

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CLÁUDIA BOWKALOWSKI

**VULNERABILIDADES EM PACIENTES PORTADORES DE
TUBERCULOSE DO DISTRITO SANITÁRIO DE SANTA
FELICIDADE CURITIBA/PARANÁ**

**SÃO PAULO
2006**

CLÁUDIA BOWKALOWSKI

**VULNERABILIDADES EM PACIENTES PORTADORES DE
TUBERCULOSE DO DISTRITO SANITÁRIO DE SANTA
FELICIDADE CURITIBA/PARANÁ**

Dissertação de Mestrado 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
2006

Dedico este trabalho

A Deus por me proteger e amparar em todos os momentos,

Aos meus pais pelo amor e apoio incondicionais,

Aos meus tios Maria de Lourdes e Pedro, sempre presentes, amigos,

facilitando meu caminho ao longo desta jornada.

AGRADECIMENTOS

À Professora **Maria Rita Bertolozzi**, pela confiança a mim depositada, apoiando-me e incentivando-me constantemente e encorajando-me nas horas mais difíceis desta trajetória.

À supervisora do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, **Raquel Ferraro Cubas**, pela sua confiança e apoio durante todo o processo desta caminhada.

Ao coordenador de Vigilância em Saúde, **Ângelo Massuchetto** e à chefe do serviço de Epidemiologia **Helena Shinobu Hassahide** pela compreensão e incentivo manifestados, tornando possível a realização deste trabalho.

Aos colegas de serviço **Ana Claudia** e **Carlos Daniel** pelo otimismo, bom-humor e carinho.

À **Universidade Tuiuti do Paraná** pela ajuda e liberação durante todo este período de construção intelectual.

À **Elizabeth Bernardino**, um agradecimento especial pela amizade, atenção e disponibilidade a mim dedicadas, contribuindo para o meu crescimento pessoal.

SUMÁRIO

	LISTA DE TABELAS	6
	LISTA DE SIGLAS	8
	RESUMO	9
	ABSTRACT	10
	APRESENTAÇÃO	11
1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	24
3	METODOLOGIA	25
3.1	Referencial teórico: o caráter social da doença	25
3.2	Tipo de estudo	31
3.3	Cenário de estudo	32
3.3.1	Atuação da Vigilância Epidemiológica de Curitiba no controle da tuberculose.....	35
3.4	Os sujeitos da pesquisa	39
3.5	Os instrumentos para a coleta de dados	40
3.6	Período de coleta de dados	40
3.7	Categorias do estudo	40
3.7.1	Categoria analítica	40
3.7.2	Categorias empíricas	41

3.8	Etapas do estudo	43
3.9	Sistematização e análise estatística dos dados	43
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1	Caracterização geral do cliente	45
4.1.1	Local de nascimento	48
4.1.2	Local de residência atual.....	49
4.1.3	Tempo de residência no bairro.....	50
4.1.4	Grau de escolaridade do cliente e da mãe.....	51
4.2	Caracterização do cliente em relação ao processo saúde-doença	53
4.2.1	Tipo de tuberculose.....	53
4.2.2	História da doença	56
4.2.3	Sinais e sintomas apresentados anteriormente à procura do serviço de saúde	57
4.2.4	Conhecimento e concepções sobre a doença por ocasião do diagnóstico	59
4.2.5	Conhecimento sobre a origem da doença.....	61
4.2.6	Menção sobre os efeitos da doença sobre a vida	63
4.2.7	Período de tratamento.....	65
4.2.8	Menção à informação recebida sobre a doença	66
4.3	Caracterização da assistência à saúde	69
4.3.1	Distância entre o domicílio e a UBS.....	71
4.4	Perfil de reprodução social	78

4.4.1	Propriedade da moradia.....	78
4.4.2	Condições de moradia com relação a saneamento básico e luz elétrica.....	79
4.4.3	Número de pessoas por cômodo utilizado como dormitório.....	80
4.4.4	Acesso a alguns bens materiais.....	81
4.5	Perfil do processo de produção social	85
4.5.1	Inserção no mercado de trabalho.....	85
4.5.2	Ramo de atividade	87
4.5.3	Posição no trabalho	87
4.5.4	Rendimentos do trabalho	88
4.5.5	Benefícios em função do trabalho.....	91
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	103
	ANEXOS	108

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo idade e sexo. DFFS – Curitiba / 2005.....	47
TABELA 2	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o local de nascimento. DFFS – Curitiba / 2005.....	48
TABELA 3	– Distribuição dos sujeitos do estudo, por local de residência atual. DFFS – Curitiba / 2005	50
TABELA 4	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo tempo de residência no bairro. DFFS – Curitiba / 2005.....	50
TABELA 5	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo grau de instrução seu e de sua mãe. DFFS – Curitiba / 2005	51
TABELA 6	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o tipo de tuberculose. DFFS – Curitiba / 2005.....	56
TABELA 7	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo sinais e sintomas apresentados e segundo a forma da doença. DFFS – Curitiba / 2005	59
TABELA 8	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo menção a conhecimento sobre a tuberculose por ocasião do diagnóstico. DFFS – Curitiba / 2005	61
TABELA 9	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o conhecimento sobre a origem da doença. DFFS – Curitiba / 2005.....	62
TABELA 10	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo a fonte de informação recebida sobre tuberculose. DFFS – Curitiba / 2005.....	69
TABELA 11	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo relacionamento com profissionais da UBS. DFFS – Curitiba / 2005	74
TABELA 12	– Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo inscrição no Programa de Suplementação Nutricional do município de Curitiba. DFFS – Curitiba / 2005.....	77

TABELA 13 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo propriedade de moradia. DFFS – Curitiba / 2005	78
TABELA 14 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo condições de moradia. DFFS – Curitiba / 2005	80
TABELA 15 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo número de pessoas que dormiam por cômodo. DFFS – Curitiba / 2005.....	81
TABELA 16 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo acesso a bens materiais. DFFS – Curitiba / 2005.....	82
TABELA 17 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo recebimento de auxílio para compra de alimentos. DFFS – Curitiba / 2005	83
TABELA 18 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo acesso a plano de saúde privado. DFFS – Curitiba / 2005.....	85
TABELA 19 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo inserção no mercado de trabalho. DFFS – Curitiba / 2005	86
TABELA 20 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo ramo de atividades. DFFS – Curitiba / 2005.....	87
TABELA 21 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo posição que ocupam no trabalho. DFFS – Curitiba / 2005.....	88
TABELA 22 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o rendimento em número de salários mínimos. DFFS – Curitiba / 2005	89

LISTA DE SIGLAS

CVE	Centro de Vigilância Sanitária
DOTS	Directly Observed Treatment Short-Course
DS	Distritos Sanitários
DSSF	Distrito Sanitário de Santa Felicidade
IMAP	Instituto Municipal de Administração Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PAN	Programa de Apoio Nutricional ao Paciente com Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Combate à Tuberculose
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMU	Secretaria Municipal de Urbanismo de Curitiba
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Serviço de Vigilância Epidemiológica
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTP	Universidade Tuiuti do Paraná

RESUMO

A prevalência da tuberculose está diretamente relacionada às condições sociais e, por isso, deve constituir-se como questão prioritária na Saúde Coletiva. Tendo em vista que a tuberculose tem estado presente no cenário epidemiológico do Município de Curitiba-PR, o presente estudo teve como objetivo identificar aspectos que caracterizam a vulnerabilidade tuberculose com a finalidade de propor medidas apropriadas de intervenção. Conduzido sob o marco teórico da vulnerabilidade integraram o estudo 26 sujeitos matriculados em unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário de Santa Felicidade. Estes, foram entrevistados após consentimento esclarecido. Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2005. Identificou-se que os sujeitos apresentavam características relevantes em termos de vulnerabilidade, principalmente no que se refere ao trabalho e à vida, particularmente quanto à inserção no trabalho, as condições financeiras decorrentes e aglomeração nas moradias. Verificou-se, ainda, que apresentavam dificuldades na obtenção de medicamentos para o tratamento da tuberculose, assim como no que diz respeito à distância entre o domicílio e o serviço de saúde, o que pode comprometer a adesão ao tratamento. Além disso, os conhecimentos acerca da tuberculose revelaram-se inadequados, assim como a ausência de informação recebida, identificando-se concepções equivocadas em relação à doença. Os resultados apontam a necessidade de envidar esforços para o controle da enfermidade, destacando-se questões que se referem ao grau e à qualidade de informação, além de melhorar as condições de vida da população.

Palavras Chaves: tuberculose; vulnerabilidade à doença; programa de controle, vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

Tuberculosis prevalence is proportionally related to social conditions, that is why, it must be assumed as a priority in Public Health. Keeping in mind that tuberculosis has been present in the epidemiological setting of Curitiba City/ Parana State – Brazil, this study objectified to identify aspects that feature tuberculosis vulnerability in order to design appropriate intervention measures. Under the theoretical landmark of vulnerability, 26 subjects - registered in primary care health units of Santa Felicidade Sanitary District – participated in the study. They were interviewed after informed consent. Data were gathered from July to August/ 2005. Relevant vulnerability features were pointed out in the subjects mainly concerning their work and lifestyle, particularly in terms of job insertion, correlated financial conditions and crowded homes. It was still evidenced that they found difficulties in getting the drugs to treat tuberculosis and the distance from their homes to the health unit, hampering treatment completion. Besides, it was verified inadequate knowledge in relation to the disease, lack of information and consequent misconceptions in relation to the disease. The results pointed out the need for disease control, issues on degree and information quality, besides the improvement of population's living conditions.

KEY WORDS: tuberculosis; disease vulnerability; control program, epidemiologic surveillance.

APRESENTAÇÃO

Enquanto enfermeira, minha trajetória em Saúde Coletiva iniciou-se em 1991, no Distrito Sanitário de Santa Felicidade (DSSF) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Após dois anos lotada em Unidade de Saúde da Família, surgiu a oportunidade de assumir uma função no serviço de Vigilância Epidemiológica, no qual atuo até o presente momento.

O trabalho nesse serviço é muito amplo e diversificado, inclui o processo de notificação de agravos, registro e análise de dados, com retroalimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Entre os vários agravos de notificação obrigatória, a tuberculose se destaca, no Município de Curitiba, permanecendo com índices de morbimortalidade elevados, mesmo na vigência de políticas públicas voltadas para a detecção da doença e tratamento dos casos confirmados. Veja-se que, entre os casos novos, Curitiba encontra-se hoje por volta da sexta posição entre as capitais brasileiras.

Em relação ao processo de trabalho da enfermeira em vigilância epidemiológica, observo e convivo com uma realidade que evidencia ações pontuais e técnicas em conformidade às instruções normativas preconizadas pelos âmbitos federal, estadual e municipal, as quais, via de regra, são desenvolvidas com qualidade, mas com relativa eficiência, pois há restrita compreensão de que o adoecer em tuberculose é mediado por determinantes sociais.

Compreendo que as enfermeiras são essenciais no desenvolvimento de ações em saúde que levem à modificação dos perfis epidemiológicos, partindo-se do entendimento de que estes se referem à síntese dos processos de desgaste e de fortalecimento dos grupos sociais em função da sua inserção na sociedade. Logo, é fundamental entender que a presença da tuberculose, associa-se a eventos sociais e constitui-se como questão que repercute no desenvolvimento de um país, já que a população economicamente produtiva é a que mais apresenta prevalência.

A análise da tuberculose, à luz dos processos sociais, é particularmente relevante, na medida em que o entendimento de sua dinâmica epidemiológica requer interpretações totalizantes que incluem os processos de desigualdade e exclusão social, entre outros.

Buscando compreender como se processa a tuberculose numa determinada região, o presente estudo teve como finalidade conhecer elementos de vida e do trabalho de pacientes portadores de tuberculose, buscando identificar determinantes sociais e vulnerabilidades e propor medidas de intervenção para o seu controle.

Justifica-se a importância deste estudo, na medida em que buscou-se compreender, a partir do nível local, os processos que podem estar relacionados à causalidade da tuberculose, para fornecer elementos que contribuam na gerência de serviços de saúde. Ainda que se verifique a redução de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, de modo geral, no nosso País, isso não tem significado a superação das doenças transmissíveis enquanto problema relevante e a tuberculose se destaca

como protagonista desse quadro de persistência (Ministério da Saúde, 2005).

Essa tendência apresenta-se em um contexto de extrema complexidade e desigualdade social, requerendo estudos e abordagens que levem em conta a proposição e a adoção de políticas de saúde que mantenham as conquistas alcançadas nos últimos anos, marquem a efetividade das ações de promoção, prevenção e recuperação, e que ajudem a superar as desigualdades, sem o qual será muito difícil enfrentar os novos desafios que se colocam na agenda da saúde pública do País (Ministério da Saúde, 2005).

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é doença infecto-contagiosa, que tem como agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido como bacilo de Koch. O modo de transmissão ocorre pela tosse, fala ou espirro e o reservatório principal é o homem, podendo ocorrer no gado bovino. Tem como principais sintomas: comprometimento do estado geral tosse, inapetência, emagrecimento e febre. O período de incubação varia entre 6 e 12 meses após a infecção inicial (Ministério da Saúde 2004a).

O quadro clínico é extremamente complexo, dada a multiplicidade de sintomas que podem confundir o diagnóstico; na fase inicial, a infecção é quase sempre silenciosa, ou apresenta manifestações muito discretas, difíceis de serem detectadas (Almeida Filho, 2004).

Cerca de 95% dos casos de tuberculose ocorrem em regiões do denominado Terceiro Mundo, sendo que 22 países concentram 80% do total de casos. O Brasil ocupa o 15º lugar nesse *ranking*, e a doença atinge todos os grupos etários, com predomínio em indivíduos considerados economicamente ativos, entre 15 e 54 anos. Nas últimas duas décadas, o Brasil registrou 42 milhões de infectados, com 112.000 óbitos (Ministério da Saúde, 2004a).

Nos últimos anos tem sido detectada a diminuição na velocidade de queda, ou mesmo, um aumento nos casos de tuberculose em vários países, principalmente como consequência do empobrecimento de segmentos da

população. No entanto, a tuberculose pulmonar continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. A situação de controle tem se apresentado complexa com a dificuldade de implantar-se um programa eficiente, principalmente em decorrência da desproporção entre necessidades e recursos disponíveis e pela limitada cobertura e utilização da capacidade instalada de atenção, destacando-se, no fim da década de 80, o agravante da propagação do HIV (Rezende e Barbosa, 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004 assinala como principais causas para a gravidade da situação atual da tuberculose no mundo: a desigualdade social, o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios (Ruffino Netto, 1998), sendo que os bolsões de pobreza, nas cidades mais populosas, constituem terreno fértil para a disseminação da doença.

Atualmente, a tuberculose provoca cerca de 3 milhões de mortes e 9 milhões de casos novos por ano (World Health Organization, 2005). Estima-se que, no mundo, existam mais de dois bilhões de indivíduos infectados, sendo que a grande maioria vive em países subdesenvolvidos ou emergentes, destacando-se a Índia, China, Indonésia, Bangladesh, Nigéria, Paquistão, Filipinas, Congo, Rússia e Brasil (Ministério da Saúde, 2004a).

Mais de 95% dos casos de tuberculose concentram-se em regiões subdesenvolvidas, onde vive 76% da população mundial, provocando um resultado econômico e humano devastador em muitos países da África Sub-

Sahariana e do Sudeste Asiático, mantendo um ciclo nefasto que é necessário romper (World Health Organization, 2004).

Para se ter uma idéia da situação, é necessário interpretar com a devida idade e urgência, que cerca de 1,2 mil milhões de pessoas vivem abaixo do limiar da pobreza absoluta (menos que US\$1,00/dia) e os países de baixo e médio/baixo rendimento econômico (PIB *per capita* menor que US\$2995,00/ano) concentram mais de 95% dos casos de doença e mortes por tuberculose. As nações de baixos recursos econômicos (PIB *per capita* menor que US\$755,00/ano) albergam cerca de 65% dos casos, 71% dos óbitos, sendo que 42% da população mundial vive nessas nações (Organizacion Panamericana de la Salud, 2004).

O impacto econômico da tuberculose é dramático também para os familiares de doentes. Estima-se um decréscimo anual de 12 mil milhões de dólares dos rendimentos brutos das famílias dos países mais pobres. Ainda nesses países, individualmente, os doentes, em média, afastam-se de 3 a 4 meses do trabalho, o que significa uma perda de quase 30% do rendimento anual da respectiva família, ou do rendimento equivalente a 15 anos de trabalho, caso o doente vá à óbito. O resultado macroeconômico é um decréscimo acentuado da força laboral e a redução considerável do produto interno bruto dos países. Destaca-se, ainda que a doença também se constitui como um problema para os países desenvolvidos, afetando predominantemente os estratos sociais desfavorecidos (Organizacion Panamericana de la Salud, 2004). Esse quadro se coloca como mais complexo, com a emergência da forma multirressistente, em grande parte

decorrente do tratamento inadequado ou do abandono. Na América Latina, a OMS informa que o processo de redução da enfermidade tem sido lento e não satisfatório, não se observando decréscimo dos índices de morbidade, conforme ocorreu nos países desenvolvidos há 40 anos. Nessas regiões, a manifestação da doença é um claro produto das condições de vida, trabalho, assim como da forma como as políticas de saúde têm sido estruturadas para dar conta da questão (Bertolozzi, 1998).

No Brasil, o quadro de persistência e recrudescimento da tuberculose em vários municípios determinou a reorientação das ações do Programa Nacional de Combate à Tuberculose (PNCT), pelo Ministério da Saúde, a partir de 1996, o qual objetivava descobrir, até 2001, 92% dos casos, curar 85% dos casos diagnosticados e reduzir, até 2007, a incidência e a mortalidade pela enfermidade (Souza et al., 2005).

Em 2001, o Ministério da Saúde, instituiu, em todo o Território Nacional, a semana de 24 de março como a Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose, com os objetivos de mobilizar o aparato político e a sociedade civil no desenvolvimento de atividades intensivas acerca da doença, realizar eventos tecno-científicos relacionados à tuberculose para os profissionais de saúde, sensibilizar a sociedade diante das campanhas de combate à enfermidade, bem como buscar superar o estigma que ainda a permeia (Ministério da Saúde, 2004b).

Destaca-se que um dos principais problemas encontrados no mundo e, particularmente pelo PNCT, refere-se à não adesão dos pacientes com tuberculose à terapêutica (World Health Organization, 2004). Assim, em

2001 também foi lançada a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) no Brasil, que se refere ao tratamento supervisionado aos pacientes portadores da doença. O DOTS está pautado em 5 componentes: comprometimento dos governos no suporte financeiro do controle da enfermidade, detecção de casos por meio da microscopia de secreção entre os sintomáticos, regime de tratamento padronizado de 6 a 8 meses para os casos confirmados, suprimento regular de todos os medicamentos essenciais antituberculose, assim como o sistema regular de registro e de notificação dos casos (Rezende e Barbosa, 2003).

