu redução de 6,7 para 2/100.000 habitantes.

Segundo Farmer (2001), um dos países que se constitui como exemplar em relação à adoção do *DOTS* é o Peru, que apresentou redução anual da incidência de casos em cerca de 6% ao ano (Frieden e Driver 2003).

No que diz respeito às experiências que apresentaram dificuldades na implementação da estratégia, apresentam-se as seguintes, destacando-se que, em geral, são mais escassas que as experiências que relatam as suas potencialidades.

Ainda que não detalhem com exatidão as dificuldades da implementação da estratégia, já em 1997, Méndez-Pablos et al., relatam que apenas 12% dos pacientes com tuberculose estavam sob *DOTS* em Nova Iorque-Estados Unidos da América (EUA), a despeito da incidência importante no final da década de 80 e início de 90. Os autores mencionam os critérios utilizados para inserir o paciente na *DOTS*: não adesão anterior ou a condição de ex-presidiário. Nos resultados, encontraram que apenas 59% dos pacientes sob *DOTS*

completaram o tratamento, admitindo que isto decorreu da estratégia limitar-se à administração do medicamento.

Hellbling (2003) relatou que, mesmo com o *DOTS*, o número de casos de tuberculose entre os trabalhadores do campo no Saara africano continuou elevado. Ainda que aponte que as principais dificuldades do *DOTS* se devem à limitação na sua viabilidade, em termos de fornecimento de medicação, assim como de sustentabilidade da estratégia, propõe que o tratamento sob *DOTS* pode ser modificado a partir de componentes operacionais específicos para cada localidade.

Pope e Chaisson (2003) realizaram estudo sobre a efetividade do *DOTS* na África do Sul e Paquistão, entre 1991 e 2001. Tal investigação mostrou diferentes resultados: na África do Sul, os formuladores de saúde consideravam que o *DOTS* era uma estratégia “estrangeira” e autoritária e, no Paquistão, os técnicos de saúde defendiam que o *DOTS* impunha, ao serviço de saúde, a responsabilidade que, verdadeiramente, caberia ao paciente. Mesmo assim, apontam que a estratégia contribuía para a melhora dos indicadores de saúde.

2.4. A Implementação da *DOTS* no Brasil

Na década de 90, em pleno processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu um agravamento da situação da tuberculose no Brasil. Há autores que consideram que isto se deve ao fato de que os processos de descentralização não foram acompanhados de monitoramento dos programas de controle (Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006).

Em 1993, como reflexo do cenário mundial o Ministério da Saúde elaborou um Plano Emergencial para o controle da enfermidade que, efetivamente, foi implantado apenas em 1996. Tinha como objetivo, aumentar a efetividade das ações de controle, através da implementação de atividades específicas em 230 municípios prioritários que concentravam

75% dos casos estimados. Essas ações visavam diminuir a transmissão do bacilo na população até o ano de 1998. A escolha desses municípios prioritários baseou-se em critérios de magnitude epidemiológica da tuberculose e da AIDS, assim como na dimensão populacional, dentre outros. Esse Plano previa o repasse de recursos financeiros aos municípios, à base de R\$100,00 para cada caso estimado de tuberculose que deveria ser descoberto (Ruffino Netto, 2002).

O Brasil começou a implantar o *DOTS* a partir de 1997, por intermédio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, principalmente nesses municípios considerados prioritários, mas a implantação oficial começa a ocorrer em 1998 (São Paulo, 2004a; Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006).

Em 1998, a imprensa internacional chamava a atenção para a calamidade da situação epidemiológica da tuberculose no mundo. Dessa forma, o Conselho Nacional de Saúde concluiu que o Plano Emergencial, ainda em implementação, requeria ajustes e ampliação, o que demandou, por fim, na constatação de que a tuberculose era problema prioritário de saúde pública no País. Como resultado, recomendou-se o estabelecimento de estratégias para um novo Plano – ocasião em que foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que produziu duas inovações: a ampliação da *DOTS* a todos os municípios, independentemente se enquadrados em prioritários ou não e o repasse de um bônus entre R\$ 150,00 e R\$ 100,00, para cada caso da enfermidade diagnosticado, tratado e curado (Ruffino Netto, 2002). Com isto, a taxa de cobertura da *DOTS*, no País, aumentou de 8% em 1998, para 32% em 2001, tendo-se mantido constante até 2003 (São Paulo 2005a; 2004a).

É necessário destacar que em 1998, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose define “a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelece diretrizes para as ações e fixa metas para o alcance de seus objetivos”. Reconhecem-se como essenciais para o desenvolvimento e sucesso do Programa: a articulação com organismos da

sociedade, dentre os quais as organizações não governamentais; a detecção e o diagnóstico através da baciloscopia em todos os sintomáticos respiratórios e contatos; a disponibilidade de tuberculostáticos; a garantia de tratamento supervisionado; a vigilância em relação à resistência das drogas; assim como um sistema de informação orientado pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006). Todos esses elementos integram a estratégia *DOTS*.

Ruffino Netto e Scatena Villa (2006) apontam que a busca ativa de sintomáticos respiratórios só começou a crescer após a implantação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Observam, também que, com a implantação deste, que propôs o *DOTS*, a taxa de abandono começou a declinar, ainda que bastante lentamente, de 14% para 12% no período de 1998 a 2004.

O Estado de São Paulo foi o primeiro a seguir a recomendação do Ministério da Saúde para a implantação da *DOTS*. No ano de 1998, a *DOTS* foi introduzida em 36 municípios prioritários, eleitos de acordo com o Plano de Ação Emergencial (Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006).

Nesse Estado, a cobertura da estratégia apresentou aumento de 2% (em 1998) para 38%, em 2004 (São Paulo, 2005a). Já no Município de São Paulo, aumentou de 7,1%, em 2001 para 29,3%. Em 2004, no Município de São Paulo, foram notificados 6.572 casos de tuberculose de todas as formas, dos quais 6.328 (96,3%) iniciaram tratamento (São Paulo, 2003; COVISA, 2005).

Ainda que com a adoção da *DOTS*, a taxa de cura no Município de São Paulo, em 2004, foi muito baixa: 48,6%, e a taxa de abandono alta: 12,4%. Tais taxas encontram-se muito distantes da meta da OMS, mesmo considerando-se o ano 2010 como referência, que estabelece taxa de cura para, no mínimo, 85% dos casos. No entanto, mesmo com a baixa cobertura de *DOTS*, os resultados foram melhores com o *DOTS* do que com o Tratamento

Auto-administrado. Quando se comparam, respectivamente, ambas as formas de tratamento – *DOTS* e Auto-administrado verifica-se:

- Considerando-se os casos novos, em relação às taxas de cura: 81,1% e 64,5%. Em relação às taxas de abandono: 6,9% e 13%;
- Considerando-se os bacilíferos, em relação às taxas de cura: 80,4% e 66,4%. Em relação às taxas de abandono: 6,9% e 4,2%;
- Considerando-se os casos em retratamento, em relação às taxas de cura: 59,8% e 39,9% de cura. Em relação às taxas de abandono: 21,8% e 31,2%;
- Considerando-se os casos de pacientes co-infectados por HIV, em relação às taxas de cura: 53,4% e 40% de cura. Em relação às taxas de abandono: 17,5% e 17,4%. (COVISA, 2005).

Na Coordenadoria de Vila Prudente/ Sapopemba, região onde foi desenvolvido o presente estudo, a cobertura de pacientes sob *DOTS* foi de 8,3% em 2004 (São Paulo, 2004c), não tendo sido encontrados dados mais recentes. A constatação da debilidade de cobertura nessa região se constituiu como um dos motivos do presente estudo.

2.4.1. Experiências com a *DOTS* no Brasil

Embora a estratégia *DOTS* tenha sido adotada oficialmente, no Brasil, em 1998, com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, diversos problemas foram observados em sua implantação e/ou implementação, variando segundo as diversas regiões, estados, cidades e, até mesmo, de um bairro para outro, em uma mesma cidade, o que determinou lentidão em sua adoção.

De modo geral, são escassos os estudos publicados sobre a estratégia *DOTS* no Brasil até dois anos atrás. De fato, nesses estudos, há pouca ênfase sobre os aspectos operacionais

que se referem às fortalezas e dificuldades da implantação da estratégia *DOTS* em função das peculiaridades locais (Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006).

Vejam-se, a seguir, algumas experiências que podem apoiar a aproximação ao tema em estudo.

Gomes e Ruffino Netto, entre 1998 e 2001, realizaram avaliação epidemiológica da implantação do *DOTS* em 27 municípios prioritários dos Estados do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás, Tocantins e Distrito Federal. Os autores concluíram que, dos pacientes sob *DOTS*, 84,5% tiveram alta por cura; 1,6% abandonaram; 1,6% foram a óbito; tendo sido verificada ausência de registro de falência do tratamento (Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006).

Em estudo realizado com 22 coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose do Estado de São Paulo, entre 1998 a 2005, foi identificado que a descentralização das ações de dimensão técnico-operacional no âmbito da Atenção Básica, para o controle da tuberculose, não apresentou o impacto desejado nos Programas de Saúde da Família, dos Municípios estudados, como propunha o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Isto porque as Unidades Básicas de Saúde apresentavam taxa de 59% de busca ativa de sintomáticos respiratórios e 68,2% de cobertura de *DOTS*. Já as unidades dotadas do Programa de Saúde da Família apresentavam somente 22,7% em relação à busca ativa de sintomáticos respiratórios e 31,8% de cobertura de *DOTS*. Segundo os coordenadores entrevistados, isso correu devido à falta de recursos materiais, humanos e financeiros, à rotatividade de pessoal, à dificuldade de compreensão sobre a estratégia, à necessidade de convencimento dos gestores de saúde, assim como em virtude do despreparo das equipes locais para desenvolver ações de controle da tuberculose. Esses todos foram considerados obstáculos que, os autores consideram, exigem atuação permanente e habilidade gerencial e

técnica por parte da coordenação do Programa de Controle da Tuberculose para a implantação e sustentabilidade da estratégia nesses Municípios (Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006).

Ainda considerando-se o Estado de São Paulo, estudos realizados em Ribeirão Preto (1997), São José do Rio Preto (1985-2003), Itapevi (2000-2004), Jacareí (1998-2003) e em Embu (2000-2004), apontaram que, de modo geral, a implantação do *DOTS* causou impacto positivo nos resultados de cura e abandono (Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006).

De modo semelhante, no estudo realizado entre 1999 a 2003, com 8 coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose de João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, municípios do Estado da Paraíba, todos considerados prioritários pelo Ministério da Saúde em relação ao controle da tuberculose, verificou-se que, após a implantação da *DOTS*, de maneira geral, ocorreu diminuição do percentual de abandono. Simultaneamente, ocorreu elevação nos percentuais de cura, coincidindo com a reorganização da Atenção Básica, dada a expansão do Programa de Saúde da Família (Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006).

Outro estudo, sobre o impacto da implantação da *DOTS*, foi realizado no Município de Recife-PE, entre 1995 a 2003, com profissionais da saúde que atuavam na gerência e assistência do Programa de Controle da Tuberculose, identificando-se redução no percentual de cura, especificamente no período de 1999 a 2003. O percentual de abandono manteve-se acima de 10% (considerando-se o período de 1995 a 2003), mas houve aumento do percentual de detecção de casos, ainda que não se apresente quantitativamente esse indicador. A coincidência da implantação da *DOTS* com a reorganização desencadeada pela instauração do Modelo de Atenção Básica, a expansão do Programa de Saúde da Família, e a descentralização das ações de controle da tuberculose, causou impacto negativo nos indicadores epidemiológicos sobre a tuberculose. Os problemas levantados pelo estudo que podem justificar tais achados apontam: dificuldades das equipes de profissionais de saúde

para a incorporação das responsabilidades locais para o controle da tuberculose; dificuldade operacional para a realização da baciloscopia, quanto aos pontos de coleta e período de tempo para a liberação de resultados de exames; a observação assistemática dos esquemas terapêuticos; a deficiência no uso dos impressos de acompanhamento da tomada de medicação supervisionada, entre outros (Ruffino Netto & Scatena Villa, 2006).

Bertolozzi (2005) estudou a adesão ao tratamento, especificamente sob o ponto de vista da implementação da *DOTS*, na região central do Município de São Paulo. A autora identificou que, para a população de estudo, cuja maior parcela era de pessoas que apresentavam situações muito precárias de vida, sendo principalmente moradores de rua e usuários de albergue, a estratégia se revelou como muito positiva, tanto sob o ponto de vista dos pacientes, como segundo os depoimentos de profissionais da saúde. Aponta a sua potencialidade na adesão ao tratamento, mas principalmente, como tecnologia que possibilitava, para os sujeitos do estudo, uma perspectiva de inclusão social.

De qualquer forma, parece não haver dúvidas de que a *DOTS* tem provocado impacto positivo nos indicadores do tratamento da tuberculose, o que é motivo de defesa da estratégia por parte de pesquisadores, trabalhadores da saúde, assim como organizações nacionais e internacionais (Bertolozzi, 2005).

No âmbito da Subprefeitura de Vila Prudente/Sapopemba, a experiência prática, anterior ao desenvolvimento do presente estudo, parecia indicar que a adesão ao tratamento sob *DOTS* ocorria, pois os “incentivos” fornecidos aos doentes, como lanche e cesta básica, acabavam por “seduzir” o paciente. Essa questão também, ao lado das anteriormente apontadas, estimulou o desenvolvimento deste estudo.

2.4.2. A DOTS no Programa de Saúde da Família

A OMS (2005) aponta que a *DOTS* é a estratégia mais adequada para o controle da tuberculose no Brasil, devido à elevada taxa de incidência da doença, às dimensões continentais do País e à reestruturação da atenção primária à saúde que tem ocorrido, recentemente, através da maciça e complexa descentralização do Sistema de Saúde, o que facilitaria o desenvolvimento da estratégia (WHO, 2005).

Ao definir a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde e estabelecendo o seu controle no nível primário de atenção, elege o Ministério da Saúde elege os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, como *locus* de desenvolvimento da *DOTS* (Leite & Brito 2004).

A estratégia Saúde da Família visa a reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, o que representa uma concepção de atenção à saúde focalizada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, suas famílias e as comunidades sob sua responsabilidade. Através da Saúde da Família, o Ministério da Saúde declara que estão sendo criadas condições que conduzem à construção de um novo modelo de atenção à saúde, mais justo, equânime, participativo e solidário (Ruffino Neto & Scatena Villa, 2006).

É nesse sentido que o presente estudo teve como objetivos identificar as características de pacientes sob DOTS junto à Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba do Município de São Paulo, e verificar os significados do *DOTS* para os pacientes portadores de tuberculose sob a estratégia, buscando identificar os seus limites e potencialidades, assim como verificar como se coloca a adesão ao tratamento para esses mesmos sujeitos.

Antes, é necessário destacar alguns aspectos que dizem respeito ao conceito e a elementos implicados na adesão ao tratamento.

2.5. A adesão como problema em Saúde Coletiva e a estratégia *DOTS*

A adesão se constitui como problema em Saúde Coletiva, já que repercute diretamente na disseminação da tuberculose e pode promover o desenvolvimento de bacilos resistentes, sendo que esta é uma das graves questões com que se apresenta o presente século em termos de saúde.

A partir de revisão bibliográfica nas bases de dados Lilacs e Medline, realizada entre janeiro e março de 2006 (referente as periódicos mais recentes sobre adesão como problema em Saúde Coletiva) verificou-se o que se apresenta a seguir:

Bertolozzi (1998), uma das primeiras autoras a abordar a questão do seguimento do tratamento estudando a faceta relativa à adesão, e não ao abandono, define que a “(...) A adesão ao tratamento transcende à expectativa estabelecida tradicionalmente pela Clínica, qual seja a de solucionar problemas de ordem biológica”. A autora detectou, em estudos distintos e realizados em cenários diferentes do Município de São Paulo (Bertolozzi 1991, 1998), que vários aspectos ampliam essa dimensão, dentre os quais, o fato de que, a depender do momento de vida do doente, a enfermidade pode não se constituir como prioridade, mas sim a própria sobrevivência, o que pode acarretar o abandono do cuidado pelo próprio corpo em função das necessidades do cuidado da família, por exemplo. Além disso, constatou a relação entre o lugar ocupado pelo sujeito no processo de produção e de reprodução social e o desenvolvimento do projeto terapêutico, o qual estaria, portanto, diretamente articulado às condições de vida e de trabalho dos sujeitos.

Um outro aspecto identificado pela autora, e que acaba por condicionar a adesão do paciente ao tratamento, refere-se à forma como se organiza a assistência na unidade de saúde, pois o acolhimento às necessidades dos usuários, pelos trabalhadores da saúde, potencializa ou limita, a participação do doente na terapêutica. Além desses aspectos, aponta a relevância

de que os trabalhadores da saúde compreendam como os pacientes entendem a saúde-doença, pois isto, de igual maneira, pode apoiar (ou não) o desenvolvimento do projeto terapêutico.

Oliveira e Moreira Filho (2000) realizaram estudo entre 1993 e 1994, com pacientes residentes em Campinas-SP, os quais haviam reingressado no Programa de Controle do Tratamento da Tuberculose, devido a abandono prévio ou recidiva. Os autores verificaram que o ressurgimento da sintomatologia ocorreu devido à irregularidade durante o tratamento prévio. Ademais, apontam que falhas no agendamento dos retornos, assim como o elevado número de faltas às consultas médicas, também foram elementos associados ao abandono. Os autores mencionam que tais ocorrências foram devidas a problemas sociais que incidem na esfera de vida dos pacientes. Dos 17 reingressantes estudados, 10% eram provenientes de presídios, 7 apresentavam aids e um apresentava multidroga-resistência. Treze abandonaram o retratamento, 2 foram a óbito e apenas 2 curaram-se. Os autores apontam que, com a *DOTS*, esses problemas poderiam ser amenizados, pois a estratégia garantiria a adesão ao tratamento.

Barroso et al. (2003) estudaram, retrospectivamente, 146 pacientes com tuberculose multidroga-resistente no Estado do Ceará. Apontam que a tuberculose multidroga-resistente ocorre devido ao tratamento inadequado, à não adesão ao tratamento, à pobreza extrema, à intolerância medicamentosa, às falhas no atendimento (sem especificá-las), à falta de medicação, à história de dois ou mais tratamentos anteriores, à pouca atenção às queixas do paciente e à ausência de local para encaminhar o paciente quando necessário, dentre outras questões apontadas. Mencionam que, nesses casos, o tratamento se desenvolve inadequadamente, com falhas sucessivas, até o abandono definitivo.