O II Consenso Brasileiro sobre Tuberculose (2004) recomenda que sejam tomadas medidas de acompanhamento do tratamento com o objetivo de impedir o abandono e de aumentar as taxas de cura, por meio de intervenções como a supervisão do tratamento, visitas domiciliárias para o acompanhamento da evolução dos doentes e controle de faltosos, assim como a melhoria da relação médico-paciente e serviço-paciente e o apoio do serviço para com a comunidade, na tentativa de diminuir as taxas de abandono do tratamento da doença. O Consenso aponta, também, para o estabelecimento de uma “Vigilância em Tuberculose” que estimule e melhore a qualidade da informação através da verificação de óbitos, pois o estudo da mortalidade demonstra não somente a letalidade da doença, mas revela a subdetecção e a subnotificação (Ministério da Saúde, 2004c).

Em relação ao problema da qualidade das informações em vigilância epidemiológica no Brasil, via de regra, o instrumental teórico-metodológico utilizado é insuficiente para explicar a ocorrência de agravos, e contribui

limitadamente para prevenir e controlar as doenças (Drumond, 2003). Nessa linha, a tuberculose é interpretada como resultado da interação entre múltiplos fatores e os indivíduos acometidos são apreendidos como um agregado de “elementos homogêneos”, num sistema ecológico equilibrado¹³. Mas, é fundamental lembrar que a doença é a expressão dos processos que se desenrolam em outras dimensões que integram a forma como vivem e trabalham as pessoas (Fonseca e Bertolozzi, 1997).

Vejamos como se coloca, em termos epidemiológicos, a situação da enfermidade na região onde se desenvolveu o presente estudo. O Estado do Rio Grande do Sul apresentou, em 2002, Coeficiente de Incidência (CI) de 43,3%, seguido por Santa Catarina (28,0%) e Paraná com (26,2%) (Ministério da Saúde, 2004a). No Paraná, dez municípios são considerados prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT): Colombo, Curitiba, Foz do Iguaçu, Guarapuava, Londrina, Maringá, Paranaguá, Pinhais, Ponta Grossa e São José dos Pinhais. Em 2003, esses municípios apresentaram um percentual de cura de 63%, abaixo da meta nacional de 85%.

O quadro a seguir mostra o número de casos novos de tuberculose, por regional de saúde no Paraná, no ano de 2004.

Quadro 1: Casos Novos de Tuberculose Pulmonar e por Todas as Formas e Coeficiente de Incidência (CI) por 100.000 habitantes dos Municípios Prioritários do Paraná, 2004.

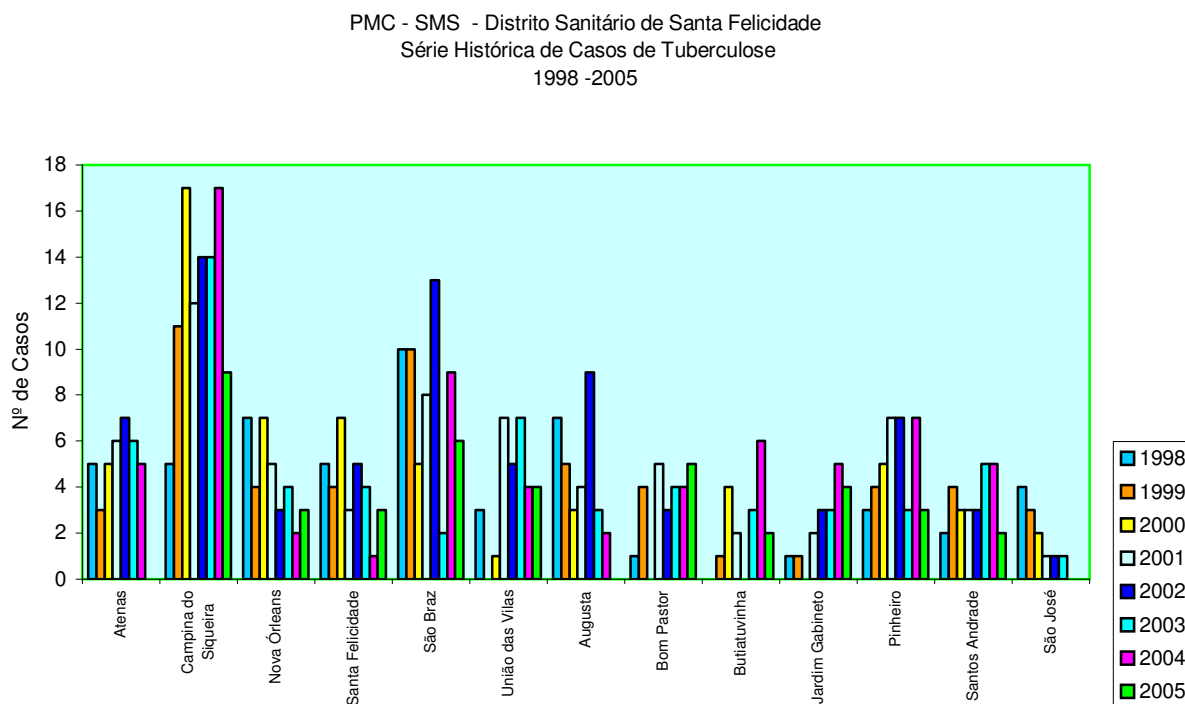
Municípios Prioritários	População	Pulm. Bacilífero		Todas as Formas	
		Nº	CI.	Nº	CI
Colombo	209.909	36	17,1	63	30,0
Curitiba	1.697.703	280	16,5	507	29,9
Foz do Iguaçu	286.285	71	24,8	142	49,6
Guarapuava	162.754	16	9,8	51	31,3
Londrina	473.741	67	14,1	124	26,2
Maringá	308.260	37	12,0	69	22,4
Paranaguá	138.635	67	48,3	122	88,0
Pinhais	114.122	48	42,1	93	81,5
Ponta Grossa	290.818	24	8,2	61	21,0
São José dos Pinhais	235.476	45	19,1	83	35,2
Total	3.917.703	691	17,6	1315	33,6
Paraná	10.015.425	1.416	14,1	2769	27,5

FONTE:
SESA/ISEP/CPE/TABWIN

O Quadro 1 demonstra que o município de Paranaguá, em 2004, encontrava-se em primeiro lugar em número de casos novos. Situação que pode ser justificada pelo fato da cidade ser portuária e que, portanto, recebe grandes contingentes populacionais. Em segundo lugar, destaca-se a cidade de Pinhais, município com grande mobilidade populacional, áreas de invasão e bolsões de pobreza. Em terceiro lugar, destaca-se o município de Foz do Iguaçu, que faz fronteira com o Paraguai. Nesta região, ocorre grande fluxo de pessoas entre os dois Países, decorrente das importantes atividades de comércio, e por conseguinte de difícil controle, favorecendo um ambiente propício à propagação da doença. É importante destacar que tanto o município de Paranaguá quanto o município de Foz do Iguaçu possuem condições de vida e trabalho bastante precárias, favoráveis para a disseminação da tuberculose.

No DSSF, região onde se desenvolveu o presente estudo, no ano de 2003, a taxa de incidência da doença foi de 20,2% e, em 2004, de 29,5%, tendo sido notificados 54 casos, sendo 2 na faixa etária infantil e 18 casos de tuberculose extra-pulmonar. Verificou-se predomínio do sexo masculino, correspondendo a 74% do total, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde-CTBA (SMS) em 2004.

Gráfico 1: Série histórica de casos de tuberculose no Distrito Sanitário de Santa Felicidade. 1998-2005.



Fonte: SINANW /2005 -

O Coeficiente de Incidência de tuberculose no DSSF está na ordem de 29/100.000 habitantes, a Taxa de Morbidade de 29,5%, a Taxa de Mortalidade de 2,7%; a Taxa de Letalidade de 9,2% e a Taxa de Abandono, por volta de 2,1%. Os outros 7 distritos sanitários que compõem o Município

de Curitiba possuem Taxa de Incidência correspondente a 57/100.00 (Secretaria Municipal de Saúde-CTBA, 2005). Embora bastante mais reduzidos do que o de outros distritos sanitários, esses indicadores são importantes pelo fato do Distrito localizar-se em região de ampla expansão comercial e populacional nos últimos anos.

Conforme o Gráfico 1, a partir do ano de 2004 ocorreu aumento do número de casos de tuberculose na maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DSSF. Este dado pode ser justificado devido à realização de treinamentos para as equipes de saúde do município de Curitiba (médicos e enfermeiros), objetivando sensibilizá-los na busca por sintomáticos respiratórios, o que pode significar não um aumento da doença mas sim uma notificação mais efetiva.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba lançou, também no ano de 2004, atividades realizadas em todos os Distritos Sanitários; exemplo disso, são as varreduras, que ocorrem uma vez ao ano e consistem em visitas domiciliares diárias, por um período de 15 à 20 dias, executadas pela equipe de enfermagem e agente comunitário de saúde, em micro-áreas pré-selecionadas. Em cada domicílio é identificado o número de pessoas residentes, e investigado se há algum sintomático respiratório convivendo neste meio; se houver, a equipe realiza a coleta de escarro no local e orienta o usuário a procurar a UBS assim que se faça possível. Neste período de varredura ocorre também a realização de palestras sobre tuberculose, tanto nas UBS quanto nas escolas; a população é informada sobre a doença através da distribuição de folders e cartazes afixados em pontos estratégicos

dos bairros, como: bares, lanchonetes, pontos de ônibus (Secretaria Municipal de Saúde-CTBA, 2005).

No entanto, vale destacar que, enquanto a tuberculose não for concebida como um produto social, que transcende os limites relativos às atitudes ou comportamentos dos indivíduos, relacionando-se fundamentalmente ao acesso ao trabalho e à qualidade de vida, assim como depende da organização apropriada dos serviços de saúde, ao acesso à assistência, à disponibilidade de medicação e de um suporte de qualidade em termos de recursos humanos e financeiros, ações pautadas somente no nível individual dificilmente surtirão o impacto desejado em termos de diminuição da morbi-mortalidade (Bertolozzi, 1998).

Tomando-se a tuberculose como agravo de relevância social e epidemiológica, o presente estudo buscou identificar como se processa a vida e o trabalho, assim como o processo saúde-doença de portadores de tuberculose de uma determinada localidade, o Distrito de Santa Felicidade.

Para tanto, o presente estudo teve como objetivos, os que se seguem.

2 OBJETIVOS

- Identificar características pessoais, relativas ao processo saúde-doença e a respeito de como vivem e trabalham os pacientes com tuberculose do Distrito Sanitário de Santa Felicidade, Curitiba-PR.
- Identificar as variáveis que podem se constituir como potenciais de desgaste e vulnerabilidades na manifestação da doença para essas pessoas.

3 METODOLOGIA

3.1 Referencial Teórico: O caráter social da doença

A tuberculose tem sido estudada, via de regra, com base na História Natural da Doença, que pode ser definida como um conjunto de processos interativos compreendendo as inter-relações do agente, do suscetível e do ambiente que afetam o processo global e o seu desenvolvimento. Esta definição embasa a Teoria de Leavell e Clark, a qual trabalha com pressupostos positivistas, não buscando as reais causas dos problemas sociais (Fonseca, 1999).

Ações pontuais relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose são importantes para a melhoria dos indicadores epidemiológicos, no entanto, é necessário um olhar diferenciado para e interpretar devidamente as causas deste agravo, pois, conforme anteriormente apontado, está diretamente relacionado às questões sociais. Essa visão possibilita, ainda, ampliar o horizonte de ação dos profissionais de saúde, além de buscar proporcionar às pessoas, interpretação consistente em relação à forma como se processa a maior parte das doenças que estão profundamente associadas à determinação social.

O presente estudo está pautado nos quadros conceituais da determinação social do processo saúde-doença e da vulnerabilidade. Assim, antes de tudo, é necessário definir em que perspectiva isto se coloca.

Estudos antropológicos e sociológicos evidenciam a construção social e simbólica da doença: a ordem biológica e a ordem social se correspondem, sendo a doença uma realidade construída e o doente um personagem social. Desta forma, a doença revela-se como construto social, como uma das expressões da sociedade (Nascimento, 2005).

Nascimento (2005), ao analisar o caráter social da doença, afirma que, entre o final do século XIX e o início do século XX, a tuberculose era a maior responsável pela mortalidade na cidade do Rio de Janeiro, distribuindo-se diferentemente entre a população que não se distribuía homoganeamente pela cidade quanto às condições de habitação: a inserção no trabalho não era a mesma, assim como o acesso a alimentos e serviços médicos (Nascimento, 2005). Com a imigração dos europeus, o fim do período de escravidão, e a necessidade de mão-de-obra para as indústrias e lavouras, concentram-se pessoas nos centros urbanos, vivendo em condições insalubres, desprovidas de qualquer tipo de assistência médica e social. Nesse cenário, que evidencia condições de vida e trabalho desfavoráveis, a tuberculose atingiu altas taxas de incidência dizimando milhares de pessoas.

Para Breilh (1989), o entendimento de como se processa o trabalho e a vida das pessoas é essencial do ponto de vista epidemiológico, pois estes condicionam as modalidades de desgaste e de fortalecimento, que repercutem no corpo biopsíquico (Almeida Filho, 2004).

A deterioração da qualidade de vida de grupos da população é decorrência de processos mais profundos que se originam na forma como a sociedade se organiza para produzir: nos últimos tempos tem se verificado, na maior parte dos países, injustiças estruturais no acesso e distribuição de bens e serviços, como fruto das políticas econômicas. E esse cenário tem repercutido nos perfis epidemiológicos, com recrudescimento de enfermidades que já se acreditava, estivessem controladas, e com a manutenção de outras, denominadas como “negligenciadas”, dentre as quais, se encontra a tuberculose.

Segundo a Teoria da Determinação Social da Saúde-Doença, o processo histórico, dinâmico e diretamente vinculado à forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante e na estrutura social, confere às pessoas condições materiais específicas para sua sobrevivência (Egry, 1996). Essa Teoria, tem como um de seus elementos centrais, a afirmação de que os membros de cada classe social apresentam padrões característicos de consumo e formas específicas de organização, que se desenvolvem em um sistema contraditório em que se opõem, por um lado, os bens e forças construtivas (fortalecimentos) que preservam a saúde e, por outro, as forças destrutivas (desgastes) as quais deterioram a saúde (Breilh, 1990).

Complementar a essa compreensão sobre a determinação social do adoecer humano destaca-se que, entre diferentes grupos sociais, há diferenças marcantes no sofrer ou no modo de reagir às doenças. Desse modo, assim como a história, a doença, como fenômeno social, também é

uma construção, a ela concorrem elementos científicos, sociais, políticos e subjetivos (que emanam especificamente da dimensão singular, que se refere aos indivíduos), na esfera temporal e espacial (Nascimento, 2005).

A análise da tuberculose, requer, ainda, um outro conceito fundamental que diz respeito à vulnerabilidade. Esse conceito foi amplamente difundido a partir da ocorrência da epidemia da Aids no início dos anos 80, quando buscava-se avançar para além da abordagem tradicional das estratégias de redução de risco, no âmbito das diferentes etapas históricas da epidemia da doença e suas correspondentes formas de resposta científica, técnica e política.

Inicialmente, o conceito foi impulsionado com o movimento pelos direitos das mulheres, ocasião em que a noção de “*empowerment*” – empoderamento - trouxe uma perspectiva crítica para os modelos comportamentalistas, afirmando-o como resultante de inúmeros determinantes econômicos, políticos e jurídicos, desigualmente distribuídos entre as variadas culturas, países, segmentos sociais, gêneros e faixas etárias (Batliwala, 1994).

Posteriormente, Watts e Bohle, em 1993 introduziram outros três termos: “*connectedness*”, relacionado à prevenção da Aids em caráter global, mas com ações locais; o outro termo, “*entitlement*”, que refere-se ao direito das pessoas, garantindo aos indivíduos uma esfera de autonomia e competência própria (*person’s agency*), livre de ameaças ou constrangimentos, dentro dos limites impostos pelos direitos dos outros e a política econômica, relacionada à organização estrutural-histórica da

sociedade e suas decorrências. Desse modo, a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida, distribuem-se de maneira diferente segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e relaciona-se com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional (Sanchez, 2003).

Uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade é aquela dirigida à infecção pelo HIV e AIDS centrada no comportamento individual como sendo o determinante final da vulnerabilidade à infecção (Mann, 1993).

Outra possibilidade é aquela que propõe três tipos de estrutura para a análise do conceito relacionado ao comportamento individual, à vulnerabilidade coletiva e à vulnerabilidade social. O comportamento individual está relacionado ao conhecimento, ao comportamento, à inserção social e ao acesso à informação. A vulnerabilidade coletiva se refere à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social avalia as realidades sociais. Para tanto, Ayres (1997) baseia-se em alguns indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas: acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde, acesso aos serviços de saúde, mortalidade no grupo de menores de cinco anos, situação da mulher, índice de liberdade humana, relação entre despesas militares e gastos com educação e saúde e índice de desenvolvimento humano (Ayres, 1997).

Esse modelo centrado na vulnerabilidade no âmbito individual (Mann, 1993) não contempla aspectos comportamentais e cognitivos. Assim, uma nova linha de estudos relacionados ao controle da Aids, incorpora a perspectiva psicossocial, relacionando o conceito de vulnerabilidade à

alguns elementos estruturais da sociedade, tais como: desigualdade de renda, educação e acesso a serviços; vulnerabilidade relacionada aos aspectos fisiológicos e relações de gênero e vulnerabilidade na esfera da significação, integrando o conceito de risco (Sanchez, 2003).

Ayres (1997) define vulnerabilidade como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, acarretando maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de forma inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção dos indivíduos contra as enfermidades (Ayres, 1997).

Por isso, o autor propõe que as análises de vulnerabilidade envolvam a avaliação articulada de três eixos interligados: **vulnerabilidade individual**, relacionada ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; **vulnerabilidade social**, relacionada à obtenção de informação, às possibilidades de representá-las e ao poder de incorporar as mudanças práticas, desdobradas em escolarização, acesso a meios de comunicação, poder de influenciar decisões políticas e; **vulnerabilidade programática**, relacionada à disponibilidade de recursos sociais, gerenciamento e monitoramento dos recursos existentes nos diferentes níveis de atenção.

Nota-se que o conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo se expor a uma doença, mas busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o

conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema (Ayres, 1999).

A discussão sobre a vulnerabilidade convida a uma reflexão sobre as práticas de saúde, redefinindo estratégias e ações de forma a contemplar as necessidades das populações.

Assim, neste presente estudo, pautou-se na lógica da determinação social da saúde-doença, admitindo-se que as pessoas, a depender das condições de vida e de trabalho a que estão expostas, evidenciam padrões distintos de desgaste e de fortalecimento que podem estar implicados na manifestação da doença. Assim, buscou-se identificar elementos que se configuram como potenciais de desgaste na manifestação da tuberculose, no caso de pacientes matriculados junto ao Distrito Sanitário de Santa Felicidade. Ademais, o conceito amplo de vulnerabilidade, integrando os eixos relativos à vulnerabilidade individual, programática e social constitui-se como base para o entendimento dos processos que podem induzir ao adoecimento para este grupo populacional.

3.2 Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo descritivo exploratório.

3.3 Cenário de Estudo

O estudo foi desenvolvido junto ao DSSF, que integra a Secretaria de Saúde do Município de Curitiba. O surgimento do bairro de Santa Felicidade deu-se em 1878, com a chegada de imigrantes italianos, os quais viviam da agricultura de subsistência, plantio de milho, vinhedos e hortaliças, criação de animais, assim como prestação de serviços, em armazéns, ferrarias e fabricação de queijos e vinhos, conforme a Secretaria Municipal de Urbanismo de Curitiba (SMU) no ano de 2006.

Nessa época, 15 famílias deslocaram-se do litoral paranaense, estabelecendo-se na região. . A partir do século XX, essa área passou por um grande avanço econômico, com a implantação de vinícolas, produção de alimentos e a abertura de restaurantes típicos (Secretaria Municipal de Urbanismo-CTBA, 2006).

A heterogeneidade sócio-econômica da região é evidente. As famílias mais abastadas vivem da produção local de vinhos e alimentos, mas há bolsões que apresentam grande risco social, destacando-se a proliferação de favelas, áreas de invasão e comércio de drogas.

Segundo o Instituto Municipal de Administração Pública – IMAP, o empobrecimento da região de Santa Felicidade tornou-se acentuado a partir de 1991, período em que foram introduzidas, no Brasil, políticas de ajuste econômico, que resultaram, ao longo do tempo, em aumento do desemprego e piora importante das condições sociais para determinados grupos sociais (Ruiz, 2006).

Nesta fase, a região de Santa Felicidade recebia famílias vindas de diversas regiões do Paraná, Rondônia e Paraguai, na expectativa de

melhoria da qualidade de vida, já que o município de Curitiba apresentava-se como alternativa que proporcionava melhores oportunidades em relação a essas regiões. No entanto, o empobrecimento da classe operária, o desemprego e a sub-habitação trouxeram problemas, comprometendo a estrutura ambiental, social e financeira. As áreas de invasão tornaram-se freqüentes, aumentando a poluição dos mananciais dos rios, tendo havido aumento significativo da população em situação de exclusão social, da violência urbana, do alcoolismo, da drogadição e de doenças infecto-contagiosas, dentre outros problemas (IMAP, 2002).

A Regional de Santa Felicidade possui população atual de 150.075 habitantes e uma extensão territorial de 11.871,3 hectares, sendo formada por 16 bairros: Butiatuvinha, Campina do Siqueira, Campo Comprido, Cascatinha, Cidade Industrial, Lamenha Pequena, Mossunguê, Orleans, Rivieira, Augusta, Santa Felicidade, São Bráz, São João, Seminário e Vista Alegre. Faz divisa, ao norte, com o município de Almirante Tamandaré; ao sul, com os bairros São Miguel, Santa Quitéria e Vila Izabel, estes pertencentes ao Distrito Sanitário do CIC; a leste, com o bairro Água Verde, pertencente ao Distrito Sanitário do Portão; a oeste, com os bairros de Batel, Bigorriho, Mercês e Pilarzinho, pertencentes ao Distrito Sanitário da Matriz; e a noroeste, com o município de Campo Magro (Secretaria Municipal do Urbanismo-CTBA, 2006).

Com relação aos equipamentos sociais, a região é composta por 42 creches oficiais, 11 creches comunitárias, 38 escolas municipais, 29 escolas estaduais, 12 minibibliotecas e 2 centros municipais de atendimentos

especializados ampliar o horizonte de ação dos profissionais de saúde, além de ter permitir que a população adquira consciência sobre a causalidade das doenças.

No que se refere aos serviços de saúde, fazem parte da região, o Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que uma oferece atendimento por 24 horas e um centro de especialidades médicas.

Curitiba tem os serviços descentralizados, cabendo aos 8 Distritos Sanitários (DS), oferecerem à população recursos técnico-administrativos que facilitem o acesso aos serviços essenciais, como: agências do trabalhador, sub-sedes de redes de abastecimento de água e luz, Conselho Tutelar, Secretarias do Abastecimento e Esporte e Lazer, bem como o Armazém da Família, onde a população de Curitiba realiza compras de alimentos e produtos de primeira necessidade com preço acessível. Coordenado pela SMS, o DSSF tem como objetivo, gerenciar e apoiar administrativamente as unidades municipais de Saúde localizadas no território de abrangência. Cada DS, possui atribuições específicas: apoiar ações de controle de doenças e agravos, representadas pelo serviço de Vigilância Epidemiológica; receber queixas, inspecionar/liberar licenças sanitárias para os estabelecimentos comerciais e de saúde, que impliquem riscos à saúde da comunidade (panificadoras, açougues, farmácias, clínicas, hospitais, dentre outros) e, ainda, realizar outras ações pertinentes ao papel de apoio e gerenciamento do sistema de saúde, embasadas na Vigilância Sanitária.

3.3.1 Atuação da Vigilância Epidemiológica de Curitiba no Controle da Tuberculose

A tuberculose é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória, e cabe ao Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE), identificar as possíveis fontes de infecção bem como investigar os contatos. Este serviço está pautado nas seguintes funções: coleta, processamento, análise e interpretação de dados, recomendação e promoção de medidas de controle, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, além de sua divulgação (Aguilar, 2005).

O SVE do Município de Curitiba foi descentralizado a partir de 1992, quando foi reforçada a incorporação da epidemiologia como instrumento para orientar os investimentos e as ações programáticas na perspectiva da reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada DS tem hoje uma Coordenação de Vigilância em Saúde que engloba as ações de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba , 2006).

As ações relativas ao diagnóstico e tratamento da tuberculose foram descentralizadas para a rede municipal a partir de 1995, incluindo a estruturação do laboratório municipal para a realização de baciloscopia e cultura (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba , 2006).

O incentivo à realização de baciloscopia para os pacientes que apresentavam sintomatologia compatível com a tuberculose propiciou o

aumento do diagnóstico das formas pulmonares bacilíferas, responsáveis por 62% dos casos em 2003, superando o preconizado pelo Ministério da Saúde, que estima em 50% os casos bacilíferos. Como estratégia de intervenção, em 2001, foi implantado o tratamento supervisionado, que propõe a supervisão da ingestão dos medicamentos pela equipe de saúde, assegurando que o doente não abandone o tratamento (Secretaria Municipal da Saúde-CTBA, 2006; Ministério da Saúde, 2003).

Atualmente, 74,5% dos pacientes de todas as formas de tuberculose submetem-se à supervisão da ingestão medicamentosa, índice que ultrapassa o estimado pelo Ministério da Saúde, que é de 55%. No entanto, a despeito dos altos índices de adesão ao tratamento supervisionado, o município de Curitiba, em 2003, apresentou taxa de cura correspondente a 71%, demonstrando que ainda não foram alcançados os indicadores acima de 85% preconizados pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2004d).

Com este cenário e com o objetivo de melhorar as metas de adesão e cura, o mesmo Município implantou, no segundo semestre de 2004, o Programa de Apoio Nutricional ao Paciente com Tuberculose (PAN), que está contemplado no documento “Ações de implementação ao Diagnóstico e Controle da Tuberculose” (Secretaria Municipal de Saúde -CTBA, 2006). Esse Programa garante ao paciente em tratamento e que apresente limitadas condições financeiras, vale no valor de R\$ 30,00 mensais, a ser gasto nos “Armazéns da Família”, para a compra de alimentos e/ou produtos

de higiene e limpeza. A proposta é buscar manter o paciente até o final do tratamento para que os índices de abandono diminuam.

Ainda como parte das “Ações de Implementação ao diagnóstico e Controle da Tuberculose”, foi elaborado um fluxograma de atendimento dos casos suspeitos de tuberculose, adotado em todas as unidades de saúde do município de Curitiba, buscando-se padronizar a assistência aos pacientes ((Secretaria Municipal de Saúde - CTBA, 2006).

Outra estratégia utilizada pelo município de Curitiba para ampliar a eficiência no diagnóstico, promover a cura e intensificar a busca dos sintomáticos respiratórios e dos contatos dos pacientes é o Programa Informatizado da Tuberculose, por meio do prontuário eletrônico. Tal Programa visa padronizar e facilitar o trabalho dos profissionais de saúde que atuam diretamente no diagnóstico e controle da tuberculose no Município (Secretaria Municipal de Saúde -CTBA, 2006).

O Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) também realiza, anualmente, a partir de 2004, varreduras para a detecção de sintomáticos respiratórios. Nesse processo, cada unidade de saúde implementa ações junto à população da sua área de abrangência, onde a equipe de saúde, em parceria com os profissionais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), realizam visitas domiciliares, informando a cada família sobre o modo de transmissão da tuberculose pulmonar, bem como medidas preventivas a serem tomadas; caso haja algum sintomático respiratório naquele domicílio, coleta-se uma amostra de escarro e orienta-se o usuário

a procurar a unidade de saúde para a realização de exames complementares, a fim de se concluir o diagnóstico.

A opção pelo cenário de estudo correspondente ao DSSF decorre do fato de Curitiba encontrar-se em sexto lugar na incidência de casos de tuberculose no Brasil e pelo fato do DSSF apresentar-se em quinto lugar no número de casos registrados no ano de 2004 (Centro de Vigilância Epidemiológica -CTBA, 2005).

Nesse Distrito, havia, entre maio de 2004 e maio de 2005, 59 casos confirmados de tuberculose, concentrados nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde Campina do Siqueira e São Braz.

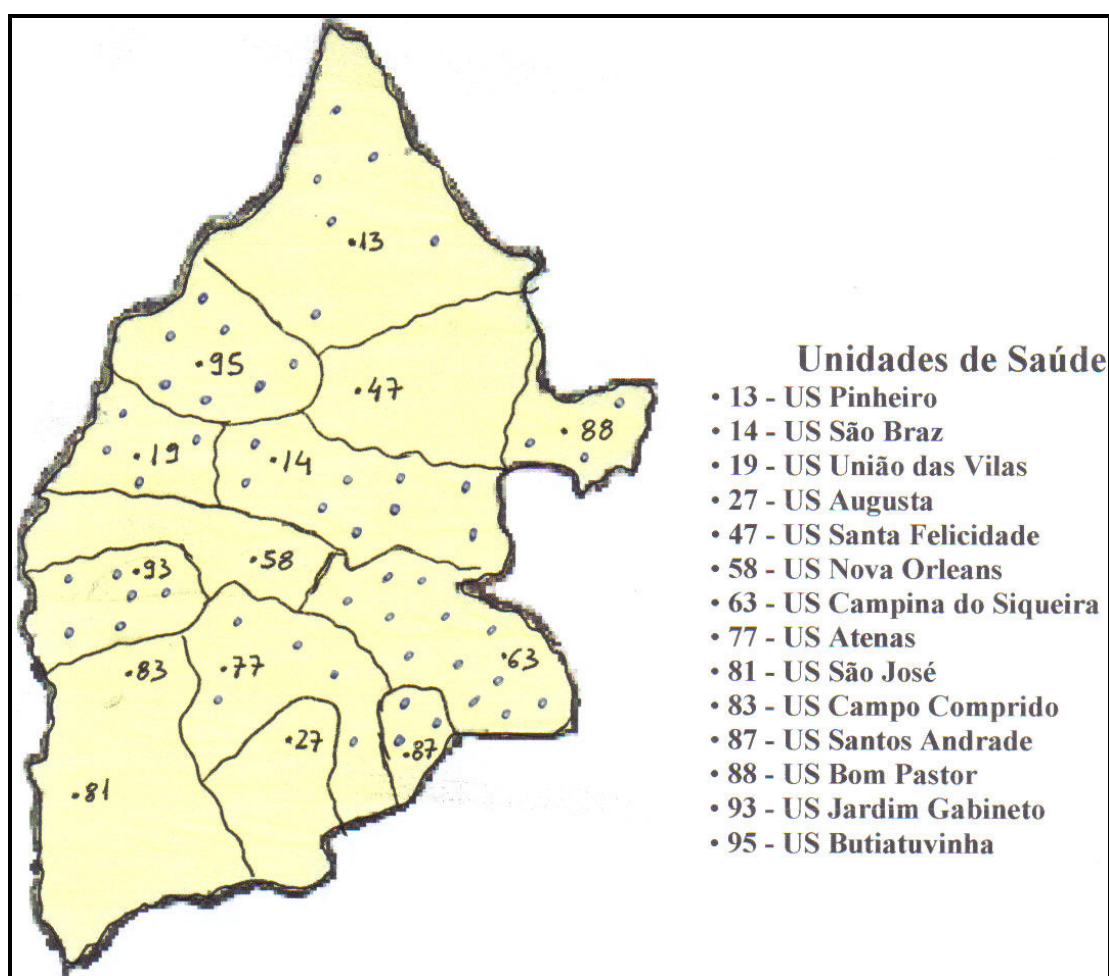


Figura 1 – Distribuição espacial dos casos de tuberculose do DSSF (maio/2004 à maio/2005), investigados no presente estudo, por unidade básica de saúde. Os números que antecedem os nomes de unidades são referentes ao cadastramento que cada Unidade de Saúde possui na Secretaria de Saúde de Curitiba, de acordo com o período de inauguração de cada um destes estabelecimentos.

3.4 Os Sujeitos da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido com usuários da área de abrangência do DSSF notificados e tratados por tuberculose, no período entre maio de 2004 a maio de 2005, totalizando 59 pacientes. Os pacientes foram convidados a participarem do estudo, apresentando-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Somente 26 participaram das entrevistas realizadas, uma vez que dos restantes, 15 haviam mudado de endereço, 5 foram à óbito; 6 recusaram participar, alegando desinteresse sobre o assunto; 4 não foram encontrados no domicílio, apesar de terem sido revisitados por mais duas ocasiões e 3 encontravam-se em sistema de encarceramento.

3.5 Os Instrumentos para a Coleta de Dados

Os dados foram coletados junto aos pacientes, através da aplicação de um formulário, contendo perguntas abertas e fechadas, o qual foi inicialmente submetido a pré-teste (Anexo C).

3.6 Período de Coleta de Dados

Os dados foram coletados entre julho a agosto de 2005.

3.7 Categorias do estudo

3.7.1 Categoria analítica

Constituíram-se como categorias de análise, os elementos que poderiam contribuir, potencialmente, aos processos de desgaste e ou de fortalecimento para a tuberculose, assim como para a vulnerabilidade dos sujeitos acometidos.

3.7.2 Categorias empíricas

Admitindo-se a interpretação social do processo saúde-doença, constituíram-se como categorias empíricas, as que se seguem:

a) Relativas à caracterização geral do cliente

- Sexo
- Idade
- Local de nascimento
- Local de residência atual
- Tempo de residência no bairro

- Grau de escolaridade do cliente e da mãe

b) Relativas ao perfil de reprodução social

- Propriedade de moradia
- Condições da moradia com relação a saneamento básico e luz elétrica
- Número de pessoas por cômodo, utilizado como dormitório
- Número de pessoas residentes no domicílio
- Acesso a alguns bens materiais
- Auxílio na compra de alimentos
- Acesso a plano privado de saúde

c) Relativas ao processo de produção social

- Inserção no mercado de trabalho
- Ramo de atividade
- Posição no trabalho
- Rendimento do trabalho
- Benefício em função do trabalho

d) Relativas ao processo saúde-doença

- Tipo de tuberculose
- Sinais e sintomas apresentados anteriormente à procura do serviço de saúde
- Conhecimento e concepções sobre a doença por ocasião do diagnóstico

- Menção ao efeitos da doença sobre a vida
- Período de tratamento
- Acesso à informação sobre a doença antes do diagnóstico
- Conhecimento sobre o tipo de tuberculose que tratou

e) Relativas ao perfil da assistência
Adesão à assistência

- Dificuldades
- Facilidades
- Acesso ao benefício de suplementação nutricional da UBS

3.8 Etapas do Estudo

O projeto foi inicialmente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP) e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, obtendo-se sua aprovação (Anexo D).

Os dados foram obtidos por meio de visita domiciliária e entrevista às pessoas matriculadas com diagnóstico de tuberculose pulmonar, no período de maio de 2004 a maio de 2005. As entrevistas ocorreram nos períodos da manhã e tarde, de segunda à sexta feira e foram realizadas pela pesquisadora e por duas alunas da graduação do curso de Enfermagem da UTP, devidamente treinadas para a aplicação do instrumento de coleta de dados.

3.9 Sistematização e Análise Estatística dos Dados

Os dados foram captados, inicialmente, através do SINAN e, em seguida, efetuou-se a descrição dos valores médios para o período, de acordo com as variáveis citadas anteriormente.

Os dados encontram-se expressos por freqüências e percentuais. Intervalos de 95% de confiança foram construídos para estimar percentuais de indivíduos com determinadas características. Para avaliação da homogeneidade de distribuições foi usado o teste de Qui-quadrado, considerando-se o nível de significância de 5%. A análise estatística foi realizada com o auxílio do software *Statistica*.

A significância estatística de um resultado é uma medida estimada do grau em que este resultado é “verdadeiro”, no sentido de expressar o que realmente ocorre na população. O valor do p representa um índice decrescente da confiabilidade de um resultado. Assim, quanto mais alto, menos se pode acreditar que a relação observada entre as variáveis na amostra é um indicador confiável da relação entre as respectivas variáveis da população.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra da pesquisa totalizou 59 sujeitos. No entanto, foi possível ter acesso aos depoimentos de 26, o que resultou em somente 46,4%.

Os principais problemas e intercorrências foram:

- O endereço não foi localizado/não existência do número da rua (15);
- Paciente falecera em 6 meses (5);
- Paciente não morava no endereço, cumprindo pena no cárcere (3);
- Paciente recusou a participar da entrevista; visita realizada em 3 períodos diferentes, sem sucesso (6).

A amostra reduzidas de pessoas entrevistadas, pode contribuir para o viés dos dados, os quais serão expostos a seguir.