Na América Latina, Piñeda et al. (2005) estudaram 490 pacientes que abandonaram o tratamento. Os doentes eram provenientes de 19 unidades de saúde de Manágua e de 15 centros de saúde de Matagalpa, na Nicarágua. Os autores observaram que mais da metade dos abandonos corresponderam aos indivíduos desempregados. Daqueles que trabalhavam, 80%

recebiam menos do que um salário mínimo. Além disso, a falta de domicílio fixo para viver se apresentou como risco três vezes maior para o abandono do tratamento em relação ao indivíduo com residência fixa. Os autores apontam que, em decorrência da pauperização, as pessoas buscam lugares para viver, em geral, em zonas não urbanizadas que se configuram como assentamentos urbanos temporários. Em decorrência, os serviços de saúde perdem o controle da localização dos pacientes faltosos, o que contribui para o abandono do tratamento.

Culqui et al. (2005) estudaram os pacientes do Programa de Controle da Tuberculose da Província de Ica no Perú. Os autores encontraram que o fato mais relacionado ao abandono do tratamento foi o horário estabelecido para oferecer a medicação supervisionada aos pacientes, uma vez que coincidia com o horário de trabalho. Já o fator que teve maior repercussão para a continuidade do tratamento, segundo os autores, foi a informação que o paciente recebeu sobre sua enfermidade e sobre o restabelecimento de sua saúde, apresentando-se mais significativa do que a escolaridade.

A adesão está diretamente relacionada à disponibilidade de ouvir e ao compromisso da equipe de saúde com o indivíduo. Estratégias adotadas no processo de produção de serviços, como por exemplo, a promoção de experiências grupais com a finalidade de possibilitar troca de experiências são consideradas importantes elementos na construção da adesão (Ruffino Netto e Scatena Villa, 2006).

Além disso, o desenvolvimento apropriado da *DOTS*, quando contempla relação de escuta e atendimento às necessidades, não se configurando restritamente como supervisão da ingestão da medicação, contribui de forma importante à adesão ao tratamento (Bertolozzi, 2005).

Da exposição de alguns aspectos que podem estar implicados na adesão ao tratamento, reitera-se que o presente estudo teve como objetivos os que a seguir encontram-se explicitados.

3. Objetivos:

- a. Identificar as características pessoais, de condições de vida e de trabalho e de saúde-doença dos pacientes sob *DOTS*, matriculados em Unidades de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba do Município de São Paulo;
- b. Identificar as potencialidades e os limites da estratégia *DOTS* sob o ponto de vista desses pacientes;
- c. Identificar como os pacientes interpretam a adesão ao tratamento.

4. Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, quali-quantitativo, cujo material empírico foram depoimentos de pacientes.

A concepção de saúde-doença que norteia o presente estudo está apoiada na Determinação Social do Processo Saúde-Doença. Concebe-se esse processo como histórico, dinâmico e determinado pela forma como cada indivíduo se insere na estrutura social. Esse processo é a síntese da totalidade das determinações e está articulado aos aspectos econômicos, políticos, sociais e, também, àqueles referentes ao plano singular dos indivíduos. Além disso, não se expressa numa expressão linear, mecânica, de um pólo (saúde) a outro (doença), mas sim, através de um constante vai e vem em espiral, o que evidencia o caráter dinâmico de permanente alteração dos fatos e fenômenos vinculados à saúde-doença. Tal forma de interpretação da saúde-doença diz respeito, ainda, aos processos particulares de uma determinada sociedade que expressam, no nível individual, as condições coletivas de vida resultantes da forma com se concretizam os processos de produção e de reprodução social. Estes, se referem aos processos de trabalho, que são as expressões individuais do modo de produção da sociedade) e; aos perfis de consumo, ou seja, as condições materiais de existência e as suas conseqüências sobre a forma de viver, as quais produzem condições favoráveis de saúde e de sobrevivência, assim como condições desfavoráveis, isto é, riscos de adoecer e morrer (Egry, 1996).

Visto que a adesão ao tratamento constitui-se numa das principais questões no controle da tuberculose, o presente estudo visa analisar como os pacientes percebem a estratégia *DOTS*, sob a égide da categoria analítica *adesão*. O conceito adotado é o proposto por Bertolozzi (1998), que aponta que a adesão extrapola o caráter eminentemente biológico, clínico e comportamental, e está intrinsecamente articulada ao entendimento que o doente tem a respeito do adoecimento, ao lugar que ocupa no processo de produção e de reprodução

social e de aspectos que dizem respeito à organização dos serviços de saúde, dentre os quais, principalmente, o acolhimento em relação às necessidades dos pacientes. A mesma autora aponta que as condições de vida e de trabalho determinam o enfrentamento da doença e a adesão ao processo de tratamento.

Ainda, os achados da mesma autora, em outro estudo (Bertolozzi, 2005) evidenciaram que a adesão não se reduz a um ato de volição, desconectado da realidade do sujeito doente, mas depende de uma série de intermediações que envolvem o indivíduo; a organização dos processos de trabalho na produção de serviços de saúde; e a acessibilidade em sentido amplo, que diz respeito aos processos que levam (ou não) ao desenvolvimento da vida com dignidade. Os resultados dessa investigação evidenciam, também [e isto com referência à população de estudo, cujas vulnerabilidades suplantavam os potenciais de fortalecimento], que o Tratamento Supervisionado mostrou-se como um meio: como uma tecnologia em saúde, que torna possível, através da valorização dessas pessoas, “trazê-los de volta” à vida, acreditando-se que isto se deve à relação cotidiana que se estabelece no processo de produção em saúde.

4.1. Os sujeitos do Estudo

O estudo foi desenvolvido junto aos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, matriculados nas Unidades de Saúde da Família da Subprefeitura de Vila Prudente/Sapopemba, no período de abril a julho de 2006.

Nessa época, havia 16 pacientes sob *DOTS*, porém apenas 11 fizeram parte do presente estudo. Os demais não foram incluídos, pois 3 haviam abandonado o tratamento (dentre estes, um era morador de rua e não foi possível encontrá-lo; um era agregado que mudou-se, não tendo sido possível obter o novo endereço; e outro, de fato havia abandonado o tratamento, recusando-se em ser entrevistado), um foi excluído por estar envolvido com

questões de violência e crime, considerando-se que não seria apropriada a aproximação com o mesmo e um não foi encontrado no domicílio, mesmo após três sucessivos contatos, buscando-se confirmar local e horário para a realização da entrevista.

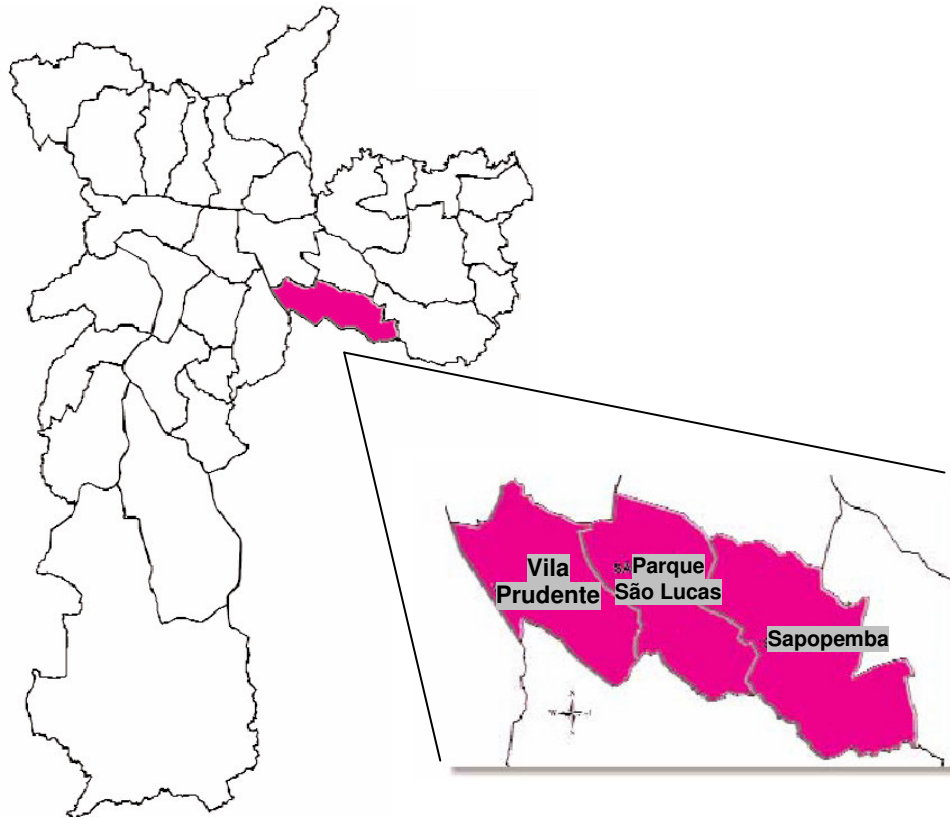
Todos os pacientes encontravam-se sob tratamento quando foram entrevistados.

4.2. O Cenário do Estudo

A Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba pertence à Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste e abrange o Parque São Lucas, a Vila Prudente e Sapopemba, onde viviam, em 2004, cerca de 519.464 pessoas, numa área geográfica de 33,3 Km² (São Paulo, 2004d). Em 2003, o número total de pessoas com tuberculose, nessa Coordenadoria, foi de 423 casos, sendo 87% da forma pulmonar, 6,8% pleural e 1,7% ganglionar periférica e outras (São Paulo, 2004b). Essa localidade ocupava, na época em que foram coletados os dados, o segundo lugar em termos de taxa de incidência da doença, considerando-se o Município de São Paulo (São Paulo, 2004c). A taxa de cura foi de 49%; de abandono, em torno de 13%; e de transferência, cerca de 23%.

Nessa época, encontrava-se registrado no Programa de Controle da região, que 83% dos pacientes eram casos novos, 11% recidivas e 6% retratamentos por abandono (São Paulo, 2004b).

Mapa 1. Município de São Paulo, com destaque para a Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba (Vila Prudente, Parque São Lucas e Sapopemba).



Fonte: São Paulo, 2004c.

Na região da Vila Prudente há 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. O Parque São Lucas têm 2 UBS tradicionais e 5 com estratégia PSF: UBSF Reunidas I, UBSF Reunidas II, UBSF Jardim Guairacá, UBSF Jardim Iguaçu e UBSF Parque São Lucas. Já a região de Sapopemba possui todas as 12 UBS com a estratégia PSF: UBSF Jardim Sinhá, UBSF Iaçapé, UBSF Santa Madalena, UBSF Teotônio Vilela, UBSF Fazenda da Juta I, UBS Fazenda da Juta II, UBSF Jardim dos Eucaliptos, UBSF Jardim Elba, UBSF Jardim Sapopemba, UBSF Vila Renato, UBSF Pastoral, UBSF Mascarenhas de Moraes (São Paulo, 2006a).

Antes da seleção dos sujeitos do estudo foram selecionadas as Unidades Básicas de Saúde, com Programa de Saúde da Família, que comporiam o estudo.

A escolha das UBS dotadas de PSF ocorreu dada a sua inserção em determinadas comunidades, o que permitiria à pesquisadora, acesso mais facilitado aos sujeitos do estudo. Assim, do total de 17 Unidades Básicas de Saúde da Família, 9 apresentavam maior proximidade junto à comunidade, dentre as quais: UBSF Jardim Sinhá, UBSF Santa Madalena, UBSF Jardim Iguaçu, UBSF Jardim Guairacá, UBSF Pastoral, UBSF Vila Renato, UBSF Reunidas I, UBSF Fazenda da Juta I e UBSF Fazenda da Juta II.

De modo geral, a região onde ocorreu o estudo era composta por casas de cômodos pequenos com ventilação e iluminação solar precária, localizada em vielas estreitas, na maioria das vezes sem identificação de endereço. A população ficava a maior parte do tempo ociosa sentada nas vielas, pôde-se notar muita drogadização, tráfico de drogas, crianças e adolescentes trabalhando para o tráfico. Além disso, a questão da violência era a mais gritante por haver cativeiros de seqüestros, elevadas constatações de ferimentos por arma de fogo, arma branca (subnotificados), violência doméstica (à criança e à mulher), negligência e omissão de cuidados às crianças e idosos.

4.3. A Captação e o Tratamento dos Dados

Foi utilizado um roteiro semi-estruturado (Anexo I) que orientou a coleta dos dados. As entrevistas com os pacientes foram realizadas pela própria pesquisadora nas dependências das Unidades de Saúde da Família e nos domicílios dos mesmos, em locais onde se buscou conservar ao máximo a privacidade.

Os depoimentos foram gravados e tiveram duração aproximada de 30 a 40 minutos, sendo que o mais extenso depoimento teve a duração de 1 hora e 20 minutos. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora.

O material empírico foi decodificado através da técnica proposta por Fiorin e Savioli (1991), a qual está fundamentada na teoria de Greimás ou Teoria da Geração de Sentido do

Texto, que permite a apreensão de frases temáticas (Fiorin, 1989). Tal análise é realizada buscando-se os temas (elementos abstratos) e figuras (elementos concretos) presentes nas falas. As figuras, segundo Fiorin e Savioli (1991) são “... palavras ou expressões que correspondem a algo existente no mundo natural (...) elementos que organizam, categorizam, ordenam a realidade percebida pelos sentidos”. Os autores explicam que, no texto, todos os elementos se relacionam e o que dá sentido ao encadeamento das figuras são os temas a elas subjacentes, conforme realizado no presente estudo. Os temas evidenciam os sentidos e os significados de cada ação contida no discurso.

Na análise dos depoimentos, procedeu-se à sua desconstrução, à decomposição, partindo-se da estrutura narrativa, que é mais concreta, caminhando em direção da estrutura profunda. Todos os depoimentos foram analisados seguindo essa orientação, buscando-se verificar quais eram os significados e a interpretação dos sujeitos. Para a contextualização do estudo das representações foram privilegiadas a profundidade e a literalidade dos depoimentos dos sujeitos. Isso foi feito através de várias leituras, o que fez emergir frases temáticas. As frases temáticas foram agrupadas segundo as categorias analíticas e constituíram um *corpus* temático (Anexo III). Cada sujeito da pesquisa recebeu uma letra de identificação e cada frase temática, um número.

Buscou-se compreender como as coisas se apresentam e acontecem a partir dos depoimentos dos entrevistados, que evidenciam seus modos subjetivos e objetivos de vida. Além disso, buscou-se compreender as ações e os significados que os sujeitos atribuem aos eventos, incluindo o processo saúde-doença e ao próprio comportamento.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis que compõem o presente estudo são as seguintes:

- a) Relativas às características pessoais:

- Idade
- Sexo
- Naturalidade

b) Relativas às condições de vida e de trabalho:

- Condições de existência: tipo de moradia, n° de cômodos, n° de pessoas que residiam no domicílio, posição na família, situação de trabalho no momento em que se realizou a coleta de dados, tipo de trabalho, renda familiar
- Escolaridade do paciente
- Escolaridade da mãe do doente
- Participação em associação
- Acesso à informação
- Acesso ao lazer

c) Relativas à assistência prestada no serviço de saúde:

- Local onde se realiza a *DOTS*
- Frequência da *DOTS*
- Profissional de saúde que aplicava a *DOTS*
- Incentivos ao paciente sob *DOTS*

d) Relativas ao Processo de saúde-doença dos pacientes:

- Forma da doença
- Esquema terapêutico
- Mês do tratamento em que o paciente se encontrava
- Preocupação manifestada
- Conhecimento sobre a transmissão da doença
- Manifestação da sintomatologia

- Trajetória percorrida até a descoberta da doença
- Como foi realizado o diagnóstico
- Significados sobre a doença
- Como se revelou o estigma da doença
- Significados sobre a cura
- Significados sobre a assistência recebida

e) Relativas aos significados do *DOTS* e à adesão:

- Significados da *DOTS* para os pacientes
- Aspectos positivos e negativos da *DOTS*
- Significados sobre a adesão ao tratamento

4.5. Procedimentos Éticos

Os procedimentos éticos foram resguardados, segundo recomenda a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi solicitada a devida autorização junto à Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, à Coordenação Regional de Saúde - Sudeste e à Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba. Foi solicitada autorização, ainda, aos Coordenadores do *Parceiro-Fundação Zerbini*, aos Gerentes e aos responsáveis pela Vigilância Epidemiológica das Unidades de Saúde da Família que integraram a investigação.

É necessário apontar que vários obstáculos foram transpostos para a obtenção dos dados junto à Vigilância Epidemiológica da região, o que repercutiu no processo de coleta de dados que se realizou posteriormente.

Após o esclarecimento sobre os objetivos do estudo, os sujeitos foram convidados a participar do mesmo, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

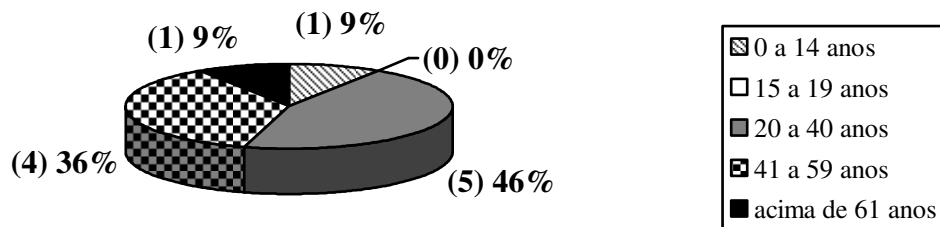
5. Resultados

Primeiramente serão descritos os dados referentes às características pessoais, as condições de vida e de trabalho e, posteriormente, os dados sobre o processo saúde-doença dos pacientes, os significados sobre o *DOTS* e a adesão ao tratamento.