4.1 Caracterização Geral do Cliente.

Conforme demonstra a Tabela 1 , a maior parcela de sujeitos entrevistados pertencia ao sexo masculino 19 (73%). Quanto à faixa etária, no grupo de mulheres, a idade predominante foi a de 15-30 anos, conformada por 4 pessoas, representando 57% do total. Para os homens, as faixas etárias predominantes foram de 30-45 anos e de 45-60 anos, totalizando 14 pessoas (73,6%). Não houve significância estatística quanto à

diferença na distribuição de idade entre mulheres e homens ($p=0,15$). Analisando-se os sujeitos segundo as categorias sexo e idade, verifica-se distribuição relativamente uniforme entre as faixas etárias, destacando-se um único indivíduo, do sexo masculino, com faixa etária acima de 60 anos. É importante destacar, novamente, que o presente estudo contempla uma amostra reduzida de casos, o que pode comprometer a confiabilidade dos resultados estatísticos.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), no Brasil, a faixa etária predominante de pacientes acometidos pela tuberculose é de 20-39 anos; na região norte do Brasil, a faixa etária predominante é a acima de 60 anos. Ora, 65,3% da população do presente estudo encontrava-se na faixa etária entre 15 a 45 anos, o que é relevante, na medida em que refere-se à idade economicamente produtiva.

Especificamente no Estado do Paraná, a faixa etária mais acometida pela doença, encontrava-se em 2005 entre 20-59 anos, com taxa de incidência de cerca de 42,09 por 100 mil habitantes. Tal incidência, nessa faixa etária, coloca o Estado do Paraná em 9º lugar, considerando-se as demais Unidades Federadas do País (Ministério da Saúde, 2006).

Em estudo realizado por Oliveira (2004) na Cidade de Campinas, em São Paulo, entre 1993 a 2000, dos 4.680 casos notificados, 71,3% eram indivíduos do sexo masculino, predominando a faixa etária entre 20-39 anos. Ao se analisar também a mortalidade por tuberculose no mesmo Município, a autora verificou que esta é maior na idade adulta, na faixa que compreende os 30-39 anos e para o sexo masculino, ocorrendo decréscimo

até os 70 anos de idade. Para o sexo feminino, a concentração de óbitos ocorreu no grupo etário dos 30-39 anos, não apresentando padrão de decréscimo regular.

No início da década de 80, houve tendência à redução das taxas de mortalidade da tuberculose, com valores mais estáveis nos anos mais recentes. Destaca-se que com a quimioterapia, esse indicador deixou de apresentar a sensibilidade necessária para caracterizar adequadamente a situação epidemiológica da doença, já que pode haver um grande risco de adoecimento sem que ele se reflita nas taxas de mortalidade .

A esse respeito, ao analisar a mortalidade da tuberculose por grupos etários, no Brasil, na década de 80, Paes (1999) verificou que, para o sexo masculino, a faixa etária predominante foi dos 25 aos 39 anos com decréscimo até os 70 anos; para o sexo feminino, o valor mais elevado ocorreu no grupo etário dos 20 aos 24 anos, apresentando decréscimo até 70 anos, sendo verificados alguns grupos etários que não seguiram um padrão de decréscimo regular.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo idade e sexo. DSSF, Curitiba, 2005

IDADE (em anos)	SEXO				TOTAL	
	Feminino		Masculino		N	%
	n	%	n	%		
15 - 30	4	57,0	4	21,0	8	30,7
31 - 45	2	28,5	7	36,8	9	34,6
46 - 60	1	14,2	7	36,8	8	30,7
61 e +	-	-	1	5,2	1	3,8
TOTAL	7	100,0	19	100,0	26	100,0

4.1.1 Local de Nascimento

A Tabela 2 apresenta o local de nascimento dos usuários que integraram o estudo. Evidencia-se que 84,6% dos sujeitos entrevistados eram procedentes do próprio Estado do Paraná, seguidos por 7,7% do Rio Grande do Sul, 3,8% do Estado de São Paulo e de igual taxa de Minas Gerais. Apesar da área de abrangência do DSSF, ter recebido grande contingente de imigrantes, nas décadas de 80 e 90, a grande maioria dos sujeitos pertencem ao Estado do Paraná, o que pode indicar migração intermunicipal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a região Sudeste apresentou as mais altas taxas de incidência da tuberculose, principalmente São Paulo, com 51,9 casos por 100 mil habitantes; Minas Gerais, com 33,0. Já a região Sul apresentou, no Paraná 30,8; no Rio Grande do Sul, 30,1. Esses dados são importantes, pois, conforme se pôde verificar através dos dados apresentados anteriormente, alguns sujeitos que participaram da pesquisa são provenientes de regiões com taxas relevantes em relação à enfermidade.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o local de nascimento. DSSF, Curitiba, 2005

Local de Nascimento	n	%
PR	22	84,6
RS	2	7,7
SP	1	3,8
MG	1	3,8
TOTAL	26	100,0

4.1.2 Local de Residência Atual

A Tabela 3 destaca um percentual maior de sujeitos que residiam no bairro Campo Comprido (34,6%), que concentra indústrias e comércio e que disponibiliza grande oferta de trabalho. Porém, é nesse local que também se concentram bolsões de pobreza, quatro favelas e montante expressivo de trabalho informal. Em seguida, verificou-se pacientes oriundos do bairro São Braz, outra região de intensa atividade econômica e populosa, perfazendo 23,1% dos sujeitos entrevistados; 15,4% residiam no bairro Mossunguê, que faz divisa com o Distrito Sanitário da Matriz e Distrito do Portão; 11,5% residiam no próprio bairro Santa Felicidade, conhecido pela grande disponibilidade de serviços, além de concentrar pequenos agricultores. Ainda, do total de sujeitos estudados, 7,7% residiam nos bairros Bigorriho e Vista Alegre, predominantemente residenciais. Embora tenham sido observados percentuais maiores de doentes procedentes dos bairros de Campo Comprido e São Braz, a hipótese estatística de distribuição uniforme de doentes nesses bairros não foi rejeitada ($p=0,13$). Mais uma vez coloca-se em questão o fato de que a amostra estudada foi bastante restrita, o que pode limitar a interpretação dos resultados.

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos do estudo, por local de residência atual. DSSF, Curitiba, 2005

Bairro	N	%
C. Comprido	9	34,6
São Braz	6	23,1
Mossunguê	4	15,4
S.Felicidade	3	11,5
Vista Alegre	2	7,7
Bigorriho	2	7,7
Total	26	100,0

4.1.3 Tempo de Residência no bairro

Com relação ao tempo de residência no bairro, 53,8% dos sujeitos entrevistados possuíam residência fixa no período entre 15 e 30 anos; 30,8% residiam no mesmo bairro num período inferior a 15 anos e 15,4% dos sujeitos residem por mais de 30 anos no mesmo local. Destaca-se, portanto, a aparente fixação das pessoas no território.

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo tempo de residência no bairro. DSSF, Curitiba, 2005

Período (em anos)	N	%
< 15	8	30,8
15-30	14	53,8
31-45	4	15,4
TOTAL	26	100,0

4.1.4 Grau de Escolaridade do Cliente e da Mãe

Na Tabela 5, pode-se verificar o grau de instrução do sujeito e de sua mãe, já que esta é uma variável que nos aproxima, em parte, da situação de grupo social das famílias. Identificou-se predominância do analfabetismo das mães dos sujeitos (38,5%); seguido do percentual de 30,8% com o ensino fundamental incompleto. Nenhuma tinha o curso superior. Em relação ao grau de instrução dos sujeitos da pesquisa, 42,3% afirmaram ter o ensino fundamental incompleto; 23,1% afirmaram ter o ensino médio completo; 15,4% eram analfabetos e somente 3,8% haviam concluído o nível superior.

Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo grau de instrução seu e de sua mãe. DSSF, Curitiba, 2005

Período (em anos)	Paciente		Mãe	
	n	%	n	%
Analfabeto	4	15,4	10	38,5
Fundamental incompleto	11	42,3	8	30,8
Fundamental completo	3	11,5	5	19,2
Medio incompleto	1	3,8	-	-
Médio completo	6	23,1	3	11,5
Superior completo	1	3,8	-	-
TOTAL	26	100,0	26	100,00

O intervalo de 95% de confiança para o percentual de doentes analfabetos ou com ensino fundamental incompleto é de 38,7% a 76,7%. Este intervalo de confiança para as suas mães é de 51,5% a 87,0%, o que evidencia a importância desse aspecto na análise dos dados.

A escolaridade está intimamente associada ao processo saúde-doença. O baixo grau de escolaridade reduz as chances de obtenção de

informações e de consciência a respeito da inter-relação entre a vida, o trabalho e a saúde. Ademais, o baixo nível educacional pode restringir as possibilidades de participação social no sentido da proposição e intervenção para a transformação das condições sociais.

No sentido de ações para combater a analfabetismo, o Programa Brasil Alfabetizado, criado logo no primeiro ano do atual governo, representa um avanço no enfrentamento do analfabetismo no País. Ele transforma o que eram apenas ações pontuais em uma política pública integrada, com a participação de governos estaduais, prefeituras, instituições de ensino superior e organizações não governamentais (Ministério da Educação, 2006).

Os resultados do presente estudo revelam uma faceta da realidade brasileira e corroboram com a literatura, verificando a maior incidência da tuberculose nos estratos sociais com padrão de menor escolaridade (Vendramini, 2005). Evidencia-se, também a vulnerabilidade social, pois a baixa escolaridade pode influenciar os indivíduos na obtenção de informações acerca da doença, assim como o acesso à informações de maneira geral e porque não mencionar, o acesso à qualidade de vida.

4.2 Caracterização do cliente em relação ao processo saúde-doença

4.2.1 Tipo de tuberculose

Conforme a Tabela 6, 84,6% (22) dos sujeitos da pesquisa apresentavam tuberculose pulmonar e 3,8% (1) desenvolveram a forma extrapulmonar, especificamente tuberculose pleural. Estes dados evidenciam a predominância da forma pulmonar, indo de encontro aos dados epidemiológicos do Centro de Vigilância Epidemiológica de Curitiba quando, no primeiro semestre de 2005, 385 usuários foram notificados por tuberculose pulmonar e 138 usuários por tuberculose extrapulmonar. A predominância da forma pulmonar coincide com a distribuição estimada para o Brasil pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2005).

Veronesi (2004), afirma que a tuberculose extrapulmonar está associada aos focos extrapulmonares desenvolvidos em pacientes infectados no passado. A dificuldade de crescimento dos bacilos, em condições diferentes das observadas no pulmão, onde a concentração de oxigênio é muito maior do que em outro lugar do organismo, “atrasa” a possibilidade de adoecimento nestes sítios extrapulmonares, como, por exemplo: intestino, pleura, olhos, gânglios e outros. Este fenômeno seria o responsável pelo comportamento epidemiológico da tuberculose extrapulmonar.

Ainda no que diz respeito ao presente estudo, vale ressaltar que 11,5% (3) dos sujeitos desconheciam o tipo de tuberculose da qual trataram.

Ainda que exemplo bastante diferente da situação relacionada ao presente estudo, Ozaki (2002) afirma, em pesquisa realizada numa penitenciária do Estado de São Paulo, que dos 135 trabalhadores entrevistados, 60% responderam que a tuberculose só ataca os pulmões, 34,8% vários órgãos, com preferência pelos pulmões e 5,2% não sabiam.

Com estes dados, o autor concluiu que foi possível planejar um treinamento com o objetivo de orientar os trabalhadores da instituição quanto ao risco ocupacional, bem como implementar informações sobre os vários tipos de tuberculose, intensificando a busca de casos suspeitos para o diagnóstico e tratamento adequados.

As informações encontradas no presente estudo podem evidenciar, por um lado, a carência de informações que podem ser adquiridas no âmbito da assistência à saúde e, por outro, revela que, a despeito das políticas públicas existentes no Brasil, para o combate à tuberculose, estas parecem não ser suficientes para modificar a situação de conhecimento em relação à enfermidade, o que suscita dúvidas em relação às estratégias utilizadas para a realização de ações voltadas à educação em saúde.

Para Silva (1996), o processo de educação em saúde constitui-se em uma das áreas fundamentais de atuação em saúde. É por seu intermédio que se desdobram processos, nos quais o indivíduo e a coletividade podem se tornar conscientes de si e de sua relação com o mundo, rompendo a visão tradicional do processo saúde-doença e podendo, então, apreendê-lo como passível de transformação. A educação em saúde deve estar pautada no caráter social das doenças, cuja alteração epidemiológica depende de

mudanças estruturais da sociedade, notadamente daquelas geradoras de exclusão social.

A educação em saúde pode reduzir a desinformação sobre a tuberculose. O profissional de saúde deve buscar a compreensão do indivíduo, da coletividade e da realidade na qual se inserem, pois é a mútua apropriação de tais conhecimentos que torna possível uma intervenção consciente.

Os serviços de saúde são, geralmente, responsabilizados apenas pela cura, prevenção e tratamento de doenças. O caráter educativo das ações em saúde é, via de regra, restrito, pois se desenvolvem ações pontuais sobre a doença. Ora, é necessário tornar os serviços de saúde como mais um espaço de formação permanente do cidadão, incorporando novos elementos educativos além daqueles destinados à aquisição de hábitos para a cura da enfermidade (Severino, 1986).

Para Stotz (1993), a educação em saúde tem cumprido um papel importante diante do crescente interesse na prevenção e promoção da saúde. O autor menciona que, ainda que ações de prevenção sejam mais desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, ainda prevalece a tônica de caráter eminentemente médico, centrada no biológico, na orientação e organização das atividades de educação sanitária.

Conhecer a respeito do próprio processo saúde-doença guarda, ainda, relação direta com o direito à saúde, direito de saber o que está ocorrendo com o organismo, e direito de dispor de instrumentais para o enfrentamento dos processos mórbidos. Os achados do presente estudo

revelam graus limitados de escolaridade, o que pode também associar-se à questão levantada no presente item, que diz respeito à possibilidade de entendimento sobre o que é a doença, seus determinantes e as possibilidades de superação. Coloca-se, portanto, essa informação, como mais um potencial de vulnerabilidade em relação à amostra estudada.

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o tipo de tuberculose. DSSF, Curitiba, 2005

Forma	n	%
Pulmonar	22	84,6
Não sabiam	3	11,5
Extra-pulmonar	1	3,8
Total	26	100,0

4.2.2 História da doença

Com relação à história da doença, ressalta-se que 11,5% dos sujeitos entrevistados afirmaram já tê-la tratado anteriormente. Este dado é importante porque demonstra abandono de tratamento. Segundo Ministério da Saúde (2002), a alta por abandono de tratamento será dada ao doente que deixou de comparecer à UBS por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para o seu retorno. O processo de resistência na tuberculose está muito associado ao abandono, levando ao recrudescimento da doença.

Para muitos destes pacientes, as lesões tuberculosas avançam por reativações repetidas e por tratamentos inadequados, os quais favorecem o aparecimento de cepas mutantes resistentes do *Mycobacterium tuberculosis* a uma ou mais drogas (Ferreira, 2005). Em estudo realizado em Recife (PE)

revela que o retratamento para tuberculose apresenta percentual total de resistência em torno de 39,7%, neste sentido, a informação contínua e esclarecedora é parte fundamental para o sucesso do Programa de Combate à Tuberculose, principalmente para os pacientes com história de abandono, os quais deverão ser tratados como grupo prioritário, na tentativa de se evitar o agravamento da formação da resistência bacteriana, o que pode levar ao insucesso do Programa (Ferreira, 2005).

4.2.3 Sinais e sintomas apresentados anteriormente à procura do serviço de saúde

Quanto aos sinais e sintomas apresentados anteriormente à procura de assistência, foram mais freqüentemente mencionados: tosse (61,5%), emagrecimento (42,3%), febre e sudorese (38,5%, respectivamente). Dentre os doentes com tuberculose pulmonar, estes percentuais foram semelhantes: 68,2% tiveram tosse, 45,5% emagreceram e 31,8% apresentaram febre ou sudorese. Com relação aos sujeitos que não sabiam o tipo de tuberculose tratada, foram obtidos os resultados a seguir: 33,3% apresentaram febre, tontura e “íngua” e 66,7% apresentaram sudorese (Tabela 7).

A tuberculose, na sua manifestação clínica, possui sintomas clássicos, como tosse, hemoptise, dispnéia, dor torácica, rouquidão, incluindo também sintomas gerais, como febre e sudorese e perda ponderal (Veronesi, 2004). Na tuberculose pulmonar, a tosse esta presente em

praticamente todos os casos, sendo que no início é seca, evoluindo para expectoração mucosa ou purulenta. A febre e a sudorese também ocorrem em grande escala devido ao processo inflamatório iniciado pela replicação do bacilo. A resposta orgânica, a febre, ocorre para a manutenção da temperatura corpórea, assim como a sudorese, que aparece à noite. A perda ponderal é proporcional ao tempo de existência e à extensão da doença (Veronesi, 2004).

Romeiro (1980) define o sintoma como sendo o caráter invisível da doença, pois nada mais é que sensações que o indivíduo experimenta e só pode expressar por meio de palavras. Já o sinal, faz parte do aspecto visível da doença, e diz respeito principalmente ao domínio médico, pois se constitui de sua observação e do exame físico.

Segundo Foucault, o destaque ao sintoma como a única forma de acesso à doença no sentido hipocrático perdura até o século XVIII. Para ele, com o advento da clínica anátomo-patológica há uma reformulação do saber, onde a semiologia médica passa a ser um conjunto de técnicas que permite aliar a leitura dos sintomas com a pesquisa dos sinais onde entram em jogo a escuta e o olfato, além do *olhar* já existente. Com o advento da patologia, o acesso à doença tornou-se visível (Ferreira, 1994).

Tabela 7 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo sinais e sintomas apresentados e segundo a forma da doença. DSSF, Curitiba, 2005

Sinais e sintomas	Tuberculose pulmonar (n=22)		Tuberculose extra pulmonar (n=1)		Não sabem o tipo de tuberculose (n=3)		Total (n=26)	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Tosse	15	68,2	-	-	-	-	16	61,5
Emagrecimento	10	45,5	-	-	-	-	11	42,3
Febre	7	31,8	-	-	1	33,3	10	38,5
Sudorese	7	31,8	1	100	2	66,7	10	38,5
Dor abdominal	2	9,1	-	-	-	-	1	3,8
Catarro	1	4,5	-	-	-	-	2	7,7
Vômitos	1	4,5	-	-	-	-	2	7,7
Tontura	1	4,5	-	-	1	33,3	1	3,8
Gripe	1	4,5	-	-	-	-	1	3,8
“Íngua”	1	4,5	-	-	1	33,3	1	3,8

4.2.4 Conhecimento e concepções sobre a doença por ocasião do diagnóstico

A Tabela 8 demonstra que 84,6% dos sujeitos do estudo referiram não saber que tinham tuberculose antes do diagnóstico e os demais afirmaram desconfiar da doença pelos sintomas apresentados.

Este achado é muito importante e também está relacionado à informação sobre a saúde-doença. Ainda é importante destacar que, a despeito do fato de que a tuberculose é doença que está presente nos cenários epidemiológicos, a sua identificação a partir dos sinais e sintomas não é direta e, tampouco, imediata.