5.1. Características pessoais dos sujeitos do estudo

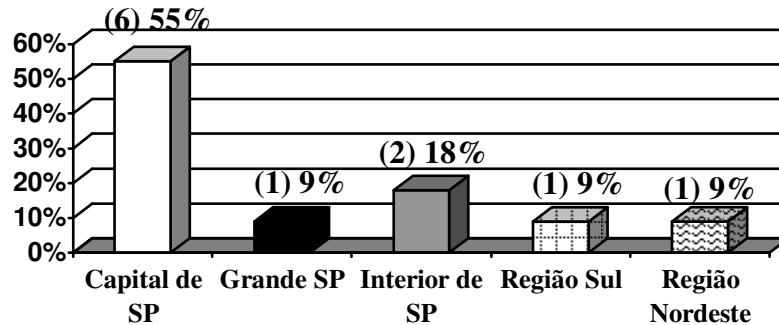
Os 11 pacientes entrevistados não estavam distribuídos de maneira uniforme no que se refere ao sexo: havia 7 (64%) homens e 3 (46%) mulheres. Foi encontrada uma (9%) criança de 5 anos (tendo sido entrevistado seu responsável), 5 (46%) na faixa etária entre 20 e 40 anos, 4 (36%) entre 41 e 60 anos e apenas um (9%) idoso de 66 anos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo faixa etária. Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



Quanto à naturalidade, 6 (55%) eram do Município de São Paulo, 2 (18%) do interior do Estado de São Paulo, um (9%) da Região do ABC paulista, um (9%) do Paraná e um (9%) de Alagoas (Gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo local de nascimento. Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.

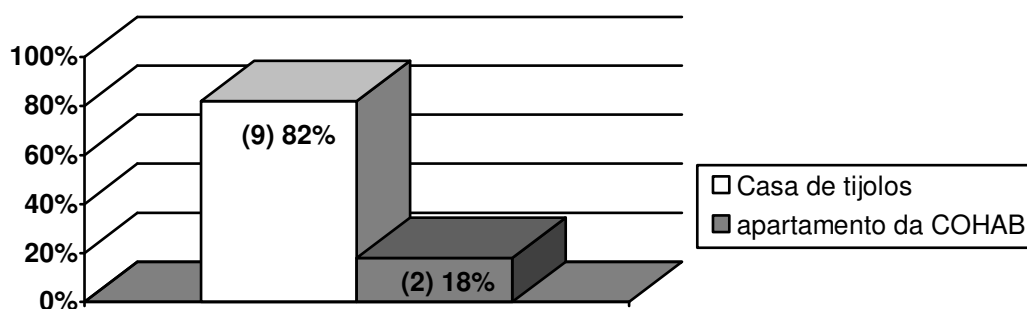


5.2. Características dos sujeitos em relação às condições de vida e de trabalho

Os dados que se seguem dizem respeito às condições de vida e de trabalho dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo tipo de moradia, número de cômodos no domicílio, número de pessoas que residiam no mesmo domicílio que o paciente, posição do paciente na família, profissão/ocupação, situação de trabalho no momento em que se realizou a coleta de dados, tipo de trabalho, renda familiar, escolaridade do paciente e de sua mãe, participação em associação, acesso à informação, à saúde e ao lazer.

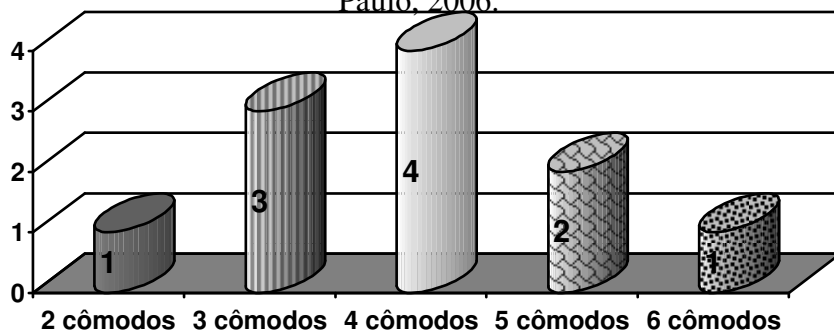
No que diz respeito à moradia, verificou-se que 9 (82%) pacientes residiam em casas de tijolos e 2 (18%) em apartamentos da Cohab (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo tipo de moradia. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006



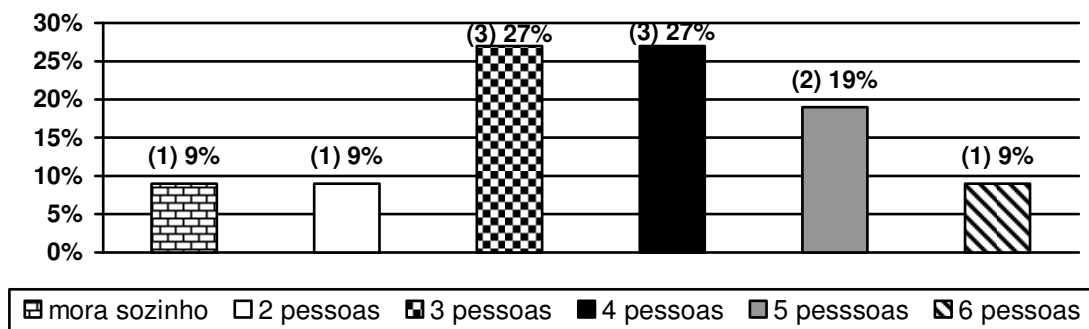
No tocante ao número de cômodos do domicílio, 4 moravam em domicílios com quatro cômodos, 3 moravam em domicílios com três cômodos, 2 em cinco cômodos, um em seis cômodos e um em dois cômodos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo número de cômodos da habitação onde mora. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



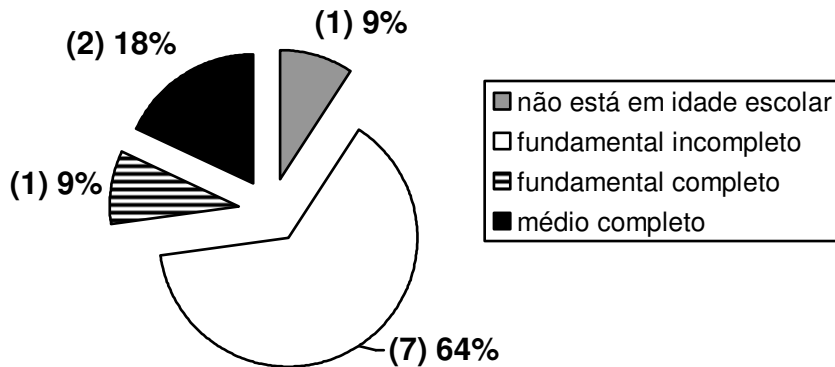
A maioria dos pacientes morava com mais de uma pessoa, sendo que 3 (27%) moravam com três pessoas, o mesmo montante (27%) com quatro pessoas, 2 (19%) com cinco pessoas, e os demais (9%, respectivamente) com 2 pessoas e com 6 pessoas. Um deles (9%) morava sozinho (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo o número de pessoas que compartilhavam do mesmo domicílio. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



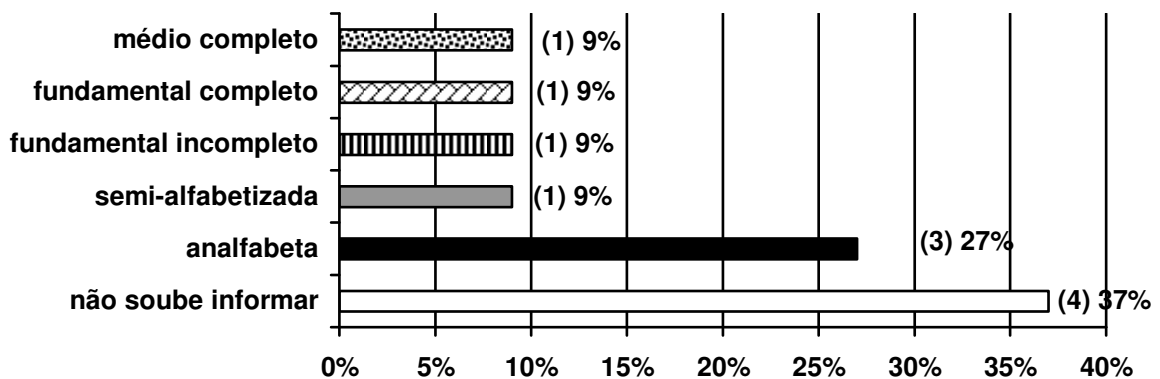
No que se diz respeito à escolaridade, mais da metade (64%) dos pacientes tinham somente o ensino fundamental incompleto, 1 (9%) completo, 2 (18%) tinham o ensino médio completo e um (9%) não se encontrava em idade escolar (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo escolaridade. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



Conforme mostra o Gráfico 7, 4 (37%) pacientes não souberam informar a escolaridade da mãe, 3 (27%) referiram que era analfabeta, um (9%) mencionou que era semi-alfabetizada, um (9%) referiu que tinha o fundamental incompleto, um (9%) disse que tinha o fundamental completo e um (9%) que a mãe tinha o ensino médio completo.

Gráfico 7 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo escolaridade da mãe. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



A Tabela 2 mostra a posição dos pacientes na família, 4 (36,4%) eram filhos, 2 (18,3%) referiram que eram agregados, 2 (18,3%) mencionaram que eram mães, 2 (18,3%) eram chefes da família e 1 (9%) disse que era irmão.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo posição na família. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Posição dentro da família	Nº	%
Filho	4	36,4
Mãe	2	18,2
Agregado	2	18,2
Chefe da família	2	18,2
Irmão	1	9,0
Total	11	100,0

Quanto à ocupação, 5 (45,5%) pacientes estavam desempregados, 2 (18,2%) prestavam serviços domésticos e 2 (18,2%) prestavam serviços de pintor e pedreiro e os demais realizavam trabalho na área de serviços (Tabela 3).

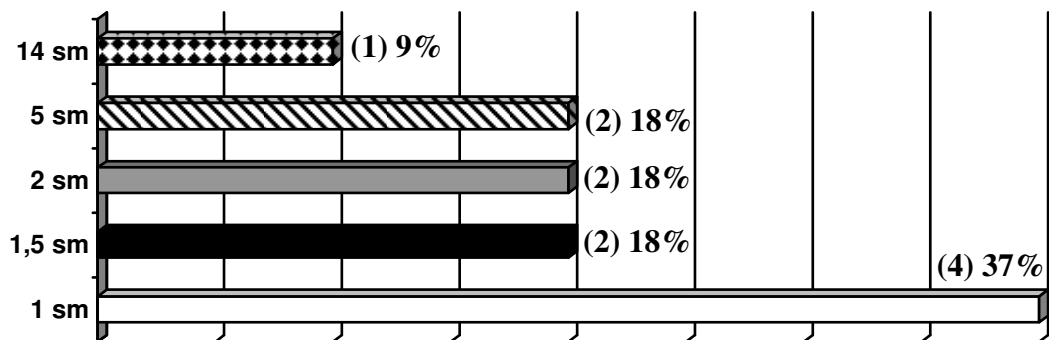
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo ocupação. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/ Sapopemba – São Paulo, 2006.

Ocupação	Nº	%
Desempregado	4	36,3
Serviços domésticos	2	18,2
Pintor e pedreiro	2	18,2
Organizador de Eventos	1	9,1
Cabeleireiro	1	9,1
Não se aplica	1	9,1
Total	11	100,0

No que se refere à renda familiar, 4 pacientes (37%) tinham como renda somente um salário mínimo; 2 tinham como renda familiar 1,5 salários mínimos; outros 2, 2 salários

mínimos e o mesmo montante, 5 salários. Entretanto, um paciente referiu ter renda familiar de 14 salários mínimos, o que é digno de nota, ainda mais considerando-se a região onde residia (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo a renda familiar. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



O meio de informação referido como mais acessado pelos pacientes foi a televisão (73%), e os demais, foram o rádio (9%), rádio e televisão (9%) e a internet (9%).

Quanto o engajamento em associações, a totalidade dos sujeitos do estudo referiu não participar de nenhum agrupamento.

Mais da metade (54%) dos pacientes referiu como lazer, passear e ir à festas. Entretanto, 36,0% mencionaram nada fazer, permanecendo no próprio domicílio e assistindo programas de TV ou ouvindo rádio (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo acesso ao lazer. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

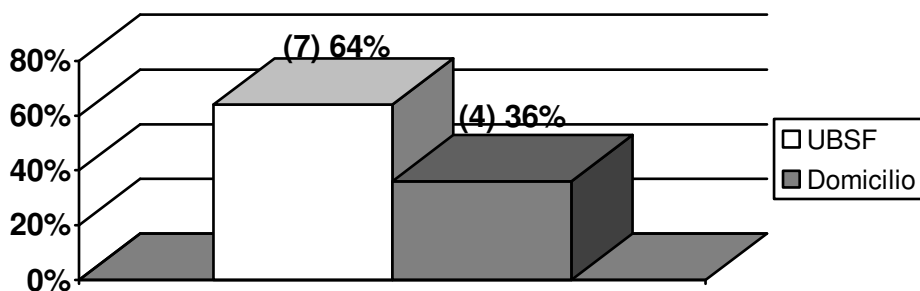
Tipo de Lazer	Nº	%
Passear, ir à festas	5	44,0
Não faz nada para se divertir, ficar em casa, TV/Rádio	4	36,0
Jogar futebol e viajar	1	10,0
Não se aplica	1	10,0
Total	11	100,0

5.3. Características dos sujeitos relativas à assistência prestada no serviço de saúde

As informações descritas a seguir dizem respeito à assistência recebida pelos pacientes com tuberculose sob *DOTS* e incluem a referência ao local onde se realizava a *DOTS*, sua frequência, o profissional de saúde que aplicava a *DOTS* e incentivos ao paciente sob *DOTS*.

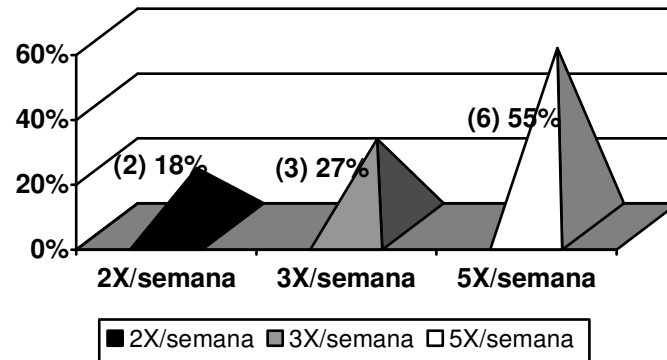
A respeito do local da supervisão da tomada da medicação, através do Gráfico 11 pode-se constatar que em 64% dos casos, a estratégia era desenvolvida na Unidade Básica de Saúde da Família, mas não é desprezível (36%) o número de casos em que isto ocorria no domicílio do paciente.

Gráfico 11 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo local da supervisão da tomada da medicação. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



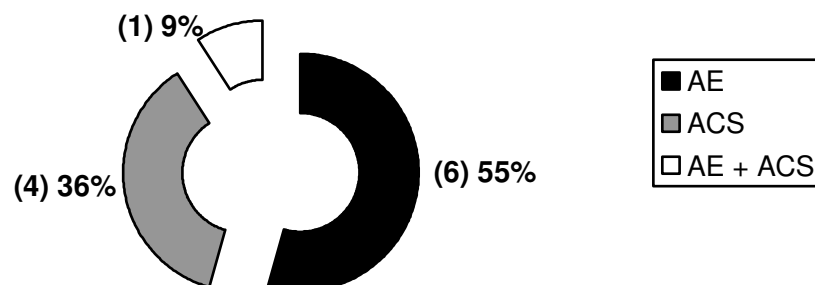
No que se refere à frequência da tomada da medicação, o Gráfico 10 mostra que mais da metade (55%) dos pacientes tomavam a medicação sob supervisão durante 5 dias na semana, ao passo que para 27% isto ocorria 3 vezes e para 18% somente 2 vezes durante a

Gráfico 10 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo frequência de dias da semana da supervisão da tomada da medicação. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



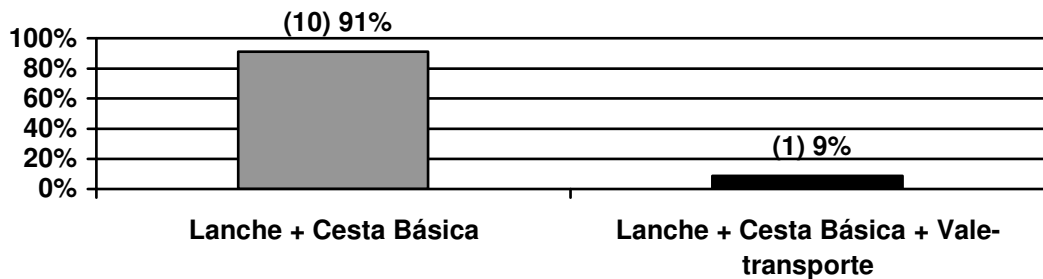
Quanto à categoria do profissional de saúde que supervisionava a tomada da medicação, segundo o Gráfico 12, 6 (55%) eram Auxiliares de Enfermagem e 4 (36%) eram Agentes Comunitários de Saúde. Em apenas um caso (9%) a supervisão da tomada da medicação era realizada tanto pelo Auxiliar de Enfermagem quanto pelo Agente Comunitário de Saúde.

Gráfico 12 - Distribuição dos profissionais da saúde, por categoria, que supervisionaram a tomada da medicação dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



A totalidade dos pacientes recebia incentivos por estar sob *DOTS*, sendo que 10 (91%) recebiam principalmente lanche e cesta básica, enquanto que apenas um (9%) recebia lanche, cesta básica e vale-transporte (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo tipo de incentivo recebido. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.

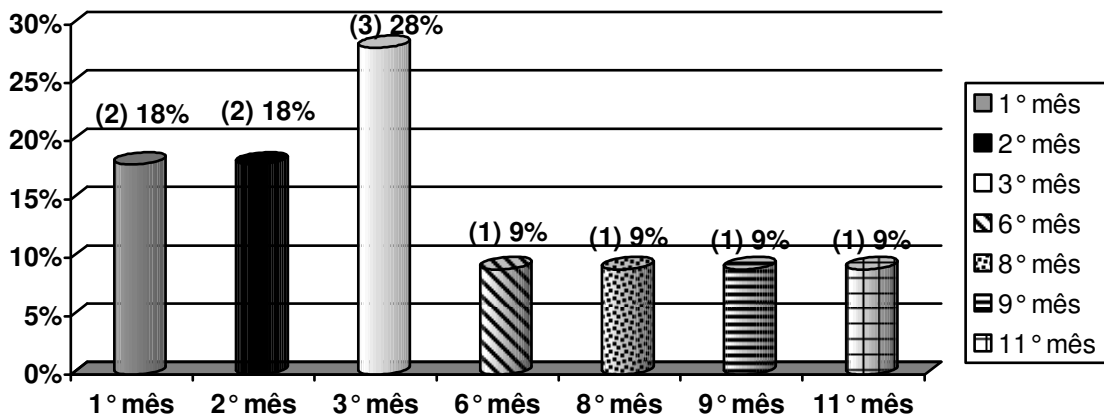


5.4. Características dos sujeitos relativas ao Processo de saúde-doença

A forma predominante da doença foi a pulmonar (91%) e, no que se refere ao esquema terapêutico, 7 (64%) pacientes encontravam-se sob o Esquema I, 2 (18%) sob o Esquema II – Básico + Etambutol e 2 (18%) sob o Esquema MDR.