Para Ferreira (1994), o corpo é um reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. Ao corpo se aplicam sentimentos,

discursos e práticas que estão na base da vida social. A noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa.

Com o intuito de buscar apreender com maior profundidade essa concepção, perguntou-se aos indivíduos entrevistados, por ocasião das entrevistas, alguns depoimentos. Através dos relatos dos sujeitos, evidencia-se a associação da tuberculose ao estilo de vida, mais especificamente relacionada ao consumo de álcool e ao hábito de fumar: *“é uma doença meio complicada, por causa da bebida e do cigarro e que ataca o pulmão...”*.

Evidenciou-se, também, a associação da tuberculose como algo negativo: *“é quando tem pus no pulmão...”* e *“é uma sujeira no pulmão...”*; e que altera hábitos, como a alimentação: *“doença ruim que tira a vontade de comer e faz vomitar...”*. Este fato é relevante na medida em que a má alimentação ou a alimentação inadequada durante o tratamento, poderá comprometer a recuperação do paciente. Neste relato, a concepção sobre a doença está ligada ao estigma da doença como algo ruim, o qual prejudica os padrões alimentares do indivíduo.

Por outro lado, verificou-se, também que a tuberculose está associada à algo grave: *“infecção no pulmão, perigosa e se não tratar ela mata...”*. Em outro depoimento, o paciente correlacionou a tuberculose à AIDS em termos de desfecho: *“doença que era igual a Aids antigamente, mas hoje tem cura, é só tratar...”*

A noção de gravidade da doença se revela a partir do momento em que os sinais e sintomas começam a se manifestar, existindo uma oscilação da doença como grave, porém passível de cura, desde que haja tratamento.

Verificou-se, ainda, que a tuberculose é apreendida como secundária a processos de vias respiratórias, como resfriado, gripe, pneumonia: *“é uma gripe recolhida e com o tempo vai piorando e se manifestando...”*.

É importante enfatizar que as representações sobre a doença expressam a forma como as pessoas, a partir de sua inserção na sociedade, percebem o processo mórbido. As formas como são construídas a cultura, o saber, os olhares e interpretações sobre a saúde-doença, bem como as intervenções sobre esse processo, relacionam-se dialeticamente como o modo como o homem produz a sua própria existência e como se constitui histórica e socialmente (Bertolozzi, 1998).

Tabela 8 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo menção à conhecimento sobre a tuberculose por ocasião do diagnóstico. DSSF, Curitiba, 2005

Resposta	n	%
Não	22	84,6
Sim	4	15,4
Total	26	100,0

4.2.5 Conhecimento sobre a origem da doença

A Tabela 9 evidencia a concepção dos sujeitos sobre a origem da doença: 23,0% afirmaram que a enfermidade era transmitida “pelo ar”; 15,3% por bebida alcoólica, 15,3% afirmaram que a doença era transmitida

pelo cigarro, 11,5% afirmaram que a tuberculose é transmitida por contato íntimo (associando-a à transmissão sexual), 3,8% por drogas e em transporte coletivo e 3,8% por ter entrado em contato com “água de rio”. Com menor expressão, mas também mencionados, evidenciaram-se as representações da doença como associada a “passar fome”, morar na rua, viajar de avião, “... pegou de alguém, da mulherada”, “...pegou na friagem do trabalho”, “...do vício, usando crack”. Entretanto, uma das pessoas entrevistadas, mencionou ter contraído a doença, pois havia feito uso de inalador do filho que se encontrava sob tratamento para tuberculose.

Mesmo que tenha sido expressivo o percentual de pacientes que afirmaram que a enfermidade era transmitida “pelo ar” (23,0%), destaca-se o expressivo contingente de pessoas que mencionaram que a tuberculose está relacionada ao uso de drogas, à promiscuidade, ao fato de passar fome, ou seja, todas situações que envolvem processos de exclusão social.

Mais uma vez destaca-se o importante contingente de pessoas que não souberam responder a questão: 15,3%.

Tabela 9 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o conhecimento sobre a origem da doença. DSSF, Curitiba, 2005

Formas de transmissão	N	%
Ar	6	23,0
Cigarro	4	15,3
Bebida alcoólica	4	15,3
Contato íntimo	3	11,5
Ônibus	2	7,7
Drogas	1	3,8
“Água de rio”	1	3,8
Bebida alcoólica e drogas	1	3,8
Não sabiam responder	4	15,3
Total	26	100,0

Os dados encontrados permitem afirmar, ainda que a despeito do viés decorrente da limitação quantitativa da amostra analisada, que os sujeitos não possuem informações corretas sobre a origem da tuberculose.

Também buscando aprofundar essa questão, durante a coleta de dados os sujeitos mencionaram que a tuberculose é:

“doença contagiosa que não tem previsão de como a gente vai pegar...”

“vírus que ataca o pulmão...”

“é uma bactéria...”

Ainda que esforços para o controle da tuberculose têm sido empregados, é corrente a fragilidade do conhecimento em relação à causa da enfermidade. A esse respeito, Bertolozzi (1998) identificou, em estudo sobre a adesão ao Programa de Controle da Tuberculose, no Município de São Paulo, que a doença continua, para muitos, como desconhecida, tanto em relação ao modo de transmissão, quanto no que diz respeito à cura.

4.2.6 Menção sobre os efeitos da doença sobre a vida

Com relação à opinião dos sujeitos sobre os efeitos da doença sobre a vida, 23,1% relataram depressão ao longo do tratamento; 26,9% tiveram que se afastar do trabalho, por licença médica; 3,8% estiveram internados no Hospital São Sebastião da Lapa, o que foi mencionado como modificador da dinâmica de vida. Para 15,4%, as reações medicamentosas

comprometeram o seu cotidiano. Alguns pacientes mencionaram mais de um efeito da doença em sua vida. Entretanto, foi bastante expressivo (65,4%) o número de sujeitos que afirmaram não terem ocorrido mudanças em suas vidas durante o período de tratamento. Verificou-se 95% de confiança no intervalo de 16,3% a 52,9% que contém o percentual de doentes que afirmam ocorrer algum tipo de mudança na vida decorrente da doença, o que se coloca como muito relevante.

Gozano (1989) em estudo realizado para a avaliação do grau de ansiedade e depressão em pacientes internados por tuberculose, identificou que os pacientes que moravam sozinhos e que encontravam-se afastados do trabalho desenvolveram depressão durante a estada hospitalar.

A manifestação da depressão é um claro reflexo das repercussões da enfermidade sobre o processo de produção social. Segundo Heller (1991), o trabalho é necessário para a reprodução social, sendo elemento dominante da vida cotidiana, produzindo meios e objetos para a satisfação de necessidades de consumo ou de produção. Assim, o que irá regular o fundo da vida é o lugar que o indivíduo ocupa na divisão social do trabalho.

O fato de uma pessoa estar afastada do trabalho, dos familiares para tratamento da tuberculose coloca em pauta a possibilidade de limitação na produção de renda mensal, comprometendo o abastecimento de alimentação para a família.

4.2.7 Período de tratamento

No que se refere ao período de tratamento, a totalidade dos sujeitos afirmou ter tratado esse episódio de tuberculose dentro do esquema terapêutico de seis meses, ainda que estranha-se o fato de que o paciente acometido pela forma extra-pulmonar também tenha feito essa afirmação. De acordo com o Ministério da Saúde (2002), o tratamento das formas extrapulmonares da tuberculose terá a duração de seis meses. Em casos individualizados cuja clínica inicial não tenha sido satisfatória, a tempo de tratamento poderá ser prolongado, por mais três meses.

O seguimento correto do tratamento é essencial para que não ocorra a falência do tratamento em função da multirresistência. A resistência aos quimioterápicos, decorrente de um tratamento incompleto e falta de acompanhamento eficaz, sugere a aparição de cepas resistentes ao tratamento. Cardoso (2004) afirma que, para se evitar novos casos de multirresistência, deve-se recomendar tratamentos iniciais com 6 meses de duração, utilizando o etambutol até o 2º mês de tratamento; utilizar o tratamento supervisionado como recurso para a diminuição do abandono no tratamento; reduzir ao mínimo a influência do setor privado no tratamento e controle da doença; promover a gratuidade total dos medicamentos e a implantação de programa de controle de tuberculose. Países como Argélia, Nova Zelândia, Chile, Uruguai e Cuba são alguns exemplos destas estratégias bem sucedidas (Cardoso, 2004).

A supervisão direta do tratamento é uma das estratégias possíveis de aumentar a adesão. O envolvimento de um profissional de saúde, familiar ou

pessoa da comunidade para acompanhar o tratamento também é uma alternativa de supervisão. O Ministério da Saúde concentra seus esforços em 315 municípios brasileiros, responsáveis por 70% dos casos de tuberculose no País; Curitiba encontra-se no filão de capitais brasileiras em situação prioritária no combate à doença.

Com relação ao tratamento supervisionado, Curitiba apresentou os seguintes dados: em 2002, somente 14,8% dos casos notificados foram acompanhados com supervisão; no ano de 2003 houve um aumento de 59,3% e posteriormente, em 2004 o percentual encontrava-se em 74,6%. Mesmo apresentando um percentual satisfatório, em várias regiões do Brasil, as atividades de controle da tuberculose ainda são restritas (Secretaria Municipal de Saúde, 2006).

4.2.8 Menção à informação recebida sobre a doença

A tabela 10 mostra que 13 (50%) sujeitos mencionaram ter recebido informação sobre a tuberculose por meio de rádio/tv e 7 (26,9%) referiram não ter tido nenhuma informação. Por outro lado, 6 (23,1%) afirmaram ter recebido informação sobre a enfermidade por revista/jornal. Destaca-se que a menor proporção encontrada diz respeito ao acesso de informações sobre a doença nas escolas e este dado chama a atenção na medida em que este espaço, em tese, possui papel relevante na divulgação de informações, bem como na preparação do indivíduo para o exercício da cidadania.

É importante citar que, no início do século XX, a tuberculose já era vista como fenômeno social e começa, então, a ser discutida como objeto de responsabilidade do Estado. As charges eram utilizadas como um meio de comunicação para informar e sensibilizar a população. O primeiro cartaz produzido pela inspetoria da Saúde Pública do Rio de Janeiro, faz um chamamento à luta e ao combate à tuberculose. Os cartazes e almanaques publicados posteriormente, divulgam a doença de forma mais clara e objetiva, informando a população sobre higiene pessoal e coletiva, alimentação e vida em sociedade. Em 1920, as fotografias de jornais e revistas trazem, pela primeira vez, imagens dos representantes da saúde (médicos, enfermeiras e visitadoras) em sua atuação profissional. Assim, o fotojornalismo divulga a ação do governo no combate à doença, tanto em medidas preventivas quanto ao atendimento médico nos consultórios (Nascimento, 2005).

Na década de 50, a televisão chega ao Brasil para revolucionar os meios de comunicação ; no entanto, no que se refere às ações de combate à tuberculose, este recurso é explorado ocasionalmente, comprometendo o acesso à informação da população em geral.

Segundo Rondelli (1995), a televisão, no Brasil, produz uma programação mais voltada a entreter do que a informar. A autora afirma que os conteúdos da informação, nos programas televisivos, tendem a ser despolitizados, já que buscam atender, na maioria das vezes, a interesses privados. Castro (1995) confirma que a televisão produz diversos discursos e efeitos sobre as enfermidades, enviando mensagens contraditórias, por um

lado, promovendo comportamentos fortalecedores e, por outro, promovendo comportamentos que levam ao desgaste do corpo, comprometendo o modo de vida.

Nesse mesmo sentido, Ramos (1995) aponta que os meios de comunicação não podem ser reservados ao uso exclusivo de determinados grupos sociais, sem uma abertura ampla para todos os campos de conhecimento e de aplicação na sociedade. Vale a pena mencionar que o direito à informação está inserido na Lei Orgânica, como um dos princípios do SUS, perpassando os princípios de universalidade e equidade, princípios não plenamente exercido, tal como aponta Pitta (1995, p.258), ao mencionar que os territórios da comunicação-saúde são conformados por “(...) *redes construídas sobre desigualdades profundas, espaços desiguais de concentração tecnológica e diferentes variações na velocidade de acesso à informação (...)*”.

Nos estudos de vulnerabilidade, têm se evidenciado a importância do acesso aos processos comunicacionais na diminuição da suscetibilidade aos agravos e situações adversas, não se tratando meramente de se difundir informação.

Paiva (2002) afirma que, antes de “ensinar prevenção”, é necessário buscar conhecer os interesses, os problemas e as necessidades das pessoas, propiciando ambientes e espaços para a prática da comunicação acerca de crenças, tabus, ideologia, permitindo o aprendizado conjunto, tanto das pessoas envolvidas, quanto dos técnicos que orientam tais atividades.

Tabela 10 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo a fonte de informação recebida sobre tuberculose. DSSF, Curitiba, 2005

Meio/fonte de informação	N	%
TV/rádio	13	50,0
Revista/jornal	6	23,1
Escola	0	-
Não recebeu	7	26,9
Total	26	100,0

4.3 Caracterização da assistência à saúde

Com relação ao número de faltas às consultas durante o tratamento, foram obtidos os seguintes resultados: 11,5% dos sujeitos haviam faltado a uma consulta médica; 11,5% a duas consultas; 3,8% à três; 3,8% à cinco, e 65,4% afirmaram não terem faltado a nenhuma consulta. O usuário que afirmou ter faltado a 5 consultas explicou que foram feitos reagendamentos em horários intermediários (final de expediente) visto que o mesmo possuía jornada de trabalho prolongada, não sendo possível comparecer no horário pré-agendado.

O Ministério da Saúde preconiza que o paciente em tratamento por tuberculose deverá comparecer ao serviço de saúde, pelo menos uma vez ao mês. No município de Curitiba, as UBS atendem o paciente duas vezes ao mês, contemplando uma consulta médica e outra com o enfermeiro. Assim, caso o paciente falte a uma consulta, ele será classificado com faltoso, somente no momento em que ele não comparecer a nenhuma das consultas agendadas, por mais de 30 dias; neste caso ele terá alta por abandono de tratamento.

No processo de coleta de dados, solicitou-se aos pacientes que mencionassem se durante o tratamento, teriam havido facilidades e/ou dificuldades. Foram apontadas como dificuldades: a obtenção de medicamentos e o agendamento de consultas, além da distância entre o domicílio e a UBS, e o relacionamento com os profissionais da UBS.

Do total dos sujeitos entrevistados, 3,8% afirmaram não terem encontrado o medicamento na UBS na data em que foi agendada a sua entrega. Pelo fato de se ter uma amostra pequena, este percentual é significativo, pois a partir da implantação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, a doença foi definida como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações e fixando metas para o alcance de seus objetivos. O Brasil tem investido maciçamente na compra de medicamentos para a tuberculose, no intuito de suprir as necessidades apresentadas para o combate à doença. Secoli (2005) amplia essa afirmação, ao apontar que, face às transformações nos padrões de morbimortalidade, o País vem investindo na compra de medicamentos de maneira geral, incluindo aqueles utilizados na terapêutica de doenças infecto-contagiosas e das doenças crônico-degenerativas.

Cardoso (2005), afirma que a falta de medicamentos ao longo do tratamento poderá acarretar em um possível abandono, visto que os motivos pelos quais os pacientes não aderem ao tratamento estão ligados, entre outros, às questões relacionadas aos efeitos colaterais, ao consumo de álcool e drogas, bem como ao sentimento de falta de alguém que os ajude a tomar a medicação. O papel das instituições de saúde é fundamental para

que o paciente se sinta amparado e seguro. Quando o paciente não se sente acolhido pela instituição e compreendido pelos profissionais que o atendem, ele se torna mais vulnerável ao abandono.

4.3.1 Distância entre o domicílio e a UBS

O mesmo montante anteriormente referido (3,8%) mencionou ter encontrado dificuldade em relação ao transporte coletivo para se deslocar até à UBS, tanto pela distância entre a UBS e o domicílio, como pela demora na sua espera. Vale destacar que, por ser uma amostra pequena, o percentual é significativo no que concerne ao tipo de dificuldade encontrada pelo cliente. A lei 8080 é pautada por alguns princípios, incluindo o processo de regionalização, que deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

Desta forma, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde poderá levar o indivíduo ao abandono do tratamento da tuberculose, a despeito de todas as ações implementadas pelo Ministério da Saúde.

Agendamento de consultas

Em relação à marcação de consultas, a totalidade dos sujeitos entrevistados referiu não ter encontrado dificuldade. Isto é bastante importante, na medida em que a Secretaria de Saúde do Município de Curitiba prioriza as consultas para pacientes em tratamento por tuberculose, conforme mencionado no Manual de Orientação para Utilização do Programa Informatizado da Tuberculose (2005).

Profissionais das Unidades de Saúde

A Tabela 11 demonstra que 58,0% dos sujeitos do estudo qualificaram o relacionamento com os profissionais das UBS como “bom” e 31,0% como “ótimo”. Portanto, o relacionamento com os profissionais de saúde se constituiu como uma facilidade do tratamento. Por outro lado, destaca-se que 8% qualificaram o relacionamento como “ruim”.

Os requisitos referentes ao que se considera uma boa comunicação entre profissionais e doentes compreendem vários fatores que se refletem nas atitudes do profissional em relação ao doente/família no dia à dia de trabalho.

Esse processo vai desde o envolvimento dos familiares, passa pela cordialidade e estabelecimento de uma comunicação que envolve a interação, por meio do contato face a face, o “olho no olho”, de entender o que se passa com o doente, incluindo a criatividade e a flexibilidade no sentido de satisfazer as necessidades do doente/família.

As atividades de comunicação/informação, envolvidas no atendimento do doente com tuberculose, constituem-se no ponto chave de interação entre profissionais de saúde e os doentes (Bertolozzi, 2005).

A prática dos profissionais de saúde não pode constituir-se de simples repasse de informações, negando a oportunidade de reflexão e interação dos atores envolvidos no processo.

Collet e Rosso (1999), estudando a prática educativa desenvolvida por enfermeiros, em um município do interior paranaense, observaram que, na maioria da vezes, essas ações não passam de simples repasse de informações. Os autores salientam que enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF) precisam empenhar-se em esclarecer aos usuários acerca de questões que dizem respeito ao processo saúde-doença, buscando criar condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e de comunicação que leve em conta a condição sócio-cultural de cada comunidade atendida.

Nessa perspectiva, o doente com tuberculose desde o diagnóstico, precisa de informação pertinente, clara e numa linguagem acessível quando se refere aos exames, tratamento e acesso a recursos disponíveis no serviço.

O vínculo entre a equipe de saúde e o doente é fundamental para o sucesso do tratamento da tuberculose, visto que todo o processo de confiança e cumplicidade, obtido entre os sujeitos irá determinar maior ou menor vulnerabilidade.