A maioria dos pacientes (64%), quando entrevistados, encontravam-se nos primeiros 3 meses do tratamento, sendo 3 no terceiro mês de tratamento, 2 no segundo mês e o mesmo montante no primeiro mês (Gráfico 9). Entretanto, foram entrevistados também pacientes que encontravam-se há quase um ano em tratamento (9%).

Gráfico 9 - Distribuição dos pacientes com tuberculose sob *DOTS*, segundo mês de tratamento. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba - São Paulo, 2006.



Os dados que se seguem dizem respeito à principal preocupação manifestada pelo paciente, ao conhecimento sobre a transmissão da doença, à manifestação da sintomatologia, à trajetória percorrida até a descoberta da doença, como foi realizado o diagnóstico, aos significados sobre a doença, como se revelou o estigma da doença, aos significados sobre a cura e aos significados sobre a assistência recebida. Destaca-se que os dados a seguir referem-se à análise dos depoimentos segundo técnica de análise de discurso. Serão, portanto, apresentados de forma diversa da anterior.

As principais preocupações manifestadas pelos pacientes, além da própria saúde (A1, I1, J1, L1), foram em relação à família (A1, H1, L1) e à situação financeira (D1, L1). De fato, outra paciente referiu vender o incentivo que recebia (vale-transporte) para adquirir produtos necessários à família (D17). Outra paciente referiu que sua maior preocupação era o medo de ser presa e em relação às condições dos presídios (H1). (Quadro 1).

Quadro 1 – Principal preocupação manifestada pelos sujeitos do estudo. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Com os estudos da filha e com a própria doença (A1)
Com situação financeira (sem condição até mesmo para aquisição de alimento) (D1)
Com a própria saúde (I1, J1)
Medo de ser presa, do decorrente desamparo dos filhos e das condições dos presídios (H1)
Com: saúde, emprego e filha (L1)

Os sinais e sintomas que referiram apresentar foram tosse, febre vespertina, suor noturno, emagrecimento, dor nas costas, falta de ar, palidez, cansaço, anorexia, calafrio, tremor, catarro, hemoptise, “sentir arder”, além da referência de que: “senti os sintomas por alguns meses” (A4, B2, D3, E2, F2, G2, H3, H7, I3, I7, I8, J8, L5).

A maioria dos pacientes referiu procurar serviços de saúde quando enfermos (A2, B1, D2, E1, G1, H5, L3, I2), exceto um que mencionou não procurar serviços de saúde (F1) e outro que referiu permanecer em repouso quando adoece (J2) (Quadro 2).

Quadro 2 – O quê fazem os sujeitos quando adoecem. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Procura médico, UBSF, hospital ou convênio (A2, B1, D2, E1, G1, H5, L3, I2)
Não procura serviços de saúde (F1)
Permanece em repouso (J2)

No que se diz respeito ao conhecimento do paciente em relação à transmissão da doença, muitos associaram a enfermidade ao ritmo de vida, ao trabalho em excesso, à má alimentação, ao tabagismo, ao etilismo e ao uso de drogas (A8, C2, C3, E4, F3). Outros pacientes co-relacionaram a tuberculose ao fator climático (G6), ao fato de ter estado em presídio (H11, H12, H13) e à baixa imunidade (H14). Porém, somente alguns pacientes mencionaram, em seus depoimentos, que a transmissão da doença ocorria pelo contato, com: familiar que teve tuberculose e que não seguia o tratamento (C1, C2); com tio alcoolista que abandonou o tratamento e foi a óbito (D8, D9) e com pessoas moradoras de rua, com portadores de HIV, além da compartilha de utensílios (C2, I6, L7) (Quadro 3).

Quadro 3 – A causa da doença segundo os sujeitos do estudo. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Ritmo de vida, trabalho em excesso, má alimentação, tabagismo, etilismo, uso de drogas (A8, C2, C3, E4, F3)
Contato com familiar que teve tuberculose devido a estilo de vida (usuária de drogas, não se cuidava e não seguia o tratamento) (C1, C2)
Contato com tio alcoolista que abandonou o tratamento e foi a óbito (D8, D9)
Fator climático (G6)
Presídio (H11, H12, H13)
Baixa imunidade (H14)
Tipo de trabalho (criação de patos), hábito de fumar, familiares tabagistas e “bronquite” quando criança (J8)
Contato com pessoas moradoras de rua, com portadores de HIV, compartilha de utensílios (C2, I6, L7)

A respeito da descoberta da doença, os pacientes citaram que receberam vários diagnósticos antes do definitivo (D19), sendo apontada desde suspeita de infecção intestinal crônica e câncer (A5), até pneumonia e gripe (B4, H6) (Quadro 4).

Quadro 4 – Trajetória percorrida pelos sujeitos do estudo até a descoberta da doença. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Profissionais médicos suspeitaram de infecção intestinal crônica e câncer antes da tuberculose (A5)
Diagnóstico equivocado: pneumonia, gripe, ao invés de tuberculose (B4, H6)
Recebeu vários diagnósticos antes do definitivo: tuberculose (D19)

A totalidade dos pacientes entendeu que o diagnóstico foi obtido através de resultado de exames, dentre os quais, houve referência à biópsia (A6), Raio X pulmonar (I4, L5) e baciloscopia (D4, B13). No entanto, um paciente não especificou o tipo de exame realizado para o diagnóstico da doença (J5) (Quadro 5).

Quadro 5 – Como entendem os sujeitos que o diagnóstico foi obtido. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Resultado de biópsia (A6)
Resultado de exame, sem especificar tipo (J5)
Resultado da baciloscopia (D4, B13)
Raio X de pulmão (I4, L5)

O impacto da descoberta do diagnóstico se revelou por meio de sentimentos negativos: tristeza (D20), “sentiu-se mal” (J7, J9) e abalado (H10); assim como sentimento de desconfiança, não admitindo tratar-se de tuberculose (G4, H9, L4); e pela ‘coisificação’, ao se referir à doença como “isso aí”. Ademais, um paciente mencionou ocupar o tempo para não lembrar da doença e entrar em depressão (A3) (Quadro 6).

Outra pessoa citou não ter se desesperado por ocasião do diagnóstico, pois sabia que ao tomar a medicação poderia curar-se (C6) e ainda houve menção de um paciente que não se importou, pois já tinha adoecido da enfermidade anteriormente (G3).

Alguns pacientes mencionaram que sofreram estigma, revelado pelo afastamento de amigos (A12) e pelo comportamento estigmatizante de vizinhos/outros (G5, H18) (Quadro 6).

Quadro 6 – Como se revela aos sujeitos o impacto/preconceito/estigma da doença. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Afastamento de amigos (A12)
Ocupar o tempo para não lembrar da doença e entrar em depressão (A3)
Comportamento de vizinhos/outros é estigmatizante (G5, H18)
Refere-se à tuberculose como ‘isso aí’ (J6)
Sente-se mal, pois somente ele, considerando-se toda a sua família, adoeceu com tuberculose (J9)
Refere ter se sentido mal quando descobriu (J7)
Tristeza ao descobrir que estava com tuberculose (D20)
Sentiu-se abalado por ter que tomar comprimidos por 6 meses (H10)
Não se desesperou em saber que estava com tuberculose, pois sabia que ao tomar a medicação poderia curar-se (C6)
Não se importou, pois já tinha adoecido da enfermidade anteriormente (G3)
Considerou que a médica estava enganada em relação ao diagnóstico de tuberculose (G4)
Não acreditou no diagnóstico de tuberculose por “não ser doença rotineira”, acreditava que os exames não confirmariam a suspeita de tuberculose (H9, L4)

É importante apontar sobre o significado que a tuberculose assume na vida do paciente. A maioria dos pacientes mencionou que a vida mudou após ter adoecido, pois parou de fumar e beber, não saía de casa, a vida ficou mais “corrida”, mais triste, preferia se isolar das pessoas (A10, C7, D5, D10, G9, H15, H17, L6) ou por significar despesa no orçamento familiar (D4), ou dificuldade de continuidade no emprego (E5). Todavia, alguns pacientes referiram que nada mudou e que a vida continuou “normal” (A9, B8, F4). Além disso, houve

menção de situações positivas que ocorreram após o diagnóstico da doença, como: ter conseguido emprego fixo (I10) e união familiar levando a melhora da auto-estima (L8). (Quadro 7).

Quadro 7 – O significado que a doença assume para o sujeito do estudo após o diagnóstico da doença. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

A vida continuou “normal”, nada mudou (A9, B8, F4)
A doença significou gasto financeiro (D4)
A vida mudou após ter adoecido, parou de trabalhar, parou de fumar e beber, não saía de casa, vida mais corrida, triste, preferia se isolar das pessoas (A10, C7, D5, D10, G9, H15, H17, L6)
Ficou desanimado e com dificuldade de continuar no emprego (E5)
A vida ficou ótima, pois conseguiu emprego fixo (I10)
A vida mudou: suscitou união familiar (L8)

Os pacientes remeteram a cura, primeiramente, a Deus e, em segundo lugar, à família, à medicação e alimentação (A11, C15, D7), só à medicação (B9, F11), só a Deus (I9) (Quadro 8).

Quadro 8 – A quem os sujeitos imputam a cura. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Remete a cura, primeiramente, a Deus e, em segundo lugar, à família, à medicação e alimentação (A11, C15, D7)
Remete a cura à medicação (B9, F11)
Remete a cura a Deus e o fato de não ter que tomar a medicação anti-retroviral mesmo sendo portadora de HIV (H2)
Remete a cura a Deus (I9)

A maioria dos pacientes concebe a assistência como: consulta médica mensal, prescrição médica, exames laboratoriais, tomada da medicação na UBSF com auxiliar de enfermagem, recebimento de incentivo (lanche e cesta básica), encaminhamento à especialista

(A13, B7, C10, D6, E7, F8, L9). Entretanto, um paciente referiu que a assistência prestada se resumia em consulta médica mensal para retirar a medicação (G7) e, outro, observou que se baseava na separação da medicação pela funcionária (C9).

Alguns pacientes desconheciam a função da agente comunitária de saúde na comunidade (J15), a ponto de ter se encontrado menção de contribuição à funcionária por ajuda recebida (J4): por apoiar em serviço doméstico: lavar louça. Ao mesmo tempo, questionou-se sobre a delegação de atividades ao ACS (J11).

Outros pacientes reclamaram de funcionário que não entendeu as queixas apresentadas e, por esse motivo, tinha dificuldade na realização do tratamento (H28), além de ter sido motivo de queixa, não receber visita domiciliária do médico (J12) e por tomar medicação sozinho em seu domicílio (J14). É necessário mencionar, ainda, que um paciente apontou a demora para o recebimento dos resultados dos exames como um aspecto negativo da assistência (L13) (Quadro 9).

Quadro 9 – Elementos que compõem a forma como concebem a assistência segundo os sujeitos. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Consulta médica mensal, prescrição médica, exames laboratoriais, tomada da medicação na UBSF com auxiliar de enfermagem, recebimento de incentivo (lanche e cesta básica), encaminhamento à especialista (A13, B7, C10, D6, E7, F8, L9)
Medicação é devidamente separada pela funcionária (C9)
Consulta médica mensal para retirar a medicação (G7)
Retirada mensal do medicamento, consulta de enfermagem inicialmente semanal e, posteriormente, mensal; baciloscopia mensal (I12)

Com relação à percepção acerca do tratamento recebido na UBSF, a maior parte dos pacientes exprimiram ter sido bem tratados (A14, E6, H22, J11), um paciente considerou positivo e, outro, referiu ter sido tratado “normalmente” (B5). Entretanto, uma paciente

manifestou que ficava intolerante, estressada e irritada ao não encontrar funcionário à sua disposição (H36) (Quadro 10).

Quadro 10 – Forma como os sujeitos se percebem na Unidade Básica de Saúde da Família. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Bem tratado (a) (A14, E6, H22, J11)
Positivo o tratamento que recebe na UBSF (D12, F8)
Intolerante, estressada e irritada ao não encontrar funcionário à sua disposição (H36)
É tratada “normalmente” como qualquer paciente (B5)

Algumas referências indicam a presença de vínculo, como por exemplo, o reconhecimento dos funcionários pelo nome (A14, C8, D13, F5, I11, L10), a manifestação de satisfação em receber funcionária no domicílio, o fato do profissional da saúde ir à moradia do doente (F6, G11), assim como pelo fato de considerar a agente comunitária de saúde como amiga, uma vez que não conta com o apoio de outrem (J3, L15) (Quadro 11).

Quadro 11 – Manifestações sobre o vínculo segundo os sujeitos do estudo. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Reconhece funcionários pelo nome (A14, C8, D13, F5, I11, L10).
Considera um prazer a presença da ACS em seu domicílio: o fato de um profissional da saúde ir até sua casa é sinal de preocupação para com ele (F6, G11).
Conta somente com a ajuda da Agente Comunitária de Saúde a qual considera como amiga (J3, L15).

5.5. Os significados da *DOTS* e em relação à adesão

Os dados que se seguem dizem respeito aos significados da *DOTS*, aos aspectos positivos e negativos da estratégia e aos significados sobre a adesão ao tratamento segundo os sujeitos do estudo.

Primeiramente, é necessário apontar que o sujeito tinha conhecimento sobre a *DOTS*, pois a auxiliar de enfermagem havia falado a respeito (A15). No que diz respeito aos significados atribuídos ao *DOTS*, aponta-se: ir à UBSF com mais frequência nos primeiros 3 meses para tomar o medicamento, ter acompanhamento domiciliar e receber medicamento, levado por funcionária ao seu domicílio (E8, H29, I13, J9, J13, L11). Contudo, houve menção sobre dúvidas acerca da *DOTS* (D14, D15) e o fato de não saber do que se trata a estratégia (B10, G8) (Quadro 12).

Quadro 12 – *DOTS* segundo os sujeitos do estudo. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Sabia sobre o Tratamento Supervisionado, pois a Auxiliar de Enfermagem havia explicado (A15)
Não sabia (B10, G8)
Referiu ter dúvida sobre o Tratamento Supervisionado e sobre a evolução do estado de saúde (D14, D15)
Ocorre quando a agente comunitária de saúde leva o medicamento à seu domicílio (J13)
Significa ter que ir à UBSF com mais frequência nos primeiros 3 meses para tomar o medicamento, ter acompanhamento domiciliar e receber medicamento na moradia, levado por funcionária (E8, H29, I13, J9, L11)

De modo geral, não houve referência negativa em relação ao fato de ter que ir à Unidade Básica de Saúde da Família com a frequência requerida pela estratégia (I15). Dentre a série de menções positivas acerca do desenvolvimento da *DOTS*, destacam-se: incorporou a ida à UBSF para tomar o medicamento, para evitar o abandono; não esquecer de tomar a medicação; promove mais segurança e possibilita receber incentivo (A17, B8, B11, B13, C11, C12, C13, D11, D16, E9, I15). Ademais, mencionou-se que o tratamento melhorou o estado de saúde (A7) e que, caso estivesse sob Tratamento Auto-administrado, o teria abandonado (A19). O *DOTS* ainda é mencionado como positivo pelo fato de possibilitar receber atendimento médico (D16); por possibilitar acesso aos profissionais de saúde (H30, L12);

devido à presença da ACS em seu domicílio e porque esta auxilia na “divisão” da medicação para a sua ingestão (F9, G9, L14) (Quadro 13).

Quadro 13 – Aspectos positivos da *DOTS* segundo os sujeitos do estudo. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

O tratamento melhorou o estado de saúde (A7)
Caso estivesse sob Tratamento Auto-administrado teria abandonado (A19)
Incorporou a ida à UBSF para tomar o medicamento, para evitar o abandono, por não esquecer de tomar a medicação, <i>DOTS</i> promove segurança, receber incentivo (A17, B8, B11, B13, C11, C12, C13, D16, E9)
Recebe atendimento médico (D16)
Acesso aos profissionais da saúde (H30, L12)
Considera “ótimo” ir à Unidade Básica de Saúde da Família (I15)
Considera positiva a presença da ACS em seu domicílio; a ACS auxilia na “divisão” da medicação (F9, G9, L14)

Em relação aos aspectos negativos da *DOTS*, foram apontados: interfere na rotina de vida (H34, I14); a exposição ao clima frio, à chuva, a distância da UBSF (D18), além do fato de que não deveria constituir-se em regra geral para todos os pacientes (H31). Um dos pacientes mencionou que ir à UBSF para tomar medicação foi determinação do serviço de saúde (C14) e, outro, mencionou ser constrangedor tomar a medicação na UBSF, o que denota desconfiança do profissional em relação ao doente (H33) (Quadro 14).

Quadro 14 – Aspectos negativos da *DOTS* segundo os sujeitos do estudo. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Foi determinado pelo serviço de saúde (C14)
Interfere na rotina de vida (H34, I14)
Expõe ao clima frio, à chuva; distância da UBSF (D18)
É constrangedor tomar a medicação na UBSF, pois denota desconfiança do profissional em relação ao doente (H33)
Não deveria constituir-se em regra geral para todos os pacientes (H31)

Alguns pacientes não apontaram dificuldades em relação ao DOTS (A22, B12, E10, F10, G10).

Já no que diz respeito à adesão ao tratamento, está diretamente relacionada à melhora dos sintomas após o seu início (C5); ao medo da doença voltar (A18); ao fato de acreditar que terá nova vida após o tratamento e, por isso, suporta os efeitos colaterais (H20). Destaca-se, ainda, a menção de que, caso tivesse que tomar a medicação no domicílio não tomaria (A20) e o fato de incorporar em sua rotina a ida à UBSF para tomar a medicação (A16, C13) (Quadro 15).

No entanto, alguns aspectos estão relacionados à não adesão, como: não tinha vontade de ir à UBSF devido às condições climáticas (A21); associa o abandono aos efeitos colaterais, pensando em abandoná-lo devido aos efeitos colaterais (sensação de eructação, mal estar, “peso” no estômago, “inchaço no estômago”, “azedo” na boca, incômodo na região peri-umbilical, alergia, dor no corpo, dor nas articulações), apontando-se, também, o fato de alimentar-se em pequena quantidade devido aos efeitos colaterais (H3, H16, H21, H23, H24, H26, H35). Uma paciente mencionou, ainda, que caso não encontrasse um funcionário à disposição, não aguardaria o atendimento (H37). É importante mencionar, também, que um paciente referiu sentir-se pior quando, em consulta médica, suas queixas são ouvidas com “naturalidade” (H27).

Quadro 15 – A adesão segundo os sujeitos do estudo. Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba – São Paulo, 2006.

Ir à UBSF não atrapalha a vida, incorporou em sua rotina a ida à UBSF para tomar a medicação (A16, C13)
Toma o medicamento por medo da doença voltar (A18)
Se tivesse que tomar a medicação no domicílio não tomaria (A20)
Melhora dos sintomas (C5)
Suporta os efeitos colaterais da medicação acreditando que após o tratamento pode ter nova vida (H20)

Pensa em abandonar o tratamento devido aos efeitos colaterais, alimenta-se pouco devido aos efeitos colaterais (H3, H16, H21, H23, H24, H26, H35)
Caso não tenha funcionário à disposição, não aguarda o atendimento (H37)
Falta de vontade de ir à UBSF devido às condições climáticas (A21)
Refere sentir-se pior quando, em consulta médica, suas queixas são ouvidas com “naturalidade” (H27).

6. Discussão

A maioria dos entrevistados pertencia ao sexo masculino e à população em idade economicamente ativa. Apenas um pouco mais da metade estava engajado em trabalho informal do sistema de produção, principalmente em ocupações que exigem pouca ou nenhuma qualificação, com ganhos financeiros muito limitados, dado que a maior parcela referiu renda familiar de até um salário mínimo. Acresce-se a esses dados, o fato de que a maior parte dos sujeitos entrevistados encontrava-se desempregada.

Os doentes eram predominantemente provenientes do Estado de São Paulo e, particularmente do Município de São Paulo. Tinham baixo grau de escolaridade, ainda que superior ao de suas mães, cujo número de analfabetas se mostrou importante. Ainda a esse respeito, alguns sujeitos sequer detinham informações.

Em geral, moravam com mais de uma pessoa, em habitações de alvenaria com 3 ou 4 cômodos e, no interior da família, encontravam-se, predominantemente, na posição de filhos, tendo sido verificados somente 2 sujeitos na posição de chefes de família.

Utilizavam a televisão como principal meio de acesso às informações, não participavam de associações e de agrupamentos e tinham como lazer, principalmente, atividades fora do domicílio, tendo sido referidos passeios e festas.

Diante desses achados, é possível inferir que se tratava de pessoas cuja inserção no sistema de produção lhes conferia possibilidades restritas em termos de qualidade de vida, o que corrobora os dados da literatura que mostram maior incidência da tuberculose nos estratos sócio-econômicos menos privilegiados.

Nesse sentido, é necessário apontar que a possibilidade cotidiana de visitar o território onde foi realizado o presente estudo, uma vez que a pesquisadora exercia funções decorrentes do trabalho nesse local, revela um cenário que os números podem encobrir. Nessa região, verificam-se efetivamente condições bastante precárias de vida, que são resultado do processo

de periferação do Município de São Paulo. Ao longo dos últimos anos, em decorrência da forma como tem se organizado a produção e reprodução social, as pessoas que apresentam inserção precária na sociedade, têm sido expulsas da região central e determinadas a viver nas franjas do Município, ainda que, diariamente, sejam obrigadas a ir ao centro em função do trabalho.

Segundo dados do Mapa da Exclusão/Inclusão Social de Sposati (2000), essa região se constitui como uma das que integram os locais onde estão presentes indicadores de exclusão social, dentre os quais, o fato de que cerca de 7,4 a 10% dos chefes não são alfabetizados e somente 2,1 a 2,4% da população alcança mais de 70 anos de vida.

Na perspectiva histórica do processo saúde-doença, a vida humana não é estática, mas caracteriza-se por constantes transformações, além de ser um processo essencialmente coletivo. O mundo real é contraditório e dinâmico e a realidade é conformada por processos gerais, particulares e singulares, ou seja, está intrinsecamente articulada aos processos de produção e de reprodução social. O processo de reprodução social refere-se à forma de organização da vida social e integra a vida laboral, os processos de consumo, a vida organizativa, os processos que conformam a consciência, a cultura, as relações sociais. Nesse marco teórico, os processos biológicos da saúde são parte do todo da vida social da coletividade. Dessa forma, a saúde e a doença são tomados dialeticamente como pólos de um mesmo processo que se constitui como uma parte da totalidade maior que é a vida (Breilh, 1995).

Conceber a tuberculose como enfermidade de cunho eminentemente social significa que está diretamente associada às formas de vida e trabalho. E o que se verificou no presente estudo é que a doença se apresenta em pessoas cuja situação, em termos de carecimentos e de necessidades é um fato. Ao mencionarem como principal preocupação a própria saúde, assim como a situação familiar em termos de proventos financeiros, identifica-se o quão conectada

está a vida com a enfermidade. Os pacientes que dependem da própria força de trabalho para a manutenção da família podem mostrar situações de vulnerabilidade ainda mais intensas, o que se coloca ainda mais grave na situação que apresentavam pois, quando não desempregados, inseriam-se em trabalho que exige pouca ou nenhuma qualificação, tinham contratos precários, sem a possibilidade de receber quaisquer benefícios. No que diz respeito à responsabilidade perante a família, segundo Costa et al. (2005), um caso de tuberculose na família pode comprometer cerca de 27% da renda média familiar.

Mas, o achado relativo ao preocupar-se com a família faz emergir outro sentido de interpretação, podendo constituir-se como um dado positivo, na medida em que significaria maior possibilidade de adesão ao tratamento para a consecução da cura, aspecto também defendido por Bertolozzi (1998), que aponta que a adesão ao tratamento está fortemente associada à presença de um projeto de vida.

No que se refere aos resultados relativos ao processo saúde-doença, a forma pulmonar foi predominante, a maioria dos pacientes estavam recebendo o Esquema I – Básico e encontravam-se nos primeiros 3 meses de tratamento. Entretanto, foram encontrados 2 sujeitos (18%) que estavam sob o Esquema MDR. Dentre estes, um paciente mencionou já ter se submetido a tratamento anterior e que o havia realizado de forma correta, tendo mesmo assim adoecido novamente.

Segundo o Centro de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, entre 2003 e 2006 foram notificados cerca de 303 casos de MDR, no Município, sendo 32% na Supervisão Técnica de Saúde da Moóca/Aricanduva, 25% na Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente/ Sapopemba e 13% na Supervisão Técnica de Saúde do Ipiranga. Essa realidade mostra-se ainda mais grave pelo fato de que no Município de São Paulo foi identificado um paciente com resistência a todas às drogas do Esquema MDR (São Paulo, 2006c).

A tuberculose multirresistente é definida internacionalmente como o caso de portador de *Mycobacterium tuberculosis* resistente à rifampicina/isoniazida. Pacientes infectados com cepas resistentes à múltiplas drogas têm menor probabilidade de se curarem, particularmente, se encontram-se infectados pelo HIV ou caso sofram de outra imunopatia. O tratamento é mais tóxico e 700 vezes mais caro que o tratamento de pacientes com organismos sensíveis. Os fatores de risco para a tuberculose multirresistente são: tratamentos irregulares, história de tratamentos anteriores, presença de cavidades pulmonares, tuberculose pulmonar extensa, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, baixa escolaridade, baixa renda familiar, falta de moradia e uso de abrigos públicos (Oliveira & Moreira Filho, 2000; Barroso et al., 2003; Barroso et al., 2004; Ferreira et al., 2005). Portanto, o fato de ter sido encontrados 2 pacientes sob MDR é muito relevante tendo em vista o número de sujeitos sob tratamento na região onde foi realizada a investigação.

Voltando aos resultados do presente estudo, a maior parte dos pacientes manifestou ter procurado serviços de saúde, por ocasião do início da sintomatologia. Porém, não houve associação dos sinais e sintomas à tuberculose. Ainda que a tuberculose seja conhecida há tempos, em geral as pessoas não estabelecem associação imediata, mesmo que a definição de sintomático respiratório seja um dado objetivo: tosse há 2 ou mais semanas consecutivas (Bertolozzi, 1998). É importante frisar que a busca precoce da assistência à saúde tem um papel fundamental na epidemiologia da tuberculose, uma vez que contribui para conter a disseminação da doença.

Da mesma forma, a busca ativa de casos deve ser ação do cotidiano da assistência e, lamentavelmente, a prática revela que o raciocínio clínico, de modo geral, não integra imediatamente, a hipótese acerca da enfermidade, mesmo tendo em vista que a tuberculose se apresenta como uma das protagonistas no perfil epidemiológico nacional.

O mais recente Programa de Controle da Tuberculose do Brasil (2001-2005) aponta como uma das estratégias para deter a enfermidade, a concessão de bônus a todos os municípios que dispõem de unidades básicas de saúde, que desenvolvem ações de controle da tuberculose, incluindo a realização de tratamento supervisionado. Ademais, ao contar com as equipes de Saúde da Família e com os Agentes Comunitários da Saúde, o Programa de Controle sugere que tal parceria pode contribuir para a expansão de suas ações, uma vez que tais estratégias têm a família e o domicílio como elementos constitutivos do cotidiano de trabalho. Nessa perspectiva, esperar-se-ia garantir o acesso ao diagnóstico e ao tratamento o mais precocemente possível (Ruffino Netto e Scatena Villa, 2006).

Muniz et al. (2005) ressaltam que, nas visitas domiciliárias realizadas por agentes comunitários de saúde deve estar prevista a detecção de sintomáticos respiratórios e contatos de casos, principalmente, em se tratando de crianças.

No que tange à incorporação da busca ativa do sintomático respiratório na prática de agentes comunitários de saúde, foram identificados, em estudo realizado por Muniz et al. (2005), dois posicionamentos entre dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados: um grupo atribuía dificuldades ao modo como se organizam o trabalho nos serviços de saúde, que focaliza o raciocínio na condição clínica e não na prevenção da doença e promoção da saúde. Outro posicionamento apontado foi em relação ao modo de agir dos profissionais da saúde, pois admite-se que haja ‘falta de empenho’, ‘falta de envolvimento’, e ‘falta de diálogo’ com o paciente, o que .

Uma faceta importante, apontada por Bertolozzi (1998), refere-se à menção sobre a necessidade de dispor de informação à coletividade a respeito da doença. A autora aponta o quanto a mídia, os equipamentos educacionais e outros, podem ter uma importante função no sentido de instrumentalizar a população a respeito, suscitando a possibilidade de descoberta de casos entre as pessoas do próprio convívio. Isto tanto contribui para a diminuição do

preconceito, como pode ajudar no entendimento compartilhado a respeito da causalidade da enfermidade e na proposição de formas de enfrentamento que auxiliem a modificar as condições de vida.

Ainda nessa linha, Culqui et al. (2005) apontam que, mais do que a escolaridade do paciente, a decisão de prosseguir o tratamento é influenciada pela informação que o mesmo recebe sobre sua enfermidade, sobre o tratamento e sobre o acesso aos serviços de saúde.

No presente estudo, a totalidade dos pacientes referiu desconhecer a forma como se processa a transmissão da doença. Mas, associaram a enfermidade ao clima, à baixa imunidade, assim como à exposição da pessoa a determinados locais, como o presídio. Um aspecto importante refere-se à associação entre a tuberculose e o ritmo de vida, e aos processos de desgaste decorrentes do trabalho, da má alimentação, do hábito de fumar e do consumo de álcool e drogas. Correlacionaram a doença, ainda, ao contato com moradores de rua, com portadores de HIV, com familiar que havia sofrido da mesma doença e que não deu seguimento ao tratamento, além de sua associação à compartilha de utensílios.

Essas referências parecem mostrar que os pacientes identificam os grupos sociais que apresentam maior incidência da doença, assim como os potenciais riscos de adoecer. Portanto, o que parece faltar, são informações concretas que ajudem as pessoas em geral a reconhecer as vulnerabilidades e a conceber mais diretamente a enfermidade como uma possibilidade, em decorrência da forma como processa a vida.

A respeito da descoberta da doença, os pacientes mencionaram ter recebido vários diagnósticos antes do definitivo, os quais variaram entre gripe, pneumonia, até mesmo “suspeita de infecção intestinal crônica” e “câncer”. Os doentes apontaram, em alguns casos, que suas queixas não foram valorizadas pelos profissionais da saúde, o que acarretou na imprecisão e demora do diagnóstico e início do tratamento.

Esses achados podem evidenciar falhas na estruturação do Programa de Controle, que incluem desde a acessibilidade ao serviço de saúde, até a organização do trabalho na unidade de saúde, incluindo-se a dificuldade em integrar a doença no elenco de hipóteses diagnósticas. Não é fato incomum, a doença não integrar, de forma consistente, o currículo de formação de profissionais da saúde. Ademais, documento emitido pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo aponta que o Município está aquém das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito à descoberta de casos, acompanhamento e tratamento dos doentes até a cura e controle de comunicantes: “Há demora na identificação do doente (...) a taxa de cura é insuficiente e a taxa de abandono é alta”.

Os pacientes entendem que o diagnóstico foi obtido através de resultados de exames: Raio X pulmonar e baciloscopia, principalmente, além de biópsia. Ora, a baciloscopia, pelo método Ziehl-Nielsen, é o método preconizado para ser usado no diagnóstico de tuberculose pulmonar. É um exame direto, não-invasivo, rápido e econômico. No entanto, a baciloscopia parece ter pouca credibilidade entre os pacientes, muito provavelmente devido ao estigma decorrente da forma como deve ocorrer a coleta de material, ao passo que o RX tem grande aceitabilidade por representar significado concreto, como algo que retrata o interior do corpo onde se encontra o problema (São Paulo, 2002).

Segundo Ruffino Netto e Scatena Villa (2006), nas unidades do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários da Saúde, assim como nos demais serviços de saúde municipais, a baciloscopia para os sintomáticos respiratórios e contatos deve ser disponibilizada de forma permanente e incorporada à rotina.

No que diz respeito ao diagnóstico foi recebido, pela maioria dos pacientes, primeiramente, com sentimentos negativos, como “tristeza”, “sentiu-se mal” e “abalado”. Houve, ainda, menção às atitudes de negação da doença quando se apontava desconfiança acerca do diagnóstico. Por outro lado, outros pacientes referiram receber o diagnóstico com

sentimentos de indiferença por saber que ao tomar a medicação poderiam curar-se, ou no caso de já ter adoecido da enfermidade anteriormente.

Segundo Bertolozzi (1998), vivenciar a doença é um processo subjetivo, profundamente conectado ao *locus* social. Assim, é muito importante que os profissionais de saúde compreendam os significados da doença segundo aqueles que a vivenciam, uma vez que, segundo a mesma autora, esses processos estão relacionados à forma de enfrentamento da enfermidade. Por isso, continua a pesquisadora, é fundamental compreender os processos que acabam por mediar o enfrentamento da doença e que se referem às formas particulares de significação da vida e da saúde-doença, e se remete à forma como os indivíduos, ainda que diante de dificuldades extremas em relação à vida, enfrentam positivamente o processo saúde-doença (Bertolozzi, 2005).

A análise dos depoimentos evidenciou que a tuberculose permanece como doença impregnada de estigmatização, o que pode ser visto pela própria forma como os sujeitos do estudo a ela se remetem: “isso aí”, ou pelo afastamento de amigos, ou devido às atitudes de vizinhos, entre outros. O sofrimento não se limita ao processo clínico, historicamente denominado por “consumpção”, de definhamento, mas também pela vivência dolorosa do preconceito e da rejeição, o que acaba por afetar, conseqüentemente, as relações sociais (Bertolozzi, 1991; Bertazone & Gir, 2000).

No que se refere à forma como a doença repercute sobre a vida das pessoas, algumas frases temáticas revelam que a vida do pacientes após o diagnóstico de tuberculose continuou “normal”. Entretanto, para a maioria, a tuberculose causou mudanças tanto na forma de pensar ou posicionar-se diante da vida e do processo saúde-doença, como no que se refere ao relacionamento com outros e com o próprio cotidiano. Tais mudanças ora se apresentam como positivas, no sentido de re-significar a vida, determinando união familiar e melhora da auto-estima, além de parar de fumar e consumir álcool; mas também conseqüências deletérias

como não sair de casa, isolar-se, ter a sensação de perda de alegria perante a vida, além da dificuldade em permanecer no emprego devido à debilidade física, assim como o fato de que a doença onerou o orçamento doméstico.

Quanto à cura, é importante destacar que o medicamento assume um papel, que na escala de valores do paciente, é secundário ao espiritual, pois a cura foi remetida ao âmbito divino em primeira instância. Mas, também verificou-se referência à família como fundamental para o processo terapêutico. É digno de nota o fato de que não houve menção ao profissional de saúde nesse processo, ainda que os sujeitos do estudo tenham apontado ser bem assistidos nas unidades de saúde. Bertolozzi (1998, 2005), encontrou como importante protagonista desse processo, segundo depoimento de pacientes em tratamento, em dois estudos conduzidos no Município de São Paulo, o profissional médico, o qual historicamente se coloca como o trabalhador de saúde que possibilita a cura, que devolve a vida. Mas, na medida em que a enfermagem participa efetivamente do cotidiano da assistência, como pode ser verificado nos resultados do presente estudo, quando se mencionou a presença da auxiliar de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde na operacionalização da *DOTS*, esperaria-se que fossem também mencionados como importantes para a cura.

Entretanto, o que foi dito anteriormente pode ser, em parte, corroborado pelos achados seguintes, que se referem à forma como os sujeitos do estudo interpretam a assistência prestada nas unidades de saúde. Esta se resumiu em: consulta médica mensal, prescrição médica, realização de exames laboratoriais, tomada da medicação na UBSF com Auxiliar de Enfermagem, recebimento de incentivo (lanche e cesta básica) e encaminhamento à especialista. É interessante verificar que a assistência parece reduzir-se a um elenco de atividades e de procedimentos que não comportam espaços necessários para que o paciente verbalize sentimentos, carência essa que pode resultar na debilidade da adesão ao tratamento.