No entanto, Esperidião (2005), afirma que , no caso dos serviços públicos de saúde, a alta satisfação do usuário em relação ao atendimento recebido pela equipe de saúde pode expressar o receio dos usuários em perder o direito ao serviço, mesmo sendo este de baixa qualidade, fazendo do usuário do sistema público uma espécie de usuário cativo. A autora considera que, antes mesmo de se avaliar a satisfação do usuário com o serviço, é preciso entender quais os mecanismos que o mesmo utiliza para avaliar o serviço em questão, ou seja, entender o processo cognitivo do usuário envolvido na avaliação. Aponta também a necessidade de se buscar no ideário do usuário o significado do termo satisfação, além de aspectos que levam à satisfação e insatisfação.

Tabela 11 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo relacionamento com profissionais da UBS. DSSF, Curitiba, 2005

Qualificação	n	%
Excelente	2	8,0
Ótimo	7	31,0
Bom	15	58,0
Ruim	2	8,0
Total	26	100,0

Tipo de Tratamento

Com relação ao tipo de tratamento, somente 15,4% dos sujeitos do estudo submeteram-se ao tratamento supervisionado.

Desde o lançamento do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose em 1996, o Ministério da Saúde adotou a estratégia DOTS, ou seja, o tratamento supervisionado da tuberculose.

O DOTS, aplicado em sua amplitude, ou seja, não compreendendo apenas o fornecimento de medicação ao paciente, mas, permitindo o acolhimento do paciente, tem se mostrado uma prática efetiva na aderência ao tratamento da tuberculose (Bertolozzi, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2006), desde a implantação da estratégia DOTS, mais de 22 milhões de pacientes foram tratados com base neste serviço.

Considerando que as concepções de saúde e doença são distintas, a imposição de um tratamento medicamentoso, razoavelmente longo, pode não ser facilmente recebida pela grande maioria da população que adoece de tuberculose. A importância da terapia medicamentosa nem sempre pode ser compreendida e aceita pelas pessoas. O acolhimento multidisciplinar do paciente e de seus familiares tem como objetivo propiciar o conhecimento mútuo das impressões sobre doença e tratamento, promover esclarecimentos e procurar estabelecer o vínculo que favoreça a confiança no saber científico (Informe técnico, 2004).

Bertolozzi (1998) aponta que um dos fracassos do Programa de Controle da Tuberculose está associado em atribuir a responsabilidade do tratamento ao doente. O desconhecimento sobre os sintomas da enfermidade, os custos do transporte para dirigir-se ao serviço de saúde e o estigma social da doença são fatores pouco explorados pelos profissionais de saúde, e que interferem sobremaneira na adesão ao tratamento da tuberculose.

Antonie (2006), em recente pesquisa desenvolvida em Londres, afirma que apesar do DOTS ser uma estratégia já implantada em várias cidades da Europa, ainda é muito pouco utilizada. Em outubro de 2004, o programa *Stopping Tuberculosis in England* foi lançado para capacitar profissionais de saúde no controle e detecção de novos casos da doença, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento, visto que o grande movimento migratório, pobreza e exclusão social existentes em Londres dificultam sobremaneira o término do tratamento, desencadeando o abandono e, posteriormente, a multirresistência às drogas.

Inscrição no Programa de Apoio Nutricional do Município de Curitiba

O Programa de Apoio Nutricional ao paciente com tuberculose do Município de Curitiba está focalizado para os pacientes em tratamento da tuberculose, enquadrados nos critérios de baixa renda mensal, aos portadores do vírus HIV e/ou riscos sociais, como: a drogadição, alcoolismo, desemprego e exclusão social. A Tabela 13 demonstra que 80,8% dos sujeitos não foram inscritos no Programa, assim como mencionaram não terem sido informados sobre a sua existência. Cerca de 19,2% receberam o benefício, sendo que um sujeito afirmou repassar vale para a pessoa que trabalhava em seu domicílio, relatando não necessitar deste benefício. Observa-se diante dos dados, a ausência de critérios para a inscrição no Programa por parte das Unidades de Saúde, privilegiando uma parcela muito pequena da população, e, não se sabe até que ponto,

desconsiderando o paciente realmente necessitado deste benefício. Ora, se verificarmos que o Programa de Apoio Nutricional foi implantado para contemplar pacientes em situação de vulnerabilidade, não há razão para fornecer este benefício para pacientes com “boa” situação financeira e social.

Em estudo realizado pelo CVE, no ano de 2005, após 7 meses de implantação do programa no município, foram obtidos os seguintes resultados: dos 262 pacientes inscritos, 172 eram do sexo masculino; a faixa etária predominante foi entre 25 a 49 anos; após a implantação do programa, houve um aumento em 71% nas altas por cura. Outro dado importante, é que o maior percentual de inscrições no PAN foi originado de UBS situadas nas regiões de maior pobreza e vulnerabilidade do município de Curitiba (Wistuba, 2005).

Tabela 12 – Distribuição dos sujeitos do estudo segundo inscrição no programa de suplementação nutricional do município de Curitiba. DSSF, Curitiba, 2005

Inscrição	N	%
Sim	5	19,2
Não	21	80,8
Total	26	100,0

4.4 Perfil de reprodução social

4.4.1 Propriedade da moradia

A Tabela 13 contempla a distribuição dos sujeitos segundo propriedade da moradia. Observa-se que 73,0% possuíam domicílio próprio; 19,2% domicílio alugado e 7,7% encontravam-se em domicílio cedido.

A propriedade de moradia integra uma das sub-categorias relacionadas ao perfil de reprodução social. Diante dos dados obtidos na amostra pesquisada, 7,7% dos sujeitos possuíam domicílio cedido, conferindo-lhes uma situação aparente de exclusão social, expressão empregada para referir-se às pessoas excluídas das políticas sociais básicas (habitação, saúde, trabalho e outros), o que lhes confere a condição de subcidadãos ou “cidadãos de segunda classe” (Ministério da Saúde, 2001). Essa situação refere-se aos indivíduos cujos direitos sociais, quando violados, desenvolvem potenciais de vulnerabilidade, comprometendo sua saúde e a qualidade de vida.

Tabela 13 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo propriedade de moradia. DSSF, Curitiba, 2005

Propriedade do domicílio	N	%
Próprio	19	73,1
Alugado	5	19,2
Cedido	2	7,7
Total	26	100,0

4.4.2 Condições de moradia com relação a saneamento básico e luz elétrica

A tabela 15 demonstra as condições de moradia dos sujeitos do estudo. A maior parte (92,3%) referiu possuir água encanada e luz elétrica; 69,2% possuíam rede de esgoto e banheiro coletivo.

No Brasil, os maiores percentuais de atendimento por rede geral de água são verificados nas regiões Sudeste e Sul, que apresentam coberturas de 88,0% e 80,0%, respectivamente. Entre 1991 e 2000, houve aumento na proporção de domicílios atendidos por rede de abastecimento em todas as regiões do país. As piores condições são observadas na região Norte, com percentual de domicílios urbanos ligados à rede geral de 62,5% e 48,6% com canalização interna (Valla, 2005).

Ainda que bastante limitados, os dados encontrados no presente estudo apresentam maior precariedade da situação local, comparando-a com informações documentais sobre o Município de Curitiba, onde 98,6% da população possui rede geral de abastecimento de água; 75,7% possui instalação sanitária (Imap, 2005).

Mesmo estes dados devem ser interpretados com a devida cautela, pois não é raro que a população desconheça a destinação dos dejetos domiciliares, acreditando, muitas vezes, que a mera canalização de esgoto significa conexão à rede de tratamento, o que pode não ser verdade, pois é muito freqüente a canalização no interior do domicílio, mas que acaba por desaguar em córregos, riachos, não tratados devidamente. Um outro aspecto muito importante encontrado no presente estudo diz respeito à

quantidade de domicílios cujo banheiro era coletivo: 69,2%, evidenciando situações de vulnerabilidade.

Tabela 14 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo condições de moradia. DSSF, Curitiba, 2005

Recursos	n	%
Água encanada	24	92,3
Esgoto	18	69,2
Luz elétrica	24	92,3
Banheiro coletivo (por domicilio)	18	69,2

4.4.3 Número de pessoas por cômodo utilizado como dormitório

A Tabela 15 refere-se ao número de pessoas que dormiam por cômodo: 88,5% dos sujeitos do estudo afirmaram dividir o dormitório com 1 a 2 pessoas, enquanto que 11,5% dividiam o mesmo espaço com 3 a 5 pessoas. Destaca-se que, quanto maior o número de pessoas dividindo o mesmo espaço para dormir, maior é o risco de transmissão da tuberculose, no que concerne ao portador bacilífero (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo Guimarães (1990, p. 229)

(...) o risco de se infectar e o risco de adoecer, embora sejam também, em parte, determinados pela ação dos serviços de saúde, o são muito mais pelas condições de vida da população. A probabilidade de entrar em contato com o bacilo e a probabilidade deste contato ser eficaz, isto é, produzir um caso da doença, dependem da circulação do bacilo na população e de condições que reforcem ou enfraqueçam as defesas dos indivíduos (...)

Condições estas observadas no desenvolvimento do presente estudo.

Tabela 15 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo número de pessoas que dormiam por cômodo. DSSF, Curitiba, 2005

Nº de pessoas	N	%
1 a 2	23	88,4
3 a 5	3	11,5
Total	26	100,0

Número de pessoas residentes no domicílio

Com relação ao número de pessoas residentes no domicílio, verificou-se que 72,0% dos sujeitos do estudo residiam com até 5 pessoas; 12,0% residiam sozinhas; 10,0% residiam com até 10 pessoas e 6,0% residiam com mais de 10 pessoas no domicílio.

Ainda que não se tenha indagado a respeito do espaço físico de convívio é de se problematizar a respeito das condições de aglomeração nesses domicílios, principalmente no que diz respeito aos dois últimos dados citados.

4.4.4 Acesso a alguns bens materiais

Com relação ao acesso a bens materiais, a totalidade dos sujeitos referiu possuir televisão, seguidos por 65,4% que mencionaram ter fogão e geladeira. Cerca de 46,2% disseram possuir aparelho de som.

Granda (1989) afirma que as formas de consumo evidenciadas em cada classe social constituem determinante epidemiológico que se expressa em características de reprodução social. O consumo simples se refere ao conteúdo e quantidade de bens básicos, como alimentação, repouso e,

também, acesso a bens materiais. As privações ou deformações no consumo simples estão associados epidemiologicamente a transtornos básicos como os nutricionais, infecciosos e outros.

A análise da Tabela 16 permite verificar que a amostra de sujeitos parece evidenciar situações de dificuldade de acesso a bens de consumo essenciais, como fogão e geladeira. Entretanto, é de se destacar o fato de que a totalidade dos doentes referiu possuir televisão.

É importante comentar que alguns itens, como possuir DVD/vídeo podem constituir-se como importante indicador de pertencimento de classe social, o que pode contribuir para a priorização de ações no território de abrangência da unidade de saúde.

Tabela 16 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo acesso a bens materiais. DSSF, Curitiba, 2005

Bens	N	%
Televisão	26	100,0
DVD/vídeo	7	26,9
Aparelho de som	12	46,2
Telefone fixo	8	30,8
Telefone celular	8	30,8
Fogão	17	65,4
Geladeira	17	65,4

Auxílio na compra de alimentos

A Tabela 17 apresenta os resultados correspondentes ao recebimento de auxílio para compra de alimentos, destacando-se que 46,1% afirmaram ter recebido algum tipo de auxílio. Nota-se que esta ajuda não se refere ao vale fornecido pela Secretaria de Saúde do Município pois, conforme se

mencionou anteriormente (Tabela 13), 80,8% dos sujeitos não tinham sido contemplados com este benefício.

Costa (2005), em recente estudo no município de Salvador, relata que além dos custos elevados para o sistema de saúde, a tuberculose também onera o orçamento familiar, fortalecendo as condições de pobreza. Isso se dá não só pelos custos diretos com o tratamento mas, principalmente, pela perda de renda causada pela doença, conforme já se mencionou na Introdução do presente estudo.

Apesar do fato das famílias não terem que pagar diretamente pelos medicamento e tratamento, os custos familiares relacionados à perda de rendimento em decorrência de afastamento do trabalho, principalmente revelam-se como muito importantes.

Tabela 17 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo recebimento de auxílio para compra de alimentos. DSSF, Curitiba, 2005.

Item	n	%
Inscritos no Programa de auxílio da PMC	5	19,2
Recebem auxílio para compra de alimentos	12	46,2
Têm dificuldade para adquirir alimentos	7	26,9
Não receberam qualquer auxílio para compra de alimentos	2	7,7
Total	26	100,0

Considerando-se que 7 sujeitos afirmaram ter dificuldade para adquirir alimentos e que 2 referiram não receber qualquer tipo de auxílio para isso, o intervalo de 95% de confiança para o percentual de doentes que não recebem auxílio ou têm dificuldade para adquirir alimentos é de 16,3% a

52,9%. Analisando estes percentuais, identifica-se média de 36,6% da população de estudo que apresenta algum tipo de dificuldade para adquirir alimentos, o que evidencia um montante bastante expressivo, configurando situação de vulnerabilidade.

Acesso a plano privado de saúde

Com relação ao acesso a plano privado de saúde, somente 19,2% dos sujeitos afirmaram dispor do mesmo. Os demais eram usuários exclusivamente do SUS.

O IBGE (2004) estimou em 2003 que 43,2 milhões de brasileiros eram cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,6% da população do País. Destes, 34,2 milhões de pessoas (79,2%) estavam vinculados á planos de saúde privado, individual ou coletivo. Os restantes 9 milhões de pessoas (20,8%), estavam cobertos por planos de instituição de assistência ao servidor público (municipal, estadual ou militar). A cobertura por plano de saúde era expressivamente maior (28,0%) na população residente em áreas urbanas, comparativamente aos que residiam nas áreas rurais (6,0%).

Os resultados obtidos no presente estudo, após análise estatística evidenciam que no intervalo de confiança, entre 65,6% a 95,9% contém o percentual de doentes que não possuem plano de saúde privado, o que coloca em destaque a dependência em relação ao SUS.

Esta variável, em conjunto com aquela que diz respeito à disponibilidade de DVD/vídeo podem se constituir, para a população

estudada, em importantes indicadores de pertencimento a estrato social. Isto pode ajudar, no âmbito local do gerenciamento dos serviços de saúde, a discriminar as pessoas que podem apresentar mais altos potenciais de vulnerabilidade e, portanto, maiores carecimentos no desenvolvimento da vida e no que se refere ao processo saúde-doença.

É importante lembrar, ainda, que o tratamento para a tuberculose é totalmente disponibilizado pela rede básica de atenção à saúde, o que é fundamentalmente importante, já que em termos de promoção à saúde, é bastante estreita e limitada a participação do Estado.

Tabela 18 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo acesso a plano de saúde privado. DSSF, Curitiba, 2005

Possui plano	N	%
Sim	5	19,2
Não	21	80,8
Total	26	100,0

4.5 Perfil do processo de produção social

4.5.1 Inserção no mercado de trabalho

Na Tabela 19, relacionada à inserção no mercado de trabalho, verifica-se que 57,7% dos sujeitos afirmaram estar empregados formalmente no momento do estudo, mas um percentual muito expressivo (42,3%) dos sujeitos encontravam-se na condição de empregados informais. Aqui é importante ressaltar que este percentuais de sujeitos em condição de emprego informal, não possuíam renda fixa, trabalhando somente em alguns

períodos do mês, quando aparecia alguma oportunidade de trabalho temporário.

A respeito da informalidade do trabalho, pode estar diretamente ligada à precarização do trabalho. É nessa linha que Valla (2005) afirma que uma das principais características do empobrecimento e aumento do desemprego em países periféricos, como o Brasil, diz respeito à precarização das relações de trabalho, ou seja, o conjunto de aspectos que reduzem as condições de seguridade vinculadas ao trabalho formal. As relações de trabalho chamadas de precárias são aquelas que se caracterizam pela falta de garantias, como: jornada fixa de trabalho, descanso semanal remunerado, férias anuais e outros; é o que acontece no caso do trabalho informal, regulado por contratos parciais e temporários, do trabalho autônomo sem capital próprio ou nas formas de trabalho familiar não remunerado, que têm crescido fortemente no contexto atual.

O mesmo autor afirma que as pessoas submetidas a essas formas de trabalho tornam-se vulneráveis socialmente porque seu ritmo de trabalho é mais intenso, seu descanso menos regular e qualquer intercorrência que impeça a pessoa de trabalhar pode implicar na suspensão imediata da renda, tornando frágil a saúde do trabalhador e de suas famílias.

Tabela 19 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo inserção no mercado de trabalho. DSSF, Curitiba, 2005

Possui emprego	N	%
Sim (formal)	15	57,7
Sim (informal)	11	42,3
Total	26	100,0

4.5.2 Ramo de atividade

A Tabela 20 evidencia o ramo de atividades em que encontravam-se inseridos os sujeitos do estudo: 27,0% trabalhavam em atividades relacionadas ao comércio; 23,0% estavam inseridos na construção civil e 15,3% perfazem o grupo inserido na indústria e serviços domésticos, respectivamente. Cerca de 19,2% realizavam trabalho em outras categorias de atividades. Destaca-se que, com exceção dos últimos, aparentemente a ocupação dos demais revela baixa qualificação para o trabalho.

Tabela 20 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo ramo de atividades. DSSF, Curitiba, 2005

Ramo de atividades	N	%
Comércio (balconistas)	7	27,0
Construção civil (pedreiros)	6	23,0
Indústria (mão de obra)	4	15,3
Serviços domésticos (domésticas)	4	15,3
Outros(médico,técnicos,donos de estabelecimentos comerciais)	5	19,2
Total	26	100,0

Ainda que tenham sido encontradas algumas diferenças, a análise estatística não revelou destaque importante de ramo de atividade.

4.5.3 Posição no trabalho

Com relação à posição que ocupavam no trabalho, 84,6% encontravam-se em situação de subalternidade e apenas 14,4% na posição

de mando (Tabela 21). Dos sujeitos em posição de mando, encontravam-se um médico, dois comerciantes e um técnico de segurança do trabalho.

Segundo Granda (1989), cada classe social se depara com determinadas condições de desenvolvimento das forças produtivas e com relações sociais específicas. Estas condições e relações determinam o conjunto da reprodução social, em meio do qual se estabelecem funcionamentos e probabilidades que podem implicar efeitos de vulnerabilidade, em seus membros ou componentes.

No que tange ao grupo de sujeitos pertencentes à posição de subalternidade, tanto o tipo de trabalho quanto o grau de intensidade e controle irão influenciar diretamente no processo saúde-doença, revelando, via de regra, maiores potencialidades de desgaste.