A esse respeito, vale ressaltar que a evolução rápida e desejada do conhecimento científico não tem determinado um concomitante desenvolvimento das relações, tanto no trabalho em saúde, como com o paciente, de forma a levar à emancipação do humano, com vistas à consecução da equidade social.

Apesar da maioria dos pacientes se perceberem bem tratados e qualificarem como positivo o tratamento na UBSF, uma paciente manifestou que um funcionário não entendia as queixas apresentadas e, por esse motivo, tinha dificuldade em tratá-las e um paciente reclamou por não receber visita domiciliária do médico. Contudo, há que se esclarecer que a equipe de saúde da família estava incompleta há meses, o que repercute intensamente no cotidiano de trabalho, assim como deixa de corresponder à proposta do Programa de Saúde da Família.

Por outro lado, há que se mencionar que alguns sujeitos do estudo reconheceram os funcionários pelo nome, além de demonstrarem satisfação em recebê-los no domicílio. Destaca-se o fato de que um dos sujeitos referiu considerar a agente comunitária de saúde como *amiga*, o que representa vínculo estabelecido entre esta e a paciente.

O vínculo entre o profissional e o doente, além de trazer embutida a possibilidade do acolhimento às necessidades do doente, pode suscitar o exercício da cidadania, na medida em que se estruturam alternativas para o enfrentamento da enfermidade, que não se reduzem à superação do sofrimento físico, mas podem transcender para outras questões relacionadas ao processo saúde-doença, que implicam em questões relativas ao cotidiano, à família, ao trabalho. O momento em que se realiza o atendimento do indivíduo deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (Schimith & Lima, 2004). Para estes autores citados, a noção de vínculo que permeia a proposta do PSF incorpora conhecer as pessoas e seus problemas.

Já Frieden e Driver (2003) apontaram questão que também foi encontrada no presente estudo, que se refere ao fato de que o vínculo acaba promovendo uma relação que transcende a dimensão profissional e atinge a dimensão da amizade. Essa palavra, conforme explicam Houaiss et al. (2001), significa sentimento de grande afeição, de simpatia e refere-se à grande apreço, à solidariedade, à reciprocidade de afeto, o que parece perfazer as representações da maior parte dos sujeitos do estudo.

É necessário apontar, ainda, que Monroe et al. (2005) defendem que a prática da *DOTS* no domicílio se diferencia da supervisão na unidade de saúde, uma vez que possibilita a identificação de problemas diversos com características peculiares, insere a participação do paciente e da família no processo de tratamento, permite a interação com a realidade do paciente, incluindo o repertório cultural e mágico-religioso, que também integram o processo saúde-doença, incluindo suas formas de enfrentamento .

Ainda a respeito da operacionalização da *DOTS* no domicílio, ainda que no presente estudo a maior parte dos sujeitos recebiam a medicação no interior da UBS, Monroe et al. (2005) julgam fundamental que seja planejamento de forma sistematizada, individualizada e integral para a resolubilidade das necessidades do paciente e de sua família. Ademais, apontam que é imprescindível que tal prática seja submetida à avaliação no interior do Programa de Controle da Tuberculose, quanto à disponibilidade de recursos humanos e materiais, assim como em relação ao perfil dos pacientes a serem acompanhados. Apontam, ainda, a necessidade de seleção do profissional de saúde com perfil mais adequado para assumir a responsabilidade pela supervisão do tratamento do paciente no domicílio, uma vez que terá que se deparar com condições e situações muitas vezes diversas e desconhecidas de seu repertório cotidiano.

A totalidade dos pacientes entrevistados encontrava-se sob *DOTS*, mais da metade tomava o medicamento com supervisão da auxiliar de enfermagem e durante 5 dias da semana

na UBSF. Todavia, não é desprezível o número de casos em que a supervisão da tomada da medicação ocorria no domicílio do paciente e era realizada pelo agente comunitário de saúde. Ora, a supervisão da tomada da medicação, realizada pela auxiliar de enfermagem e pelo agente comunitário de saúde, assim como a frequência da observação encontram-se em conformidade às recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (São Paulo, 2004).

O Manual Técnico de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (2002) esclarece que a ingestão dos medicamentos deve ser assistida no local de escolha do paciente, pelo profissional de saúde: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e/ou um membro da família. No caso deste último, deve ser orientado para o procedimento. O PNCT preconiza que a supervisão da tomada da medicação pode ser feita com pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana, até completar o tratamento (Brasil, 2002).

No Estado de São Paulo, tal recomendação foi flexibilizada, conforme consta no Manual de Tratamento Supervisionado da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (2004). Neste Estado, são várias as possibilidades de atendimento sugeridas: ambulatorial – 5 vezes/semana; ambulatorial – 3 vezes/semana na primeira fase do tratamento e 2 vezes/semana na segunda fase do tratamento e domiciliar – quando o paciente recebe visita de um profissional de saúde (da UBS, PSF ou PACS) diária ou semanalmente. Além dessas possibilidades, constam do Manual, as modalidades Hospitalar, Prisional, Compartilhada e Apadrinhada (São Paulo, 2004a).

Voltando aos resultados do presente estudo e, no que tange aos incentivos, todos os pacientes recebiam lanche e cesta básica. O mesmo Manual anteriormente mencionado recomenda oferecer incentivos ao paciente para encorajar a sua adesão e enfatiza que os recursos provenientes do bônus pela alta e/ou cura devem ser utilizados para viabilizar a

aquisição de vale transporte, lanche, auxílio-alimentação, além de outras alternativas, como desenvolver atividades com o paciente de forma a promover sua cidadania (São Paulo, 2004a). Segundo a COVISA (2005), de todos os incentivos oferecidos (vale-transporte, lanche e cesta básica), a cesta básica foi o de maior impacto para a adesão ao tratamento.

É necessário destacar, em relação aos resultados do presente estudo, que uma paciente referiu vender o incentivo que recebia (vale-transporte) para adquirir produtos necessários à família (D17), em decorrência das condições precárias de vida. Bertolozzi (2005), em estudo sobre a implantação da *DOTS* na região central de São Paulo, destaca que os incentivos foram apontados tanto pelos pacientes como pelos trabalhadores de saúde entrevistados, como elementos que apoiavam a adesão ao tratamento, dados os carecimentos que os primeiros apresentavam. Entretanto, verificou-se, ao mesmo tempo, que não eram determinantes da adesão, sendo suplantados pelo vínculo estabelecido com o profissional de saúde.

A *DOTS*, segundo os pacientes que integraram o estudo, significa comparecer à UBSF com mais frequência nos primeiros 3 meses para tomar o medicamento e ter acompanhamento domiciliar e medicamento levado à moradia por funcionária da UBS.

Ainda que tenha se revelado significado aparentemente restrito, Frieden e Driver (2003) apontam que a *DOTS* transcende à mera observação da ingestão da medicação, constituindo-se como espaço para acompanhar as necessidades do paciente. Os autores chamam atenção para o fato de que a *DOTS* não se resume à “supervised swallowing”, ainda que muitos acreditem nisso. Defendem que a estratégia deve assentar-se na construção do vínculo, no reconhecimento do valor do sucesso do tratamento tanto para o paciente quanto pra a comunidade.

Da mesma forma, Bertolozzi (2005) defende a *DOTS* como tecnologia que supera o procedimento de observação da tomada da medicação, na medida em que envolve pessoas. Portanto, valendo-se de Teixeira (2003), defende que se trata de uma tecnologia relacional,

que pode possibilitar a escuta, a identificação de necessidades e a proposição de alternativas de superação dos problemas em conjunto.

Os pacientes mencionaram alguns aspectos positivos referentes à *DOTS*, destacando-se:

- O fato de que não se constitui para todos os pacientes como um “fardo”, mas como uma rotina que se incorpora à vida do sujeito;
- Evita o abandono, por ser possível esquecer de tomar a medicação;
- Promoveu segurança ao doente de que toma a medicação corretamente;
- Possibilita receber os incentivos;
- Possibilita receber atendimento médico.

Bertolozzi (2005) encontrou os mesmos achados do presente estudo, apontando, ainda, o fato de que se constitui como tecnologia simples, baseada na construção de uma relação cotidiana entre o trabalhador de saúde e o doente; possibilita monitorar eventuais efeitos colaterais; assim como permite que o doente compartilhe de sua vida com o trabalhador de saúde e com os demais pacientes, o que promove a re-elaboração do processo saúde-doença para o doente.

Vendramini (2001) estudou a percepção do paciente com tuberculose a respeito do *DOTS* em uma Unidade de Saúde de Ribeirão Preto-SP. A autora verificou que o *DOTS* se apresentou ao paciente como um apoio importante para a adesão ao tratamento. Para ela, submeter-se à estratégia, depende de projeto, de uma meta, para que o paciente, a partir da cura, vislumbre o futuro.

Já no que se refere sobre os aspectos negativos da *DOTS*, referidos pelos pacientes, destacam-se:

- Interfere na rotina de vida;
- Expõe às condições climáticas;

- Distância geográfica entre a UBSF e o domicílio do doente;
- Não deveria constituir-se em regra geral para todos os pacientes;
- Tomar a medicação na UBSF foi interpretado como determinação do serviço de saúde;
- Sentimento de constrangimento pelo fato de tomar a medicação na UBSF, o que denota desconfiança do profissional em relação ao paciente.

Não como elementos negativos, mas como aspectos que limitam a operacionalização da *DOTS*, Bertolozzi (2005) aponta, dentre outros, a necessidade de empatia entre o profissional de saúde e o paciente, concretizada na intenção de querer escutar, de desejar modificar uma situação existente, ou seja, prontidão para o atendimento às necessidades; além da falta de recursos humanos para atuarem em junto ao TS.

Para Vendramini (2001) algumas debilidades do *DOTS* foram percebidas pelos enfermos, tanto no que diz respeito à ação terapêutica: “a fiscalização” da tomada de medicação; quanto aos aspectos organizacionais, envolvendo a disponibilidade de recursos humanos e viatura para a supervisão, o que faz com que o paciente dependa do horário da visita do profissional da saúde em sua residência para ingerir a medicação. A autora reconhece que o *DOTS* dever ser analisado de forma mais global, levando em consideração o paciente portador da doença, reconhecendo sua singularidade, suas necessidades e sua posição e relações na sociedade.

No que se refere especificamente à adesão ao tratamento, está diretamente atrelada às representações sobre a *DOTS*, provavelmente porque a estratégia, de fato, apóia o processo de adesão. Assim, ter que ir à unidade de saúde para a realização do TS não se configurou como um empecilho para o desenvolvimento do tratamento. Ademais, é importante apontar que os sujeitos do estudo não abandonam o processo terapêutico devido ao sentimento de medo de que a doença volte, assim como pelo fato de vislumbrar possibilidade de ter outra fase da

vida, após a enfermidade. Esse horizonte se constitui como algo a ser conquistado, mesmo durante o sofrimento causado pelos efeitos colaterais dos medicamentos. É interessante apontar, ainda, que houve menção ao fato de que, caso fosse necessário tomar a medicação na modalidade de tratamento auto-administrado, o sujeito abandonaria o tratamento, o que faz pensar que ir à unidade de saúde estimula o engajamento no processo terapêutico, fortalecendo o indivíduo durante o processo saúde-doença.

No entanto, alguns aspectos estão relacionados à não adesão, como não ter vontade de ir à UBSF devido às condições climáticas, além dos efeitos colaterais dos medicamentos. Um outro aspecto relevante e já mencionado refere-se à forma como o paciente se sente quando suas queixas não são ouvidas, ou quando o profissional de saúde manifesta atitude de “naturalização da queixa”, não demonstrando a devida importância a respeito das necessidades manifestas.

A respeito da melhora da sintomatologia, quando instalado o tratamento, BAYER e DUPUIS (1996) mencionam a complexidade dessa situação, uma vez que a maioria dos doentes com diagnóstico de tuberculose aderem ao tratamento no seu início, na tentativa de evitar o desconforto dos sinais e sintomas que a doença carrega, principalmente a fraqueza, a febre, a tosse e a transpiração noturna.

FOX e MITCHISON (1975) já alertavam para o fato de que os pacientes livres de sintomas passam a apresentar solicitações e argumentos para “livrar-se” dessa situação. Num determinado momento, a doença em si coloca-se como um problema, mas à medida em que desaparecem os sinais e sintomas que a caracterizam, cessa a necessidade de dar continuidade ao uso dos medicamentos. Os autores anteriormente apontados enfatizam que essa situação pode ser contornada através da explicitação para o doente, de que sua “cooperação” é necessária. Por trás desse argumento, enfatizam que são necessárias informações adequadas por ocasião do início do tratamento e que estas devem ser repetidas sempre que os pacientes

mostrem sinais de irregularidade na ingestão da medicação ou nos retornos às consultas médicas.

Fica evidente o fato de que não basta ter com o doente uma atitude na qual o papel do profissional de saúde se resume à aplicação de orientações prontas, padronizadas e homogêneas para todos, indiscriminadamente. Aos profissionais de saúde cabe contemplar as necessidades expostas pelos doentes, buscando acolhê-las como mais uma necessidade a ser equacionada no âmbito da assistência.

Conforme aponta Bertolozzi (1998), o tratamento é tanto assumido por alguns como uma etapa para a consecução da cura, como por outro lado é tomado resignadamente na falta de outras alternativas que o levem à retomada de sua capacidade produtiva. A crença no poder do medicamento para transformar a situação de vida do doente concretiza-se na forma como percebe a sua recuperação, principalmente biológica.

Mas, é fundamental ter em mente, conforme aponta a mesma autora citada anteriormente, que a adesão ao tratamento envolve uma série de aspectos complexos que devem ser trazidos à tona para definir com clareza a que conceito está se fazendo referência.

GORDIS (1989) chama a atenção para a necessidade de se proceder à distinção, dos fatores ou das situações que levam à adesão e à não adesão. Alerta para o fato de que, apesar dos pacientes manifestarem a intencionalidade da adesão, podem se deparar com a complexidade da terapêutica e interromper o tratamento. Além disso, admite que outras questões, entre elas as relacionadas ao potencial intelectual do paciente, podem obstaculizar o processo. Entretanto, conforme BUCHILLET (1997), não se trata apenas de analisar a não observância do tratamento em função da “má vontade, da irresponsabilidade, da ausência de motivação ou ignorância do paciente...”, como crêem muitos. A autora defende que a adesão é um produto de uma complexa interação entre fatores de diversas ordens que geralmente se

encontram fora do controle do paciente, cabendo ao serviço de saúde proceder a essa identificação, com a finalidade de buscar diminuir as taxas de abandono do tratamento.

Bertolozzi (1998) aponta que não se trata aqui de tomar a não adesão como um comportamento ou uma atitude consideradas de risco, submetidas a um olhar medicalizado e de apenas interceder sobre o problema através de estratégias que revertam ou corrijam os comportamentos e atitudes, pois dessa forma, estar-se-á condenando a doença como uma falência moral individual.

Assim sendo, não se trata apenas de arrolar fatores que levariam ou não à adesão, mas de proceder a uma análise que leve em conta que essa é uma questão dentre as tantas que se colocam à tona quando se trata de investigar processos que se referem ao processo saúde-doença.

Para Bertolozzi (1998), é necessário ter em mente que a adesão ao tratamento parece estar relacionada à forma como a pessoa concebe a doença, bem como do significado desta em relação ao cotidiano, sendo fundamental que isso seja interpretado no âmbito dos serviços de saúde. Nestes, a adesão, assim como o óbito, a alta, devem expressar não somente uma tipologia que classifique os indivíduos para fins operacionais, mas esses “resultados” são produtos que retratam a relação entre o trabalhador de saúde e o doente, articulada a três planos: o da organização da sociedade, com o estabelecimento de determinadas políticas de saúde; a sua conformação em grupos sociais distintos e o dos processos peculiares de manifestação da saúde-doença de cada um dos sujeitos sociais. Assim, a adesão, por um lado, evidencia aspectos inerentes ao sujeito social em relação com a sociedade, mas também retrata a face relativa ao serviço, uma vez que traduz também a apreensão e resposta institucionais às necessidades dos doentes.

SUMARTOJO (1993) faz referência ao estudo de Dubanoski, cuja finalidade era a de estudar os preditores da adesão ao tratamento em trabalhadores no Hawaí. O autor afirma que

a adesão se constitui como um comportamento influenciado pela intenção inicial do doente para tomar a medicação. Ademais, esse comportamento é influenciado por fatores sociais e pessoais, enfatizando que, no caso daqueles que aderem ao tratamento, há sentimentos que ajudam a lidar com as demandas do regime terapêutico, crença na eficácia das drogas e suporte de outras pessoas do seu círculo de convivência. Aponta ainda que o mais importante preditor que revelou-se durante a realização do estudo foi a adesão após um mês de terapêutica, sugerindo a necessidade de estabelecer, precocemente, intervenções com os doentes que parecem ter possibilidade de não aderir ao tratamento.

Assim, a defesa de Bertolozzi (1998, 2005), a respeito do conceito de adesão parece realmente ampliar a interpretação desse processo, assim como o estabelecimento de intervenções adequadas para apoiar o doente nesse processo. A autora defende que a adesão se constitui como um conceito amplo, que não se reduz a um ato de volição, desconectado da realidade do indivíduo doente, mas depende de uma série de intermediações que envolvem o sujeito enfermo, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que diz respeito aos processos que levam (ou não) ao desenvolvimento da vida com dignidade.

7. Considerações finais

O desenvolvimento do estudo permitiu verificar, no que se refere ao contexto e aos sujeitos que o integraram:

- A tuberculose se apresentou em pessoas cuja situação evidencia condições precárias de vida, o que pode apoiar o entendimento de que se constitui como enfermidade que apresenta importante determinação social.
- Os sujeitos acometidos pertenciam, principalmente, ao sexo masculino, encontravam-se na faixa economicamente produtiva, mas na condição de desempregados ou exerciam ocupações que exigem baixa ou nenhuma qualificação. Apresentavam renda familiar bastante prejudicada e viviam em sua maior parte com outras pessoas.
- Em relação ao processo saúde-doença, a procura dos serviços de saúde, ocorreu, para a maior parcela dos sujeitos, por ocasião do início da sintomatologia, ainda que, via de regra, não associassem os sinais e sintomas à tuberculose.
- Os sujeitos tiveram vários diagnósticos antes do definitivo, sendo que alguns percorreram vários serviços de saúde. Houve menção à desvalorização do profissional de saúde em relação à queixa apresentada, o que fez demorar ainda mais a hipótese diagnóstica.
- O diagnóstico de tuberculose causa impacto, principalmente negativo. Mas, revelaram-se, também, sentimentos de indiferença, dada a possibilidade de cura em função do tratamento.
- A tuberculose ainda permanece como doença impregnada de estigmatização.
- A doença causou mudanças na vida das pessoas, que se referem à forma de pensar ou posicionar-se diante da vida e em relação ao processo saúde-doença, como no que se refere ao relacionamento com outros e com o próprio cotidiano. Tais mudanças ora se apresentam como positivas, no sentido de re-significar a vida, determinando união

familiar e melhora da auto-estima, além de cessar o hábito de fumar e de consumir substâncias alcoólicas; mas também conseqüências deletérias como isolamento, sensação de perda de alegria perante a vida, além da dificuldade em permanecer no emprego devido à debilidade física e por onerar o orçamento doméstico.

- O paciente imputa a cura, em primeiro lugar, ao âmbito divino, seguindo-se o medicamento e a família.
- O paciente sente-se, de modo geral, acolhido no serviço de saúde, ainda que haja referência à não escuta e à naturalização da doença, pelos profissionais de saúde.
- O DOTS contribui para a adesão, é qualificado, em geral, como positivo, principalmente ao possibilitar o acesso mais facilitado aos profissionais de saúde, assim como pelo fato de contribuir para o engajamento no processo terapêutico. Os incentivos foram apontados como positivos e necessários pela maior parcela dos sujeitos.
- Constituem-se como aspectos limitantes da *DOTS*: a distância física entre a unidade de saúde e o domicílio, a necessidade de exposição às variações climáticas, a sua “obrigatoriedade” em alguns casos, e o sentimento de constrangimento que pode revelar-se diante do profissional de saúde.

A análise dos depoimentos, à luz da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença revelou que a forma como as pessoas estão alocadas na sociedade, ou seja, sua inserção no processo de produção, vai lhes conferir um acesso diferenciado aos bens que satisfarão as suas necessidades, parece influenciar o modo como vivenciam a doença, bem como a adesão ao Programa de Controle da Tuberculose. Há uma relação entre o pensar do sujeito e a forma como a coletividade apreende a enfermidade, que é fruto da estruturação da sociedade e da forma como nela se relacionam os sujeitos sociais, tanto em termos da produção como da reprodução social. Assim, a relação das pessoas com o trabalho e com a

vida vai imprimir certas maneiras de enfrentar a doença, que por sua vez, influirão no processo de adesão ao tratamento.

Os resultados da presente investigação evidenciaram a *DOTS*, como tecnologia em saúde, como um meio que apóia a adesão, mas não é suficiente, pois o que faz as pessoas vulneráveis, que vivem em situação de exclusão social, de discriminação, sofrendo a violência do dia-a-dia ultrapassarem os potenciais de desgaste, em busca da cura, parecem revelar-se em seus projetos de vida, que impulsionam a capacidade para superar os desafios do cotidiano. É nesse sentido que o apoio dos trabalhadores de saúde se revela como fundamental para o enfrentamento dos obstáculos que emergem do processo saúde-doença.

8. Referências Bibliográficas

- Akramul I, Ishikawa N, Chowghry AMR, Vaughan P. Cost-effectiveness of community health workers in tuberculosis control in Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002; 80(6).
- Alvarez-Gordillo GC, Alvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jiménez JE, Alperin-Frisch D. Percepciones y practicas relacionadas com la tuberculosis y la adherencia la tratamiento em Chiapas, México. *Salud Publica de México*. 2000; noviembre-diciembre, 42(6).
- Barroso EC, Mota RMS, Morais MFM, Campelo CL, Barroso JB, Rodrigues. Fatores associados aos tratamentos inadequados em grupo de portadores de tuberculose multirresistente. *J Pneumol*. 2003; 29(6).
- Barroso CE, Mota RMS, Oliveira ACM, Cordeiro JIR, Barroso J, Rodrigues JNL. Papel da tuberculose domiciliar no surgimento da tuberculose multiresistente. *J Saúd pneumol*. 2004; 30(1):46-52.
- Bayer R, Dupuis LJ. Ethical and legal issues in tuberculosis control. In: Rom WN & Garay S *Tuberculosis*. New York, Little, Brown and Company. 1996; p. 965-72.
- Bertazone EC, Gir E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto – Sp. *Rev latino-americana enfermagem*. 2000; 8(1): 115-122.
- Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1991.
- Bertolozzi MR. A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.
- Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) no Município de São Paulo [Tese de Livre-Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo, 2005.
- Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para um taller de metodologia. Quito: CEAS, 1995.
- Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Normas de Controle da Tuberculose. Caderno n°. Brasília; 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose – versão preliminar. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Epidemiologia – Tuberculose. Secretaria de Vigilância à Saúde. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Secretaria de Vigilância à Saúde. Brasília; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. A Vigilância à Tuberculose e o Programa de Saúde da Família. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tuberculose no Brasil. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de Bolso, 6º edição revista. Brasília; 2006.

Buchillet D. Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira. Saúde: França-flash. 11: 1-8, 1997.

Costa JG, Santos AC, Rodrigues LC, Barreto ML, Roberts JA. Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias. Rev Saúde Pública. 2005; 39(1): 122-8.

Corchol DB, Larreinagal CLS. Control de la quimioprofilaxis de la infección tuberculosa ver atención primaria de salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2002; v.40 n.3.

COVISA/CCD/PCT. Boletim de Tuberculose, 2005.

Culqui DR, Grijalva CG, Reategui SR, Cajo JM, Suárez LA. Factores prognósticos del abandono del tratamiento antituberculoso em una región endêmica del Peru. Rev Panam Salud Publica. 2005; 18(1).

Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Farmer P. DOTS ad DOTS-Plus: not the only answer. Annals N York Academy Scien. 2001; 953: 165-84.

Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – MT – Brasil. J Bras Pneumol. 2005; 31(5); 427-35.

Fiorin JL. Elementos de análise de discurso. São Paulo: Contexto/EDUSP; 1989.

Fiorin JL. Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo; Ática; 1991.

Fox W& Mitchison DA. Short-course chemotherapy for pulmonary tuberculosis. Am Rev Respir Dis. 1975 111: 325-53.

Frieden TR, Driver CR. Tuberculosis control past 10 years and future progress. *Tuberculosis*. 2003; 83:825.

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. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 1999; 15(4): 777-787.

Gordis SL. Conceptual and methodological problems in measuring patient compliance. In: Haynes, B. et al. *Compliance in health care*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1989.p. 23-45.

Hatri GR, Frieden TR. Rapid DOTS expansion in Índia. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002; 80(6).

Helbling P. Editorial. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003; 7(7): 609-610.

Houaiss A, Villar MS, Franco MM. *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Leite SLL, Brito AMMM. Tuberculose: o desafio da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde. *Mundo e Saúde*. 2004; 28(1):69-76.

Méndez-Pablos A, Knirsch CA, Barr G, Lerner BH, Frieden T. Nonadherence in Tuberculosis Treatment: Predictors and Consequences in New York City. *The American Journal of Medicine*. 1997; vol 102.

Minayo MC de S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MC de S; Deslandes SF (org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro; Ed. Fiocruz; 2002. p.83-108.

Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzáles RC, Scatena Villa TC. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência & Saúde coletiva*. 2005, 10(2): 315-321.

Murdur G. Medical Charity criticises shortcomings of DOTS in management of tuberculosis. *BMJ*. 2004; vol 328.

Newell JN, Pande SP, Baral SC, Bam Dirgh, Malla P. Control of tuberculosis in an urban setting in Nepal: public-private partnerhip. *Bulletin of World Health Organization*. 2004; 82 (2).

Oliveira HB, Moreira Filho DC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas – SP, Brasil, 1993-1994. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(5): 437-43.

Pan American Health Organization. Tuberculosis. Fact Sheet [serial on the Internet]. 2004 [cited 2005 July 04]; Available from: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-fact/sheet-2004.htm>.

Pineda NIS, Pereira SM e Barreto ML. Abandono del Tratamiento de la tuberculosis em Nicarágua: resultados de um estudo comparativo. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(4), 2.

Pope DS, Chaisson RE. TB treatment: as simple as DOT? *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003; 7(7): 611-615.

Ruffino Neto A. Tuberculose e a calamidade negligenciada. *Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2002; 35(1): 51-58.

Ruffino Neto A, Villa Scatena TC organizadores. Tuberculose. Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB. Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. CNPq; 2006.

São Paulo. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. CVE “Prof. Alexandre Vranjac”. Manual de orientação para coleta de amostras de escarro, e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose. São Paulo, 2002.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Prevenção e Controle de Doenças. Plano de Intensificação da Vigilância e Controle da Tuberculose no Município de São Paulo. São Paulo; 2003.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Manual de Tratamento Supervisionado – Tuberculose. São Paulo; 2004a.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Saúde de Vila Prudente/Sapopemba. Supervisão de Vigilância à Saúde de Vila Prudente/Sapopemba. Epi-tb. São Paulo; 2004b.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Tuberculose – Município de São Paulo. CCD - Epi Tb banco de residência. 2004c [citado 2005 agost. 14]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/saude_agravo/0014/stuac_tuberculose.pdf.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Coordenadorias Regionais de Saúde e Subprefeituras. 2004d. [citado 2005 agost. 14] Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.br/arquivos/secretarias/saude/publicacoes/2004/BoletimCEInfo.pdf>.

São Paulo. Prodam. Sumário de dados de 2004 da Região Leste – Vila Prudente/Sapopemba, 2004e.

São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. TB em números. Tuberculose no Mundo; no Brasil e em São Paulo. 2005a [citado 2005 jul. 31]; Disponível em: <http://www.cve.sp.gov.br/tuberculose>.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim CEInfo – Coordenação de Epidemiologia e Informação. Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde. Dados de 2004. São Paulo; 2005b.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. COVISA/CCD/PCT. Boletim de Tuberculose, 2005c.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Relação das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde por Região/Zona do Município de São Paulo. São Paulo; 2006a.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim CEInfo – Coordenação de Epidemiologia e Informação. Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde. Dados de 2005. São Paulo; 2006b.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. CCD. COVISA. Suvis – Regional Sudeste. São Paulo; 2006c.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1487-1494.

Sposati Aldaíza. Mapa da Exclusão/Inclusão Social – São Paulo, Brasil, 2000. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Seguridade e Assistência Social da Pontifícia Universidade Católica; 2000.

Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails: a social behavioral account of patient adherent. *Am Rev Respir Dis*. 1993; 147: 1311-20.

Teixeira R. Estudo sobre a técnica e a saúde. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2003.

Vendramini SHF. O Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose sob a percepção do doente [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

World Health Organization. Tuberculosis fact sheet. Geneva: Switzerland, 1998.

World Health Organization. Global Tuberculosis Control. WHO/CDC/2000.275. Geneva: Switzerland, 2003.

World Health Organization. Global Tuberculosis Control – surveillance, planning and financing. WHO/HTM/TB/2004.331. Geneva: Switzerland, 2004a.

World Health Organization. Human Resources Development for TB Control. Report of consultation held on 27 and 28 August 2003. WHO/HTM/TB/2004.340. Geneva: Switzerland, 2004b.

World Health Organization. Global Tuberculosis Control. Country Profile – Brazil. WHO/HTM/TB/2005. Geneva: Switzerland, 2005.

WHO. Estabilización de la epidemia mundial de tuberculosis. Relatório emitido em 22 de Março de 2007, WHO/HTM/TB/2005. Ginebra/Nova York/Paris, 2007a.

WHO. El DOTS y la estrategia Alto a la Tuberculosis. WHO/HTM/TB/2007. Geneva: Switzerland, 2007b.

Anexo I

Roteiro semi-estruturado para entrevista junto aos sujeitos do estudo

Nº de ordem da entrevista: _____ UBSF: _____ Data: _____ nº do
 prontuário: _____ Iniciais do paciente: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Tipo de tuberculose: _____ Esquema terapêutico: _____
 Mês de tratamento: _____ Local do *DOTS*: _____
 Profissional que aplica o *DOTS*: _____ Quantas vezes na semana? _____
 Paciente recebe incentivos? _____ Quais? _____
 Naturalidade: _____ Escolaridade: _____ Escolaridade da Mãe: _____
 tipo de residência: _____ nº de cômodos: _____
 nº de pessoas que residem no domicílio: _____ Posição dentro da família: _____
 Profissão/ocupação: _____ Está trabalhando ou afastado (a)? _____
 Que tipo de trabalho Sr (a) tem feito? _____ Renda Familiar: _____
 Participa em alguma associação? _____
 Vê TV, lê jornal/revista/internet, livro? _____
 O que faz para se divertir? _____
 Acha-se exposto a situações de risco? _____ Quais? _____
 Quando está doente o que o Sr (a) faz? _____
 Quando está doente onde o Sr (a) vai? _____
 Como o Sr (a) percebeu que estava doente? _____
 O que o Sr (a) fez quando descobriu que estava doente? _____
 Como o Sr (a) acha que adquiriu tuberculose? _____
 O que aconteceu na sua vida após ter ficado doente? _____
 Fale sobre o seu tratamento para tuberculose aqui na UBSF _____
 Você sabe o que é o *DOTS*? _____
 Quais as facilidades do *DOTS*? _____
 Quais as dificuldades do *DOTS*? _____

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Cristiane Speciale. Sou enfermeira e estou fazendo um estudo sobre pacientes em tratamento para a tuberculose nessa região. Com isso, pretendo contribuir para melhorar a assistência em relação a essa doença.

Assim, gostaria de contar com sua colaboração e lhe convido para participar de uma entrevista que deve durar aproximadamente 20 minutos. A entrevista será gravada, para que eu não perca nada importante. Será mantido o sigilo sobre a sua identidade e, caso o Sr. (a.) não queira responder alguma questão, ou não participar da pesquisa, sinta-se à vontade em recusar, pois isto não vai interferir, de nenhuma forma, no atendimento ao Sr. (a.) nesta Unidade de Saúde. As informações somente servirão para este estudo e não causarão prejuízos em relação à assistência aqui na Unidade de Saúde. Caso algumas perguntas lhe causem algum tipo de desconforto ou constrangimento, não há nenhum problema em não responder.

Uma vez que este estudo tem a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e de contribuir para diminuir a tuberculose em São Paulo, os resultados, que não incluem o nome dos pacientes, deverá ser apresentado a profissionais de saúde, além de congressos e publicações da área da saúde.

Caso tenha alguma dúvida, estou à disposição após a entrevista e através do telefone: 97335041.

O Sr. (a.) gostaria de participar?

Muito Obrigada,

Cristiane Speciale

Caso tenha dúvida, ou queira algum esclarecimento ou fazer reclamação sobre os procedimentos éticos deste estudo, por favor, entrar em contato com o comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipalde São Paulo, na Rua General Jardim, 36, no 2º andar, ou pelo telefone: 32184043, o pelo e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Anexo III

FRASES TEMÁTICAS ORIUNDAS DOS DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Pacientes portadores de tuberculose sob *DOTS*, matriculados em Unidades de Saúde da Família da Coordenadoria de Saúde de Vila Prudente/Sapopemba do Município de São Paulo

Entrevista A

- A1.** Paciente refere que sua maior preocupação é com os estudos da filha e com a própria doença.
- A2.** Paciente refere que procura a Unidade Básica de Saúde da Família quando está doente, mas como o marido começou a trabalhar e passou a ter convênio, também freqüenta o médico do convênio.
- A3.** Paciente refere que procura ocupar o tempo com diversas atividades para não lembrar da doença e não entrar em depressão.
- A4.** Paciente percebeu estar doente pelos sinais e sintomas (cansaço, suor noturno, febre vespertina e emagrecimento).
- A5.** Paciente refere que antes de suspeitar de tuberculose, os médicos desconfiaram de infecção intestinal crônica e câncer.
- A6.** Paciente refere que descobriu a doença através do resultado da biópsia.
- A7.** Paciente refere que, após o diagnóstico de tuberculose, iniciou o tratamento, o que melhorou seu estado de saúde.
- A8.** Paciente desconhece como adquiriu a tuberculose e associa a doença ao ritmo de vida, trabalho em excesso e não se alimentar adequadamente.
- A9.** Paciente menciona que nada mudou em sua vida devido à doença, mas refere que deixou de trabalhar e que permanece mais em casa.
- A10.** Paciente refere sentir falta do trabalho.
- A11.** A cura em primeiro lugar é remetida ao divino e, em segundo lugar, à família.
- A12.** Paciente refere sofrer preconceito/estigma decorrente do afastamento dos amigos.

A13. Segundo a paciente, o atendimento inclui consulta médica uma vez ao mês (solicitação de exames se necessário, pesagem e algumas perguntas) e tomar a medicação com a Auxiliar de Enfermagem.

A14. Paciente reconhece a funcionária pelo nome e refere ser bem tratada na UBSF.

A15. Paciente refere saber do que se trata o Tratamento Supervisionado e que a auxiliar de enfermagem foi quem explicou a ela.

A16. Paciente refere que o comparecimento à Unidade Básica de Saúde da Família não atrapalha sua vida.

A17. Segundo a paciente, são aspectos positivos do Tratamento Supervisionado: o não abandono, pois incorporou a ida à Unidade Básica de Saúde da Família para tomar o medicamento.

A18. Paciente toma o medicamento e não abandona o tratamento com receio de voltar a doença.

A19. Paciente refere que tem vontade de abandonar e se tivesse tomando em casa teria abandonado.

A20. Paciente refere que caso tivesse que tomar a medicação no domicílio não tomaria.

A21. Paciente refere não abandonar o tratamento mesmo sob condições adversas do tempo (clima): chuva.

A22. Paciente não apontou dificuldades em relação ao Tratamento Supervisionado.

Entrevista B

B1. Paciente refere que procura o médico vai à UBSF quando está doente.

B2. Paciente reconheceu estar doente pelos sinais e sintomas (tosse e dor nas costas).

B3. Paciente refere que ter tuberculose é 'normal' pois tem familiar que já teve a doença.