Tabela 21 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo posição que ocupam no trabalho. DSSF, Curitiba, 2005

Posição no trabalho	N	%
Mando	4	15,3
Subalternidade	22	84,6
Total	26	100,0

4.5.4 Rendimentos do trabalho

A Tabela 22 demonstra que 76,9% dos sujeitos recebiam entre 1 a 2 salários mínimos. C: colocar o próximo parágrafo junto com este! Não foi encontrada diferença significativa entre a proporção de sujeitos com rendimento de 1 a 2 salários mínimos dentre aqueles que têm trabalho formal e aqueles que têm trabalho informal ($p=1$).

Na amostra estudada predominam os sujeitos com rendimento entre um a quatro salários mínimos.

Tabela 22 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo o rendimento em número de salários mínimos. DSSF, Curitiba, 2005.

Rendimento (salários mínimos)	Trabalho formal		Trabalho informal		Total	
1 a 2	11	73,3	9	81,8	20	76,9
3 a 4	2	13,3	2	18,2	4	15,4
5 a 6	1	6,6	-	-	1	3,8
Mais de 7	1	6,6	-	-	1	3,8
Total	15	100,0	11	100,0	26	100

O Brasil é um dos países com desigualdades socioeconômicas mais destacadas. Em anos recentes, o crescimento da economia elevou a renda média em todos os estratos da população, mas a distribuição desigual fez aumentar as diferenças preexistentes. A renda média dos 10% mais ricos é de cerca de 30 vezes a dos 40% mais pobres, enquanto que, em países com grau de desenvolvimento comparável ao do Brasil é apenas 10 vezes maior. Os 50% mais pobres tiveram, entre 1960-1990, sua participação na renda nacional reduzida de 18% para 12%, enquanto a dos 20% mais ricos elevou-se de 54% para 65% (Organizacion Panamericana de la Salud, 2004).

A pobreza assume múltiplos aspectos no Brasil, resultante da inequidade social, como fruto das políticas adotadas ao longo dos anos. Segundo dados do IBGE (2005), é possível identificar dois pólos críticos de pobreza, diametralmente opostos, nas suas características: a região Nordeste (particularmente o nordeste rural) e as metrópoles do Sudeste (em especial as periferias urbanas de São Paulo e Rio de Janeiro). A pobreza

nordestina é típica de sociedades tradicionais à margem do crescimento urbano-industrial. Em contrapartida, a pobreza nas metrópoles do Sudeste está associada, social e economicamente, à participação dessa região como centro dinâmico da economia nacional. No Nordeste, o tamanho das famílias pobres é maior, a maioria dos chefes de família é analfabeta e a condição de ocupação é de autônomos. Nas metrópoles, o tamanho das famílias pobres é menor, a chefia feminina é de 29%, os chefes analfabetos são 19% e a nos setores laborais prevalecem o comércio e serviços (Organização Mundial da Saúde, 2004), situação encontrada no presente estudo.

Para Valla (2005), o salário mínimo é um valor em dinheiro que deve ser capaz de garantir a necessidade de sobrevivência de um trabalhador e sua família, ou seja, dois adultos e duas crianças. A subsistência do trabalhador e de sua família é avaliada de acordo com uma cesta básica nacional de alimentos e considera as necessidades em termos de habitação, transporte, lazer e saúde.

No entanto, com relação à tuberculose, apesar do fato das famílias não terem que pagar por medicamentos e tratamento, dado que este serviço é oferecido pelo Estado, os custos familiares ligados a perda de rendimentos devido a doença foram muito elevados.

4.5.5 Benefícios em função do trabalho

Com relação à variável benefícios em função do trabalho, 57,7% dos sujeitos do estudo referiram possuir carteira de trabalho assinada e receber algum tipo de benefício em função do trabalho. Entretanto, foi bastante expressivo (42,3%) o montante de sujeitos que referiram estar inseridos no mercado de trabalho informal, sem possuir carteira assinada.

Segundo Valla (2005), dados evidenciam que, no Brasil, a reestruturação do capitalismo acarretou o fechamento de milhares de postos de trabalho, principalmente formais, sobretudo na indústria. A oferta de emprego formal é insuficiente e há um aumento importante de indivíduos que participam na esfera de circulação das mercadorias e dos serviços como vendedores ou prestadores de serviços autônomos, sem proteção social de nenhuma espécie. Estes grupos, em geral, apresentam elevada vulnerabilidade social.

A Lei Orgânica 8080 discorre sobre o dever do Estado em garantir a saúde para a população brasileira, visando a redução de riscos de doenças, assegurando acesso universal e igualitário.

No entanto, a realidade brasileira confronta-se com os dados encontrados no presente estudo. Vendramini (2005), em estudo realizado no município de São José do Rio Preto, com famílias apresentando indivíduos em tratamento por tuberculose, afirma que a população da área com o pior nível socioeconômico apresentou maior risco de adoecer por tuberculose devido à maior proximidade com fatores de desgaste ao longo da vida. Este

dado está de acordo com outros estudos que mostram que a tuberculose guarda estreita relação com os baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico (más condições de vida, locais com grandes concentrações humanas, saneamento básico e habitações precários, fome e pobreza). Fica claro que a tuberculose é uma doença que ultrapassa as barreiras biológicas. Antes de ser mero desvio ou disfuncionalidade biológica, é um problema social.

A identificação de áreas com diferentes riscos para tuberculose permite que o sistema de saúde municipal trate as regiões existentes nos municípios como composto de distintas realidades e priorize as regiões com as maiores incidências da doença. Esta priorização deve levar em conta o planejamento da assistência orientado para a identificação de casos e tipos de tratamento, bem como estabelecer estratégias articuladas com outros setores do município visando alcançar a melhoria das condições de vida da população.

Uma tentativa de identificação das vulnerabilidades das pessoas à tuberculose
POTENCIAIS DE VULNERABILIDADE

sujeitos	local de nascimento	local de residencia	escolaridade	conhecimento concepção sobre a doença	conhecimento sobre a origem da doença	menção sobre impacto da doença na a vida	menção a informação recebida sobre a doença	Dificuldade obtenção de medicamentos	distancia longa entre o domicilio e ubs	dificuldades com profissionais da ubs	propriedade de moradia	condições de moradia luz/agua	nº pessoas/comod o por domicilio acima de 5 pessoas	suplementação nutricional	acesso a bens materiais- fogão/geladeira	auxilio compra alimentos	acesso a plano de saúde-SUS	Inserção no mercado trabalho informal	redução até 2 salários mínimos
1		x		X	X								x		x		X		x
2		x		X		x	x	x	x	x					x		X		x
3		x		X		x	x								x		X		x
4		x	x			x	x								x		X	x	x
5				X	x									x	x	x	X	x	x
6	x	x		X	X	x								x	x		x		
7	x	x		X	x														
8	x	x		x		x						x					X		x
9		x		X	x												X		x
10				X		x	x										x	x	x
11						x										x			x
12		x		X		x	x										X	x	
13		x	x	X	x												X	x	x
14		x	x	X		x											X	x	x
15		x		X	x												X		
16		x		X	x	x	x			x	x			x	x		X	x	x
17				X	x										x		X	x	
18		x		X		x								x			X		x
19				X	x									x			X		
20		x				x								x			X	x	x
21	x	x		x			x										X		
22		x		X	x												X		
23		x	x	X	x												X		x
24				X	x									x	x		X		
25					x	x											X	x	x
26		x		x													x		x

Como uma tentativa de identificar os potenciais de vulnerabilidades dos sujeitos da pesquisa foi construída uma tabela, na qual evidenciam-se algumas variáveis arroladas como aquelas que podem se traduzir em potenciais de vulnerabilidade à tuberculose na amostra analisada. À cada sujeito do estudo estão destacadas essas variáveis, podendo-se verificar que, em alguns casos, as pessoas apresentam freqüência importante de citações, o que pode constituir instrumento para a priorização de ações de vigilância à saúde.

As variáveis que se configuram como potenciais de vulnerabilidade são as seguintes :

- Local de nascimento: 04 dos sujeitos são oriundos de Unidades Federadas como São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, onde a incidência de tuberculose é mais alta que no Paraná (Ministério da Saúde, 2004).
- Local de residência: 19 dos 26 sujeitos residiam nos bairros de contingente populacional elevado, com grande variação socioeconômica e condições sociais precárias.
- Escolaridade: 04 sujeitos eram analfabetos.
- Propriedade da moradia: 02 sujeitos moravam em casas cedidas.
- Condições de moradia: 04 habitações não tinham acesso à luz e água.
- Acesso a bens materiais: 09 sujeitos não dispunham de geladeira e fogão
- Número de pessoas/cômodo/ domicílio: 01 sujeito convive com mais de 5 pessoas no mesmo cômodo.

- Acesso à suplementação alimentar: 07 sujeitos não tiveram acesso a este recurso.
- Auxílio na compra de alimentos: 02 sujeitos não tinham ajuda para compra de alimentos.
- Acesso à plano de saúde: 24 sujeitos dependiam totalmente do SUS.
- Inserção no mercado de trabalho: 11 sujeitos estavam inseridos no mercado de trabalho informal.
- Rendimento: 17 sujeitos recebiam até 2 salários mínimos.
- Conhecimento/concepção errônea sobre a doença: 22 sujeitos apresentaram conhecimento/concepção errônea a respeito da doença.
- Conhecimento sobre a origem da doença: 14 sujeitos apresentaram conhecimento errôneo sobre a origem da doença.
- Menção sobre impacto da doença na vida: 13 sujeitos mencionaram impacto na vida durante o período de tratamento da tuberculose.
- Menção à informação recebida sobre a doença: 07 sujeitos referiram não ter tido informação sobre a doença.
- Dificuldade na obtenção dos medicamentos para o tratamento da tuberculose: 01 sujeito referiu ter enfrentado dificuldade na obtenção de medicamentos.
- Distância entre o domicílio e a UBS: 01 sujeito mencionou que a distância era longa entre o domicílio e a UBS.
- Dificuldades com os profissionais da UBS: 02 sujeitos referiram dificuldade no relacionamento com os profissionais de saúde da UBS.

Pode-se identificar, com a ajuda da tabela, que alguns dos pacientes tinham maior potencial de vulnerabilidade. Dos 26 sujeitos, 10 apresentaram maior situação de vulnerabilidade, e que deveriam ter sido monitorados sendo que os sujeitos 2 e 17 apresentaram respectivamente 11 e 12 indicadores de vulnerabilidade; os sujeitos 1, 3, 4, 5 e 6 apresentaram 8 indicadores; os sujeitos 8, 13 e 14 apresentaram 7 indicadores.

Os resultados mostram que os sujeitos da pesquisa, mesmo com amostra reduzida, apresentam potencial de vulnerabilidade, sendo que alguns são mais relevantes. O fato de não terem sido monitorados demonstra a dificuldade dos órgãos competentes em criar estratégias que considerem os processos de produção e reprodução social no qual os grupos estão inseridos, essenciais para entender e controlar a doença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A permanência da tuberculose está associada às condições de vida e de trabalho da população, bem como às condições limitadas de acesso à saúde. Os movimentos migratórios, a crescente desigualdade social, o advento da AIDS e a multirresistência às drogas são aspectos que contribuem para o quadro atual da doença. O presente estudo foi conduzido sob o marco teórico da Vulnerabilidade, o qual, segundo Ayres (1999) , corresponde à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, o que acarreta maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de forma inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção dos indivíduos contra as enfermidades. O mesmo autor propõe que as análises de vulnerabilidade envolvam a avaliação articulada de três eixos interligados: **vulnerabilidade individual**, relacionada ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; **vulnerabilidade social**, relacionada à obtenção de informação, às possibilidades de representá-las e ao poder de incorporar as mudanças práticas, desdobradas em escolarização, acesso a meios de comunicação, poder de influenciar decisões políticas e; **vulnerabilidade programática**, relacionada à disponibilidade de recursos sociais, gerenciamento e monitoramento dos recursos existentes nos diferentes níveis de atenção.

Este estudo valeu-se de alguns indicadores anteriormente mencionados, particularmente no que diz respeito à vulnerabilidade individual e social que foram utilizados para caracterizar pacientes que haviam tido tuberculose e que eram matriculados em unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário de Santa Felicidade.

Conforme anteriormente destacado, dada a amostra reduzida de sujeitos a que se teve acesso durante o processo de coleta de dados, há que ter cautela na generalização das interpretações, que dizem respeito, especificamente, àquele território estudado, e limitam-se aos sujeitos investigados.

As variáveis estudadas permitem a verificação de características como idade e sexo, assim como outras, que se referem às formas de vida e de trabalho, dentre as quais, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, acesso a bens materiais, condições de moradia. A análise também contemplou alguns trechos de opinião das pessoas estudadas, relacionados ao conhecimento e concepções sobre a doença por ocasião do diagnóstico e conhecimento sobre a origem da doença, que podem ajudar a dar maior consistência ao conceito de vulnerabilidade à tuberculose.

Algumas características foram prevalentes no presente estudo, destacando-se as características pessoais: houve prevalência do sexo masculino; o nível de escolaridade dos sujeitos era semelhante ao de sua mãe, destacando-se 3 deles os quais não apresentavam escolaridade; um grande percentual de indivíduos nasceu no Estado do Paraná, porém

observou-se uma migração de estados com altas taxas de incidência da tuberculose.

Com relação às características relativas ao processo de reprodução social, pode-se destacar: a grande maioria possuía domicílio próprio e suprido com saneamento básico e luz elétrica, porém ressalta-se que há ainda muitos sujeitos sem saneamento básico e energia elétrica; com relação ao número de pessoas por cômodo, utilizado como domicílio, somente um indivíduo residia com mais de 5 pessoas no mesmo cômodo; destacou-se um grande percentual de indivíduos tendo acesso a bens materiais, prevalecendo televisão e rádio; a grande maioria dos sujeitos não possuía plano privado de saúde, utilizando o Sistema Único de Saúde.

Com relação às características relativas ao processo de produção social, observa-se um número expressivo de indivíduos incluídos no mercado de trabalho informal, em posição de subalternidade e com renda salarial de até 2 salários mínimos. Com relação às características relativas ao processo saúde-doença, pode-se verificar que: a maioria dos sujeitos não sabiam qual tipo de tuberculose estavam tratando; o conhecimento e concepções sobre a doença por ocasião do diagnóstico foram muito limitados e associados às condições de vida.

Assim, foi possível verificar :

- A noção de causa da doença está pautada fundamentalmente na multifatorialidade e no plano biológico.
- Os conhecimentos dos sujeitos acerca da doença, em geral, parecem ser limitados. Também se identificaram concepções e

atitudes que, de certa forma, evidenciam preconceito em relação à doença. É importante destacar que o conhecimento afeta a forma de perceber e de enfrentar a enfermidade, o que pode potencializar a vulnerabilidade à tuberculose deste grupo.

- Identificou-se um sujeito que esteve exposto à doença, devido ao contato com um familiar, o que constitui um marcador de vulnerabilidade.
- Encontrou-se precariedade de acesso em termos de informação recebida sobre a doença, a despeito do grupo estudado possuir acesso à rádio e televisão. Um aspecto importante diz respeito à informação gerada nos serviços de saúde, item que não foi observado na amostra analisada, os quais têm papel fundamental na divulgação de informação sobre tuberculose e outros agravos de saúde.
- No que diz respeito às condições de vida dos sujeitos, verificou-se alta porcentagem em situação de moradia própria, no entanto, é importante destacar que, a despeito da amostra reduzida, sete encontravam-se em domicílio cedido, podendo ser um elemento disparador para vulnerabilidade.
- A maioria dos sujeitos compartilhavam a moradia com até cinco indivíduos/cômodo e um sujeito apresentou essa condição, mas com número superior a cinco indivíduos.

Assim, alguns sujeitos desta população apresentavam vulnerabilidade individual em relação à tuberculose, uns em maior escala que outros.

- Identificou-se um indivíduo que revelou dificuldades na obtenção de medicamentos, o que coloca em relevo um aspecto fundamental que se refere à falha no Programa de Controle da Tuberculose. O papel das instituições de saúde é fundamental para que o paciente se sinta amparado e seguro. Quando o paciente não se sente acolhido pela instituição e compreendido pelos profissionais que o atendem, ele se torna mais vulnerável ao abandono.

Verificou-se que um sujeito participante da pesquisa encontrou dificuldade de acesso entre o domicílio e a unidade de saúde. A dificuldade de transporte coletivo, a longa distância ao serviço de saúde podem contribuir para a irregularidade ou abandono do tratamento da tuberculose, colocando-o em situação de vulnerabilidade.

- Identificou-se um número importante de sujeitos não inscritos no Programa de Apoio Nutricional existente no município de Curitiba. Destaca-se que os sujeitos que tiveram acesso a esse programa não encontravam-se dentro dos critérios de cadastramento, como: ausência de

trabalho formal, associação com drogas/álcool, situação de exclusão social.

- Um grande percentual do grupo apresentou rendimento salarial de até dois salários mínimos, evidenciando renda mensal baixa, bem como a predominância de inserção no mercado de trabalho informal, o que também evidencia vulnerabilidade.

Por outro lado, o grupo estudado revela, de um modo geral, potencialidades para o enfrentamento da vida como moradia, grau de instrução relativo, acesso a bens de consumo e a serviços de saúde. Além disso, o grupo vive em uma região diferenciada no município de Curitiba, comparando-se a outras áreas da cidade, nas quais evidenciam-se situações de extrema pobreza e desigualdade social.

Com relação à Vulnerabilidade, é necessário disponibilizar instrumentos e meios para que o sujeito e o coletivo possam compreender a saúde-doença como processo socialmente determinado, mas passível de mudanças

Nessa perspectiva, os trabalhadores de saúde devem ser envolvidos na construção de uma nova modalidade de assistência, aproximando-se da realidade dos doentes e transformando as práticas que desenvolvem junto à coletividade.

REFERÊNCIAS

Almeida Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004; 9(4):865-84.

Antonie A, Maguire H, Story A. Epidemiology and response to the growing problem of tuberculosis in London. *Euro Surveill*, 2006;11(3).

Ayres JRCM, França I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p 50-71.

Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Batliwala S. The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action. In: Sen, G, Germain A, Chen LC (eds.). *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment, and Rights*, Boston, Harvard Center for Population and Development Studies/International Women's Health Coalition; 1994. p. 127-138.

Bertolozzi MR. *A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado ("DOTS") no Município de São Paulo-SP*. [livre-docência] São Paulo, 2005.

Bertolozzi MR. *Adesão ao programa de controle da tuberculose no distrito sanitário do Butantã, São Paulo* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.

Breilh J. *Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales em lo social y la salud*. Quito: CEAS/Corporacion; 1990.

Breilh J. *Saúde na Sociedade*. São Paulo: Cortez;1989.