B4. Paciente aponta, de forma crítica, que recebeu diagnóstico equivocado (pneumonia ao invés de tuberculose).

B5. Paciente refere que é tratada normalmente como qualquer paciente.

B7. Paciente relata o fluxo do atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família: consultas médicas mensais e recebimento do medicamento.

B8. Para a paciente, são facilidades do Tratamento Supervisionado: não esquecer de tomar a medicação e tomá-la corretamente.

B9. Paciente parece referir-se à tomada da medicação na Unidade Básica de Saúde da Família como um dever para conseguir curar-se.

B10. Paciente refere não saber o que é o Tratamento Supervisionado.

B11. Paciente refere não se lembrar de tomar a medicação quando está em sua residência devido aos afazeres domésticos e que tomar medicação na Unidade Básica de Saúde da Família representa um compromisso, uma obrigação.

B12. Segundo a paciente não há dificuldade no Tratamento Supervisionado.

B13. Paciente refere que é bom ir à Unidade Básica de Saúde da Família tomar a medicação.

B13. Paciente referiu que sua doença foi descoberta através do resultado de exame (escarro).

Entrevista C

C1. Paciente refere ter adquirido a doença de irmã falecida com a qual tinha bastante contato.

C2. Paciente refere que a irmã teve tuberculose devido ao estilo de vida e por não ter feito o tratamento.

C3. Paciente associa a tuberculose ao ritmo de vida (muito trabalho e má alimentação) e também ao fato de ter familiar falecido portador da enfermidade.

C4. Paciente refere ter realizado o tratamento corretamente, mas que mesmo assim adoeceu novamente.

C5. Paciente refere que, no início do tratamento, os sintomas melhoraram e enfatiza não poder desistir por esse motivo.

C6. Paciente refere que, quando descobriu que estar com tuberculose novamente não se desesperou, pois sabia que ao tomar a medicação ficaria curado.

C7. Paciente mencionou que a vida mudou após ter adoecido, pois parou de trabalhar, modificou a rotina de trabalho e de vida, passando a permanecer mais em casa.

C8. Paciente reconhece as funcionárias e a médica pelo nome.

C9. Paciente reconhece ter sua medicação devidamente separada pela funcionária.

C10. Segundo a paciente, o tratamento inclui tomada da medicação sob supervisão e consulta médica no Instituto Clemente Ferreira.

C11. Para o paciente, o tratamento supervisionado promove mais segurança.

C12. Paciente refere ser positivo tomar a medicação na Unidade Básica de Saúde da Família para não esquecer de tomá-la e por receber os incentivos.

C13. Paciente incorporou em sua rotina a ida à Unidade Básica de Saúde da Família para tomar a medicação.

C14. Paciente aponta como dificuldade do Tratamento Supervisionado, o fato de ir à UBSF, o que parece interpretar como determinação do serviço de saúde.

C15. O Paciente remete a cura à tomada do medicamento e ao âmbito divino.

Entrevista D

D1. Paciente relatou que sua maior preocupação era a situação financeira por estar desempregada e não ter condições de comprar alimentos.

D2. Paciente refere procurar o hospital ou a Unidade Básica de Saúde da Família quando está doente.

D3. Paciente refere que reconheceu a doença devido aos sinais e sintomas (febre, emagrecimento, palidez, cansada, escurecimento da pele e falta de ar).

D4. Paciente menciona que a doença significou gasto financeiro.

D5. A doença levou a família a deixar o emprego em outro Estado e buscar assistência em São Paulo.

D6. Paciente relata o fluxo do atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família: baciloscopia, tomar medicação, consulta médica mensal e realização de exames laboratoriais.

D7. A cura em primeiro lugar é remetida ao âmbito divino e à alimentação.

D8. Paciente refere desconhecimento sobre a origem da tuberculose, mas a associa ao fato de familiar já ter adoecido com a enfermidade (tio).

D9. Paciente relata sobre familiar com tuberculose não fez tratamento e foi à óbito.

D10. Paciente refere que a vida mudou após a doença na filha.

D11. Paciente qualifica positivamente o Tratamento Supervisionado.

D12. Paciente qualifica positivamente o atendimento na UBSF.

D13. Paciente reconhece a funcionária pelo nome, o que parece evidenciar vínculo.

D14. Paciente refere ter dúvidas sobre o Tratamento Supervisionado.

D15. Paciente refere ter dúvidas sobre a evolução do estado de saúde de sua filha.

D16. Para a paciente são aspectos positivos do Tratamento Supervisionado: receber atendimento médico e vale-transporte.

D17. Paciente refere vender o incentivo que recebe (vale-transporte).

D18. Paciente aponta como aspecto negativo do tratamento supervisionado: o fato de ter que se expor ao clima frio, à chuva e a distância da Unidade Básica de Saúde da Família.

D19. Paciente relata ter recebido vários diagnósticos antes do definitivo: tuberculose.

D20. Paciente referiu que após descobrir que sua filha estava com tuberculose ficou mal, chorou, pois viu o tio morrer dessa doença e pensou que a filha iria morrer também.

Entrevista E

E1. Paciente refere que quando doente faz repouso e procura orientação médica no hospital.

E2. Paciente refere ter descoberto estar com tuberculose somente após manifestação de sinais e sintomas (febre, corpo cansado e tosse).

E3. Paciente refere ser “normal” adoecer, e que por isso, procura tratar-se.

E4. Paciente associa a doença ao fato de ter trabalhado muito, ao hábito de fumar e ao uso de drogas.

E5. Paciente mencionou que a tuberculose o fez ficar desanimado e, por isso, teve dificuldade de continuar no emprego.

E6. Paciente refere ser bem tratado na Unidade Básica de Saúde da Família.

E7. Paciente relata o fluxo do atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família: toma medicação oferecida pela “enfermeira”, consulta médica e recebimento do incentivo (lanche e cesta básica).

E8. Paciente refere que o Tratamento Supervisionado consiste em ir à Unidade Básica de Saúde da Família e ser acompanhado.

E9. Paciente qualifica o Tratamento Supervisionado como bom dado que não esquece de tomar a medicação, apontando como facilidade, o fato de não deixar de tomar a medicação por acreditar estar melhor, além de considerar ‘incentivo’ o fato de ter que ir à Unidade Básica de Saúde da Família.

E10. Paciente refere que o Tratamento Supervisionado não tem aspectos negativos.

Entrevista F

F1. Paciente refere que quando está doente não procura serviços de saúde.

F2. Paciente reconheceu estar doente devido aos sinais e sintomas (fraqueza).

F3. Paciente refere desconhecimento sobre a tuberculose, mas a associa ao estilo de vida (noturna), etilismo e tabagismo.

F4. Paciente refere que após ter adoecido nada mudou em sua vida e que continua fazendo as mesmas atividades exceto “pegar peso”.

F5. Paciente reconhece a funcionária pelo nome.

F6. Segundo a paciente, é um prazer a presença da Agente Comunitária de Saúde em seu domicílio.

F7. Paciente relata o fluxo do atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família: ACS o convocou para a primeira consulta, ocorre troca mensal da prescrição médica da medicação, faz exames e é encaminhado ao Tisiologista.

F8. Paciente qualifica como “bom” o tratamento que recebe na Unidade Básica de Saúde da Família.

F9. Paciente refere como aspecto positivo do Tratamento Supervisionado a presença da Agente Comunitário de Saúde no domicílio dele.

F10. Paciente refere que o Tratamento Supervisionado não tem aspectos negativos.

F11. Paciente menciona tomar a medicação, pois “gosta dele mesmo”.

Entrevista G

G1. Paciente refere nada fazer quando está doente e que somente quando “muito ruim” procura o hospital ou a Unidade Básica de Saúde da Família.

G2. Paciente reconheceu estar doente devido aos sinais e sintomas (tosse e magreza), pois já os tinha tido anteriormente.

G3. Paciente refere que, ao descobrir que tinha tuberculose não se importou, pois já tinha adoecido da enfermidade anteriormente.

G4. Paciente refere ter achado que a médica estava enganada em relação ao diagnóstico de tuberculose, uma vez que não apresentava magreza.

G5. Paciente refere-se ao comportamento de vizinhos como estigmatizante.

G6. Paciente refere ter desconhecimento sobre a tuberculose, mas associa ao fator climático.

G7. Paciente relata que o fluxo do atendimento se resume em comparecer às consultas médicas mensalmente para retirar a medicação.

G8. Paciente refere não saber do que se trata o Tratamento Supervisionado.

G9. Paciente refere já ter se acostumado com o Tratamento Supervisionado e que seu aspecto positivo é receber ajuda para “cortar” a medicação.

G10. Paciente não refere nenhum aspecto negativo do tratamento.

G11. Paciente refere que o fato de um profissional da saúde ir até sua casa ajudá-lo a tomar a medicação é um sinal de preocupação para com ele.

Entrevista H

H1. Paciente refere que suas maiores preocupações são: o medo de ser presa, do decorrente desamparo dos filhos e as condições dos presídios.

H2. Paciente remete ao âmbito divino o fato de não ter que tomar a medicação anti-retroviral, mesmo sendo portadora de HIV.

H3. Paciente menciona sentir-se mal devido aos efeitos colaterais da medicação e pela própria tuberculose.

H4. Paciente remete ao âmbito divino as adversidades de sua vida.

H5. Paciente refere que quando está doente vai ao médico, toma a medicação prescrita, se isola no quarto e se abstêm de sair, tomar friagem, beber, fumar e namorar.

H6. Paciente refere ter recebido gripe como diagnóstico de infectologista, mas mesmo assim foi à UBSF para passar por outra consulta médica para validar esse diagnóstico.

H7. Paciente refere ter reconhecido a doença pelos sinais e sintomas (não conseguia ficar com o corpo ereto, "(...) dor que ardia que nem você se queimá com uma gota de óleo quente", febre).

H8. Paciente refere ter retornado ao infectologista, o qual solicitou a baciloscopia.

H9. Paciente refere que, inicialmente, não acreditou no diagnóstico de tuberculose: "(...) é uma coisa tão longe"..

H10. Paciente refere que o fato que mais a abalou não foi ter adoecido com tuberculose, mas de ter que tomar os comprimidos por 6 meses.

H11. Paciente refere não saber como adquiriu a doença, mas a associa com o presídio, ao contato com doente que tossia.

H12. Paciente refere que a enfermeira cogitou o presídio como possível local em que ocorreu a contaminação pelo Bacilo da tuberculose.

H13. Paciente refere que na cela onde seu namorado estava detido havia um detento que tossia muito, associa esse sintoma à tuberculose.

H14. Paciente associa a soropositividade ao HIV com baixa imunidade o que deixa mais susceptível em adquirir tuberculose.

H15. Paciente refere que a vida ficou muito difícil, nos últimos 3 meses, após ter ficado doente (HIV + tuberculose) e que, por esse motivo, não sai de casa nem para tomar sol, prefere ficar quieta e sozinha devido ao estresse, chateação, mágoa e amargura.

H16. Paciente refere que apresentou reação devido à medicação e isso a deixou estressada.

H17. Paciente refere que gosta de sair e passear, mas, ultimamente, tem permanecido no domicílio, por ter tuberculose e HIV, por não ter dinheiro e por não poder beber e nem fumar.

H18. Paciente refere que ter tosse a incomoda e isso faz com que as pessoas perguntem sobre seu estado de saúde e que este fato a aborrece.

H19. Paciente refere seguir o tratamento corretamente.

H20. Paciente suporta os efeitos colaterais da medicação acreditando que após o tratamento pode ter nova vida.

H21. Paciente refere que, ao lembrar da medicação pensa em abandonar o tratamento.

H22. Paciente refere ser bem tratada pelos funcionários da Unidade Básica de Saúde da Família, ainda que algumas vezes seja alvo de “puxão de orelha”.

H23. Paciente reclama dos efeitos adversos da medicação (sensação de eructação, mal estar, “peso” no estômago, “azedo” na boca, incômodo na região peri-umbilical, alergia, dor no corpo, dor nas articulações).

H24. Paciente refere que se alimenta pouco devido aos efeitos colaterais da medicação.

H25. Paciente refere que destina tempo de sua vida para o auto-cuidado.

H26. Paciente associa o abandono do tratamento aos efeitos colaterais da medicação.

H27. Paciente refere que sentir-se pior quando em consulta médica suas queixas são ouvidas com “naturalidade”.

H28. Paciente refere que o profissional da saúde que não estuda, não entende as queixas apresentadas pelos doentes e, por isto, dificilmente irá tratá-las.

H29. Para a paciente, o Tratamento Supervisionado consiste em ir à Unidade Básica de Saúde da Família para tomar o medicamento.

H30. Para a paciente, o Tratamento Supervisionado não tem facilidades, mas aponta o acesso à médica e à enfermeira como tal.

H31. Para a paciente, o Tratamento Supervisionado não deveria constituir-se em regra geral para todos os pacientes.

H32. Paciente refere que as Auxiliares de Enfermagem mencionaram que caso pudessem decidir, indicariam o tratamento auto-administrado a ela.

H33. Para a paciente, é constrangedor tomar a medicação na Unidade Básica de Saúde da Família, e denota desconfiança em relação a ela.

H34. Paciente refere que tomar o medicamento na Unidade Básica de Saúde da Família interfere na rotina de vida.

H35. Paciente refere sensação de “inchaço no estômago” por tomar a medicação em jejum.

H36. Paciente refere que, às vezes, encontra-se intolerante, estressada e irritada e não encontra nenhum funcionário à disposição.

H37. Paciente refere que caso se encontre “estressada” e não tenha funcionário à disposição, “vira as costas e vai embora”.

Entrevista I

I1. Paciente refere que sua maior preocupação é a saúde.

I2. Paciente refere que quando doente procura medicamento para tomar e vai à Unidade Básica de Saúde da Família.

I3. Paciente descobriu estar doente quando começou a tossir, “(...) sentir arder” e esses sinais/sintomas não passavam mesmo ao tomar “xarope e antialérgicos”.

I4. Paciente refere ter sabido diagnóstico de tuberculose na Unidade Básica de Saúde da Família, decorrente de Raio-X.

I5. Paciente refere que ter tuberculose é ‘normal’.

I6. Paciente refere que pode ter contraído tuberculose através de tosse de portadores de HIV.

I7. Paciente reconheceu estar com tuberculose devido aos sinais e sintomas (sudorese noturna, calafrio, febre).

I8. Paciente refere que sentiu os sinais e sintomas da tuberculose por alguns meses.

I9. Paciente remete sua cura ao âmbito divino.

I10. Paciente refere que após ter adoecido, sua vida ficou ótima, pois conseguiu emprego fixo.

I11. Paciente reconhece a funcionária pelo nome.

I12. Paciente descreve o fluxo do atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família: retirada do medicamento mensalmente, consulta inicialmente semanal e posteriormente mensal e baciloscopia mensal.

I13 Para a paciente, o Tratamento Supervisionado consiste no comparecimento à Unidade Básica de Saúde da Família com maior frequência nos primeiros 3 meses.

I14. Para o paciente, o Tratamento Supervisionado lhe tomava muito tempo e que interfere em sua rotina de vida.

I15. Apesar de mencionar que o Tratamento Supervisionado interferiu em sua rotina de vida, paciente considera “ótimo” ir à Unidade Básica de Saúde da Família tomar o medicamento.

Entrevista J

J1. Paciente refere que sua maior preocupação é a saúde.

J2. Paciente refere que quando adoecer permanece deitado em repouso.

J3. Paciente refere que conta somente com a ajuda da Agente Comunitária de Saúde a qual considera como amiga.

J4. Paciente refere que a funcionária o ajuda muito e por esse motivo contribui com ela.

J5. Paciente refere ter descoberto a doença pelos “exames”.

J6. Paciente refere-se à tuberculose como ‘disso aí’.

J7. Paciente refere ter se sentido mal quando descobriu estar com tuberculose.

J8. Paciente não reconheceu que estava doente pelos sinais e sintomas, associando a doença ao seu trabalho (criação de patos), tabagismo, mãe e pai tabagistas e bronquite desde criança.

J9. Paciente refere sentir-se mal, pois somente ele, considerando-se toda a sua família, adoeceu com tuberculose.

J10. Paciente refere não contar com a ajuda de vizinhos e que no lugar onde mora há “muito vício” (drogas ilícitas).

J11. Paciente refere que é bem tratado pela Agente Comunitária de Saúde da Unidade Básica de Saúde da Família.

J12. Paciente refere que o médico não vai até sua casa.

J13. Para o paciente, o Tratamento Supervisionado ocorre quando a Agente Comunitária de Saúde leva o medicamento para ele em seu domicílio.

J14. Paciente refere que toma a medicação sozinho em casa.

J15. Paciente desconhece a função da Agente Comunitária de Saúde na comunidade.

Entrevista L

L1. Paciente refere que sua maior preocupação é a saúde, emprego e filha.

L2. Paciente refere que quando doente cumpre o tratamento prescrito, vai à casa de amigos e vizinhos.

L3. Paciente refere que quando doente procura o Hospital e a Unidade Básica de Saúde da Família.

L4. Paciente não acreditava ter tuberculose.

L5. Paciente reconheceu estar doente pelos sinais e sintomas (tosse, hemoptise) e pelo RX de tórax.

L6. Paciente refere que após ter descoberto estar com tuberculose parou de fumar e beber.

L7. Paciente acredita ter contraído tuberculose devido ao contato com pessoas moradoras de rua.

L8. Paciente mencionou que a vida mudou após ter adoecido, porque houve união familiar e com isso sentiu-se especial.

L9. Segundo o paciente, o atendimento inclui consulta médica mensal, retirar medicamento para 1 mês e encaminhamento para especialista.

L10. Paciente reconhece funcionário pelo nome.

L11. Para o paciente, o Tratamento Supervisionado consiste no acompanhamento domiciliar pela enfermeira, médico e “atendente” (referindo-se à Agente Comunitária da Saúde).

L12. Paciente refere como facilidade do Tratamento Supervisionado, o acesso aos profissionais da saúde em caso de reação adversa do medicamento.

L13. Paciente refere como dificuldades do Tratamento Supervisionado e dos serviços de saúde em geral, a demora dos resultados dos exames.

L14. Paciente refere sentir-se bem quando Agente Comunitária de Saúde vai até seu domicílio, pois ela “vem conversar”.

L15. Paciente considera que tem relação de amizade com Agente Comunitária de Saúde, pois conversa sobre diversos assuntos com a mesma.