Cardoso EM. La resistênciã a múltiplos fármacos: uma ameaça para el control de la tuberculosis. *Revista Panam Salud Publica*, 2004; 16(1): 68-73.

Cardoso GP, Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005; 10 suplemento:151-161.

Carmo EH, Barreto ML, Silva Junior JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol. serv. saúde*, 2003;12(2):63-75.

Carvalho MB, Felli VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Rev. latinoam. enfermagem*, 2006;14(1):61-69.

Castro A. Televisão e AIDS: questões para o planejamento. In: Pitta AMDR (org). *Saúde e comunicações: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 166-71.

Centro de Vigilância Epidemiológica de Curitiba – CVE. Curitiba: CVE; 2005.
Drumond MJ. *Epidemiologia nos Municípios: muito além das normas*. São Paulo: Hucitec; 2003.

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

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005; 10 suplemento:303-310.

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

Fonseca RMS, Bertolozzi MR. A Epidemiologia Social e a assistência à saúde da população. In: *Classificação das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva e o uso da Epidemiologia Social*. Brasília: Série Didática: enfermagem no SUS;1997.

Fracolli LA. O Programa Saúde da Família como uma estratégia para inclusão social na perspectiva do trabalho de enfermagem. *Mundo saúde*, 2005; 29(1):35-40.

Gozzano JOA, Domingues AM, Gambaro I, Duarte M, Rodrigues M, Morelli MM. Ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados. *J.pneumol*. 1989; 15(1):11-4.

Guimarães R. Determinação social e doença endêmica no caso da tuberculose. In: *Textos de apoio: Epidemiologia I*. Rio de Janeiro: Abrasco;1990.

Instituto Municipal de Administração Pública. *Fazendo acontecer-gestão estratégica*. Curitiba (PR): IMAP; 2002.

Laurell, AC. A saúde doença como processo social. In: Nunes ED (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global;1993. p.133-58

Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

Martins, RCT. A inserção do recém formado no mundo do trabalho: os significados dessa experiência na enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem; 1999.

Minayo MCS, Alves PC. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz;1994.

Ministério da Saúde. II Consenso Brasileiro de Tuberculose. Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2004a; 30(supl 1): 54-56.

Ministério da Saúde. Indicadores Sócio-Econômicos; 2004b.

Ministério da Saúde. II Consenso Brasileiro de Tuberculose. Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2004c; 30(supl 1): 33-34.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Tuberculose. Brasília (DF): MS; 2004d.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Tuberculose. Brasília (DF): MS; 2003.

Nascimento DR. As pestes do século XX: tuberculose e Aids, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Ogata, MN, Pedrino, HC. Saúde, doença e enfermagem: suas representações sociais para estudantes de enfermagem. Rev. ciências médicas, 2004; 13(2):105-114.

Organizacion Panamericana de la Salud. Tuberculosis. Hoja informativa 2004. Geneva; 2004.

Ozaki LMTR, Nogueira PA, Lima MCRF. Conhecimento de tuberculose na população de trabalhadores de uma penitenciária do Estado de São Paulo. Brasil. J Bras Pneumol. 2002; 28 (supl 2).

Paiva V, Peres C, BlesaC. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS. Reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. Rev Psicol USP [periódico online].2002; 13(1). <http://www.scielo.org> (10 jun 2006).

Pettengill, MAM, Angelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. Rev. latinoam. enfermagem, 2005; 13(6):982-8.

Pitta AMR. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: Pitta AMDR, organizadora. Saúde e comunicações: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995. p.258.

Rezende MB, Barbosa HHMM. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar. Rev. para. med, 2003; 17(2):12-7.

Rocha, ML. O significado do relacionamento difícil com as famílias com câncer para as enfermeiras [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem; 2001.

Romeiro V. Semiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara; 1980.

Rondelli E, Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam. In: Pita AMDR, organizadora. [periódico online] 2002; 35 (1). <<http://www.scielo.org>> (10 maio.2006).

Rouquayrol MR. Epidemiologia e Saúde. São Paulo: MEDSI; 1993.

Ruffino Netto A . Tuberculose. Médicos HC-FMUSP, 1998; 1(3): 38-42.

Ruiz MA. História do Plano Collor; 2006. <http://www.sociedadedigital.com.br>

Salgado, MF. Vacinação contra a hepatite B em trabalhadores da saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem. São Paulo; 2001.

Sanchez AIM. Vulnerabilidade à tuberculose em alunos moradores do Conjunto Residencial da Universidade de São Paulo (CRUSP) [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Secoli, Silvia Regina et al. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. Ciênc. saúde coletiva, Dez 2005; 10, p.287-296.

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - SMS-CTBA. Programa de Combate à Tuberculose; 2006. <http://www.curitiba.gov.pr.br>

Secretaria Municipal de Urbanismo de Curitiba - SMU-CTBA. Histórico dos Bairros. 2006. <http://www.curitiba.gov.pr.br>.

Severino AJ. Educação, trabalho e cidadania: a educação brasileira e o desafio da formação humana no atual cenário histórico. São Paulo Perspec., Jun 2000; 14 (2):65-71.

Souza WV, Albuquerque MFM, Barcellos CC, Ximenes RAA, Carvalho MS. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. Rev.Saúde Pub, 2005; 39(1):82-9.

Stotz EM. Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão. Cad. Saúde Pública, Jun 1994; 10 (2): 264-268.

Valla VV, Stotz EM, Algebaile EB. Para compreender a pobreza no Brasil. São Paulo: Contraponto; 2005.

Vendramini, SHF , Gazetta CEI, Chiaravalotti FN Tuberculose em município de porte médio do Sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. J. bras. pneumol., maio/jun. 2005, vol.31, no.3, p.237-243.

Wistuba ES, Gabardo BMA, Willrich N. Programa de apoio nutricional ao paciente com tuberculose no município de Curitiba. Informe técnico, 2005.

World Health Organization. Global Tuberculosis Control Report; 2004.

World Health Organization. Global tuberculosis. [Report serial] 2005. <<http://www.who.int/gtg/publications>>.

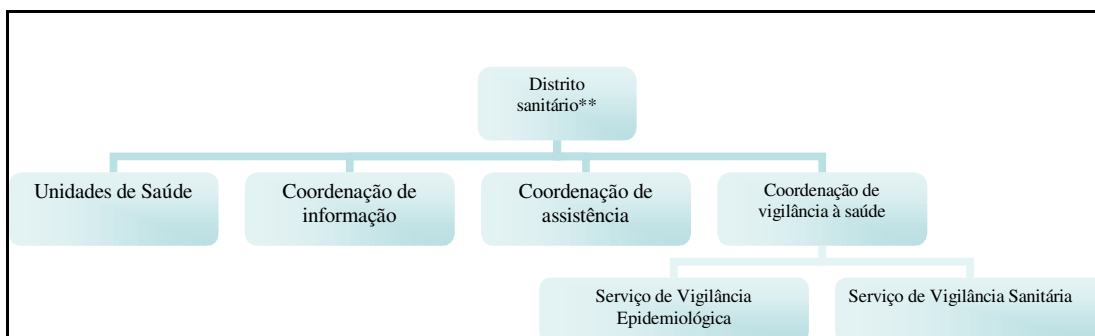
ANEXOS

ANEXO A – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

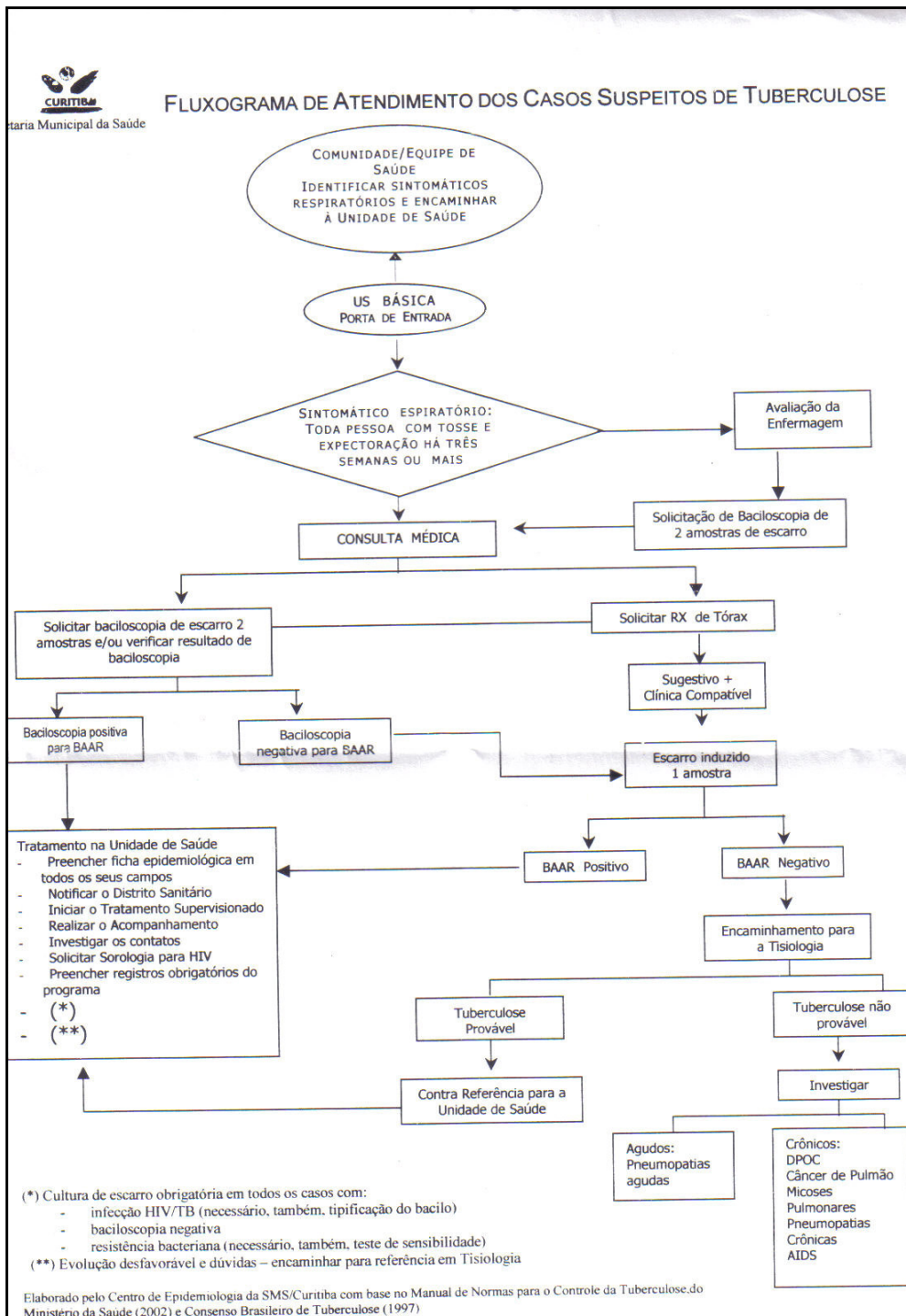


CENTROS: Informação em Saúde, Saúde Ambiental, Epidemiologia, Assistência à Saúde, Controle, Avaliação e Auditoria.

NÚCLEOS DE APOIO: Financeiro, Setorial Administrativo, Jurídico, Recursos humanos



ANEXO B – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS CASOS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE



ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, tomei ciência do estudo intitulado “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE COM TUBERCULOSE DO DISTRITO SANITÁRIO DE SANTA FELICIDADE”, por meio da apresentação oral feita pela pesquisadora. Fui, também, informado que o estudo tem como objetivos: Identificar os modos de vida e trabalho dos pacientes com tuberculose tratados no ano de 2004, no Distrito Sanitário de Santa Felicidade.

Analisar o perfil epidemiológico do paciente com tuberculose do Distrito Sanitário de Santa Felicidade. A pesquisa é composta por um questionário contendo perguntas objetivas, as quais irão abordar aspectos de condições de vida (moradia, grau de escolaridade, saneamento básico) e condições de trabalho (atividade desenvolvida, nível salarial, jornada de trabalho).

Estou ciente que os dados por mim fornecidos farão parte do referido estudo, e que a pesquisadora garante que será assegurado o anonimato e que poderei interromper esta participação em qualquer etapa da pesquisa, caso eu assim o desejar, sem que isso implique em qualquer prejuízo pessoal ou profissional. Tenho conhecimento dos procedimentos para coleta de dados e que estes dados serão posteriormente divulgados.

Curitiba, _____ de _____ de 2005

Assinatura do Entrevistado: _____
RG: _____

Assinatura do pesquisador: _____
Claudia Bowkalowski - RG : 47027292
Fone contato: (41) 3373-0488 / (41) 9974-2045

ANEXO D – PROJETO: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE COM TUBERCULOSE DO DISTRITO SANITÁRIO DE SANTA FELICIDADE À LUZ DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

PROJETO: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE COM TUBERCULOSE DO DISTRITO SANITÁRIO DE SANTA FELICIDADE À LUZ DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

Iniciais do cliente: _____

UBS _____

1. Caracterização geral do cliente

- 1.1 Sexo
() F () M
- 1.2 Idade
_____anos
- 1.3 Local de nascimento (cidade e Estado)

- 1.4 Bairro onde mora

- 1.5 Há quanto tempo?
_____anos/meses

2. Perfil das características relativas ao processo saúde-doença

- 2.1 Quais sintomas o Sr(a) apresentou antes de procurar o serviço de saúde?
- 2.1.1 () febre
- 2.1.2 () sudorese
- 2.1.3 () emagrecimento
- 2.1.4 () tosse
- 2.1.5 () não apresentou sintomas
- 2.1.6 () outros: _____, _____, _____

- 2.2 Alguém da sua convivência diária apresentou os mesmos sintomas?
2.2.1 () sim
2.2.2 () não
- 2.3 No início dos sintomas o Sr(a) imaginou que pudesse ser tuberculose?
2.3.1 () sim
2.3.2 () não Nesse caso, o que pensou que era? _____

- 2.4 De onde o Sr.(a) acha que veio essa doença? _____

- 2.5 A doença chegou a afetar sua vida?
2.5.1 () Sim. Em que sentido? _____
2.5.2 () Não
- 2.6 Qual tipo de tuberculose o Sr(a) está tratando? 2.6.1 () pulmonar
2.6.2. () extra-pulmonar. Qual? _____
- 2.7 Alguma vez recebeu informação sobre tuberculose?
2.7.1 () Sim
() na unidade de saúde () revistas, jornais, livros
() escola () tv/ rádio
2.7.2 () Não
- 2.8 Para o Sr(a) o que é a tuberculose?

3. Perfil da caracterização da assistência

- 3.1 É a 1ª vez que trata de tuberculose?
3.1.1 () Sim
3.1.2 () Não
- 3.2. Durante o seu tratamento, chegou a faltar em alguma consulta?
3.2.1 () sim Quantas vezes? _____
3.2.2 () não
- 3.3 Teve alguma dificuldade para adquirir medicamentos?
3.3.1 () sim
3.3.2 () não

- 3.4 Teve alguma dificuldade e relação a:
- distância do domicílio até a unidade de saúde?
3.4.1 () sim 3.4.2 () não
 - transporte para chegar até a unidade de saúde?
3.4.3 () sim 3.4.4 () não
 - marcação de consultas?
3.4.5 () sim 3.4.6 () não
 - relacionamento com os profissionais da UBS?
() excelente () ótimo () bom () ruim
 - 3.4.7. Outro tipo de dificuldade?
Qual: _____
 - 3.4.8. O seu medicamento era tomado sozinho, em casa ou ia diariamente na unidade de saúde para tomá-lo?

4. Caracterização do perfil de reprodução social (como vivem)

- 4.1 O Sr.(a) mora em casa:
- 4.1.1 () própria
 - 4.1.2 () alugada
 - 4.1.3 () cedida
- 4.2 Em sua casa tem:
- 4.2.1 () água encanada
 - 4.2.2 () esgoto
 - 4.2.3 () luz elétrica
 - 4.2.4 () banheiro próprio
 - 4.2.5 () banheiro coletivo
- 4.3 Em media, quantas pessoas dormem por cômodo?
- 4.3.1 () 1 a 2
 - 4.3.2 () 3 a 5
 - 4.3.3 () +5
- 4.4 Na sua residência, o Sr(a), possui:
- | | | |
|--------------------|----------------|----------------|
| Televisão: | 4.4.1 () Sim | 4.4.2 () Não |
| DVD/Vídeo cassete: | 4.4.3 () Sim | 4.4.4 () Não |
| Aparelho de som: | 4.4.5 () Sim | 4.4.6 () Não |
| Telefone: | 4.4.7 () Sim | 4.4.8 () Não |
| Telefone celular: | 4.4.9 () Sim | 4.4.10 () Não |
| Fogão: | 4.4.11 () Sim | 4.4.12 () Não |
| Geladeira: | 4.4.13 () Sim | 4.4.14 () Não |
- 4.5 Tem encontrado dificuldade em adquirir algum tipo de alimento?
- 4.5.1 () Sim 4.5.2 () Não

- 4.6 Recebeu algum tipo de auxílio para a compra de alimentos?
4.6.1 () Sim, qual? _____ 4.6.2 () Não

5. Perfil do processo de produção social (trabalham)

- 5.1 Está trabalhando?
5.1.1 () Sim
5.1.2 () Não.
Por que? () licença médica
() outra situação. _____
- 5.2. Ramo de atividade:
5.2.1 () construção civil
5.2.2 () indústria
5.2.3 () comércio
5.2.4 () serviços domésticos
5.2.5 () outros: _____
- 5.3 Qual posição que ocupa neste trabalho?
5.3.1 () de mando 5.3.2 () de subalternidade
- 5.4 Rendimentos do trabalho:
5.4.1 () 1 a 2 salários mínimos
5.4.2 () 3 a 4 salários mínimos
5.4.3 () 5 a 6 salários mínimos
5.4.4 () +7 salários mínimos
- 5.5 Possui algum plano de saúde?
5.5.1 () sim 5.5.2 () não
- 5.6 Qual o grau de escolaridade
5.6.1 () analfabeto
5.6.2 () fundamental completo
5.6.3 () fundamental incompleto
5.6.4 () médio completo
5.6.5 () médio incompleto
5.6.6 () superior completo
5.6.7 () superior incompleto
- 5.7. Qual grau de escolaridade da sua mãe?
5.7.1 () analfabeto
5.7.2 () fundamental completo
5.7.3 () fundamental incompleto
5.7.4 () médio completo
5.7.5 () médio incompleto
5.7.6 () superior completo
5.7.7 () superior incompleto

6. O Sr(a) recebe algum benefício do seu trabalho?

6.1 () sim. Qual? _____

6.2 () não

7.0 O Sr(a) está inscrito no programa de suplementação nutricional da UBS?

7.1 () sim

7.2 () não. Por que? _____

ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA