

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**ABANDONO À TERAPÊUTICA DA
TUBERCULOSE EM UM CENTRO DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Mary Braga de Lima

**Fortaleza
1997**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**ABANDONO À TERAPÊUTICA DA
TUBERCULOSE EM UM CENTRO DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Mary Braga de Lima

Dissertação submetida à Banca Examinadora do
Curso de Mestrado em Saúde Pública -
Concentração em Epidemiologia do
Departamento da Saúde Comunitária da
Universidade Federal do Ceará, para obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública

Orientadora:
Prof^a . Maria Dalva Antunes Mello
Doutora em Parasitologia da Universidade
de Brasília

Fortaleza
1997

FICHA CATALOGRÁFICA

L732a Lima, Mary Braga de

Abandono à terapêutica da tuberculose em um Centro de Saúde de Fortaleza no período de 1995 a 1996/Mary Braga de Lima.- Fortaleza, 1997.

93f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Dalva Antunes Mello.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Curso de Mestrado em Saúde Pública.

1. Tuberculose-epidemiologia, 2. tuberculose-tratamento
3. tuberculose-abandono, 4. tuberculose-percepção

CDD 616.995

**ABANDONO À TERAPÊUTICA DA
TUBERCULOSE EM UM CENTRO DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA**



BANCA EXAMINADORA

Profª Drª MARIA DALVA ANTUNES MELLO (Orientadora)


Profª Drª MARIA SALETE BESSA JORGE


Prof. Dr. RICARDO JOSÉ SOARES PONTES

Aprovada em 03/12/97


Profª Drª LIGIA REGINA SANSIGOLO KERR PONTES
Coordenadora do Curso de Mestrado em Saúde Pública - UFC

*A primavera da erradicação da tuberculose ficou repentinamente mais distante para os países ricos e mais longínqua ainda para os países pobres
Rosemberg (1995) .*

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para este estudo, e de modo especial,

à Professora Maria Dalva Antunes Mello, pela valiosa orientação.

À Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, pelo apoio financeiro na elaboração desta investigação.

À Escola de Saúde Pública do Ceará, pelo apoio técnico na elaboração desta investigação.

À Coordenação do Mestrado, cuja organização contribuiu para a concretização deste trabalho.

À Universidade de Fortaleza, que me liberou parcialmente para que eu realizasse esta pesquisa.

Ao Professor José Ueleres Braga, pelo incentivo ao tema estudado.

Às pessoas entrevistadas, pela cooperação e credibilidade durante as entrevistas.

Aos enfermeiros Ana Patrícia Pereira Morais e Weber Carvalho da Silva, pela eficiente participação.

Aos funcionários do Centro de Saúde Oliveira Pombo, especialmente a enfermeira Cileide Jóca Freire.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e às minhas filhas Suzy, Cristiane e Erika, pelo carinho e compreensão a mim dedicados na elaboração deste ensaio.

RESUMO

A tuberculose continua sendo uma prioridade em saúde pública, por tratar-se de uma doença determinada pelas condições sócioeconômicas e culturais das populações, situação essa que atualmente se agrava pela associação da tuberculose com a AIDS. Em Fortaleza, a incidência apresentada nos últimos anos, bem como, o problema em torno do abandono à terapêutica constituem-se motivos de preocupação. Esta investigação objetivou analisar os fatores que determinaram o abandono ao tratamento da tuberculose, pelos pacientes do Centro de Saúde Oliveira Pombo - **CSOP**, localizado em Fortaleza, no período de 1995 e 1996. Utilizamos duas abordagens metodológicas: uma quantitativa, visando desenvolver um estudo descritivo sobre a situação epidemiológica da tuberculose em Fortaleza e, contextualizar a tuberculose e o abandono ao tratamento no CSOP; outra, qualitativa, com o propósito de compreender o tema em estudo. Para tal, foram entrevistadas quinze pessoas que abandonaram o tratamento e cujos depoimentos permitiram analisar o conhecimento e a percepção dos entrevistados em relação à doença e ao tratamento. Em suma, concluímos que: a tuberculose traz sérias consequências sociais ao indivíduo, em decorrência da forma estigmatizada como a doença é vista, não só pela sociedade como também pelo próprio doente; a compreensão da doença e do tratamento foi entendida através de mudanças no comportamento e expressão de sentimentos devido ao impacto do diagnóstico; as causas do abandono foram apontadas como decisão pessoal; todavia, entendemos que o serviço de saúde teve papel de co-participante nesse processo. Na perspectiva de minimizar essa conjunção de problemas citados, elaboramos uma proposta de medidas, aplicáveis não só ao CSOP como a qualquer unidade de saúde.

Palavras-chave: 1. tuberculose-epidemiologia, 2. tuberculose-tratamento, 3. tuberculose-abandono, 4. tuberculose-percepção.

ABSTRACT

The tuberculosis is still one of the main priorities in public health because it is one disease determined by cultural and social economic of the population and it gets worse by the association of tuberculosis with AIDS. In Fortaleza the incidence present in the last few years as also the problem around the no adherence of therapy are the main reasons of this worry. This research aimed to analyse the factors that determined the no adherence of tuberculosis treatment by the patients in the Health Center Oliveira Pombo - HCOP, in Fortaleza from 1995 to 1996. We use two methodological approaches; the quantitative to develop a descriptive study about an epidemiological situation of tuberculosis in Fortaleza and to clarify the reasons of no adherence to treatment in HCOP; the other qualitative with the aim to understand the problem we are studying. So we interview fifteen patients who had on adherence to treatment and which evidences permit us to analyse the knowledge and the perception of themselves related to the disease and treatment. In short, we conclude that tuberculosis brings serious individual and social consequences due to the stigma as the disease is seen not only by the society but, by the own patient; the comprehension of the disease and treatment was understood through the changes in behaviour and expression of feelings caused by the impact of diagnosis. The causes reasons of this no adherence were pointed out as one personal decision, however we think that the health service was a partnership in this process. In this point of view in order to minimize the problem, we build a proposal of measures to be used not only by the HCOP but that can be used at any other unity of health.

Keywords: 1. tuberculosis-epidemiology, 2.tuberculosis-treatment, 3.tuberculosis-no adherence, 4.tuberculosis-perception.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
- Objetivos	2
- Local de estudo	3
2 REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 Tuberculose: prioridade em Saúde Pública	6
2.2 Controle e tratamento da tuberculose	12
2.3 Problemas do tratamento e do abandono	19
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 Caracterização da incidência da tuberculose e do abandono ao tratamento em Fortaleza nos anos de 1995 e 1996	29
4.2 Contextualização da distribuição da tuberculose e do abandono ao tratamento no CSOP	34
4.3 Caracterização socioeconômica e cultural dos entrevistados	40
4.4 Relato comentado sobre o material do questionário e observações feitas pelos entrevistadores	42
4.5 Análise dos resultados	58
4.6 Conhecimento e percepção dos entrevistado em forma de unidades de registro	60
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	69
Proposta de medidas que visam a reduzir o abandono ao tratamento da tuberculose	72
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
7 ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

Sendo a tuberculose uma prioridade em saúde pública, a presente investigação analisou a questão do abandono ao tratamento, por pacientes inscritos em um Centro de Saúde de Fortaleza.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará publicou em Boletim Epidemiológico (1984) dados que retratam a situação epidemiológica da tuberculose no Ceará, no período de 1984 a 1994, cujo coeficiente de incidência variou de 78,1 a 67,8 por cem mil habitantes.

Por sua vez, a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza apresentou uma série de dados mostrando que, no período de 1991 a 1995 o coeficiente de incidência médio foi de 110,1 por cem mil habitantes.

As atividades de controle e tratamento dessa endemia vêm sendo desenvolvidas em todo o Estado de forma sistemática, através de tratamento ambulatorial visando reduzir a transmissibilidade. A procura dos casos é feita entre os comunicantes de tuberculosos e os sintomáticos respiratórios que buscam os serviços de saúde.

Em relação ao problema do abandono ao tratamento, dados obtidos diretamente nos arquivos do Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza mostraram percentuais de 15,7 em 1995 e 13,2 em 1996.

Não há dúvida que o abandono ao tratamento é um componente que influencia a situação epidemiológica e, conseqüentemente, o controle da tuberculose. Tendo em vista, por um lado, a gravidade da tuberculose e, por outro lado, a complexidade do problema do abandono ao tratamento, urge a necessidade de investigações que contribuam para identificar os fatores causais dessa situação, objetivando implantar processos eficazes de intervenção.

Não obstante existirem conhecimentos sobre esses fatores, pouco se sabe sobre os seus processos interativos. Por isso, se justifica a realização da presente investigação com o intuito de contribuir para a compreensão do **"abandono ao tratamento"**.

OBJETIVOS

Geral

Analisar os fatores que determinaram o abandono ao tratamento da tuberculose , pelos pacientes do Centro de Saúde Oliveira Pombo , no período de 1995 a 1996.

Específicos

- 1 - Descrever a situação epidemiológico da tuberculose no Município de Fortaleza no período de 1995 a 1996.
- 2 - Contextualizar a distribuição de casos novos, e de abandono ao tratamento, no Município de Fortaleza., em particular no Centro de Saúde pesquisado.
- 3 - Identificar as características sócioeconômicas e culturais dos doentes que abandonaram o tratamento .
- 4 - Identificar o nível de conhecimento e percepção sobre tuberculose, entre os doentes que abandonaram o tratamento.
- 5 - Identificar os fatores que contribuem para o abandono do tratamento.
- 6 - Apresentar proposta de ações que contribuam para o desenvolvimento de processos de intervenção no problema de abandono ao tratamento.

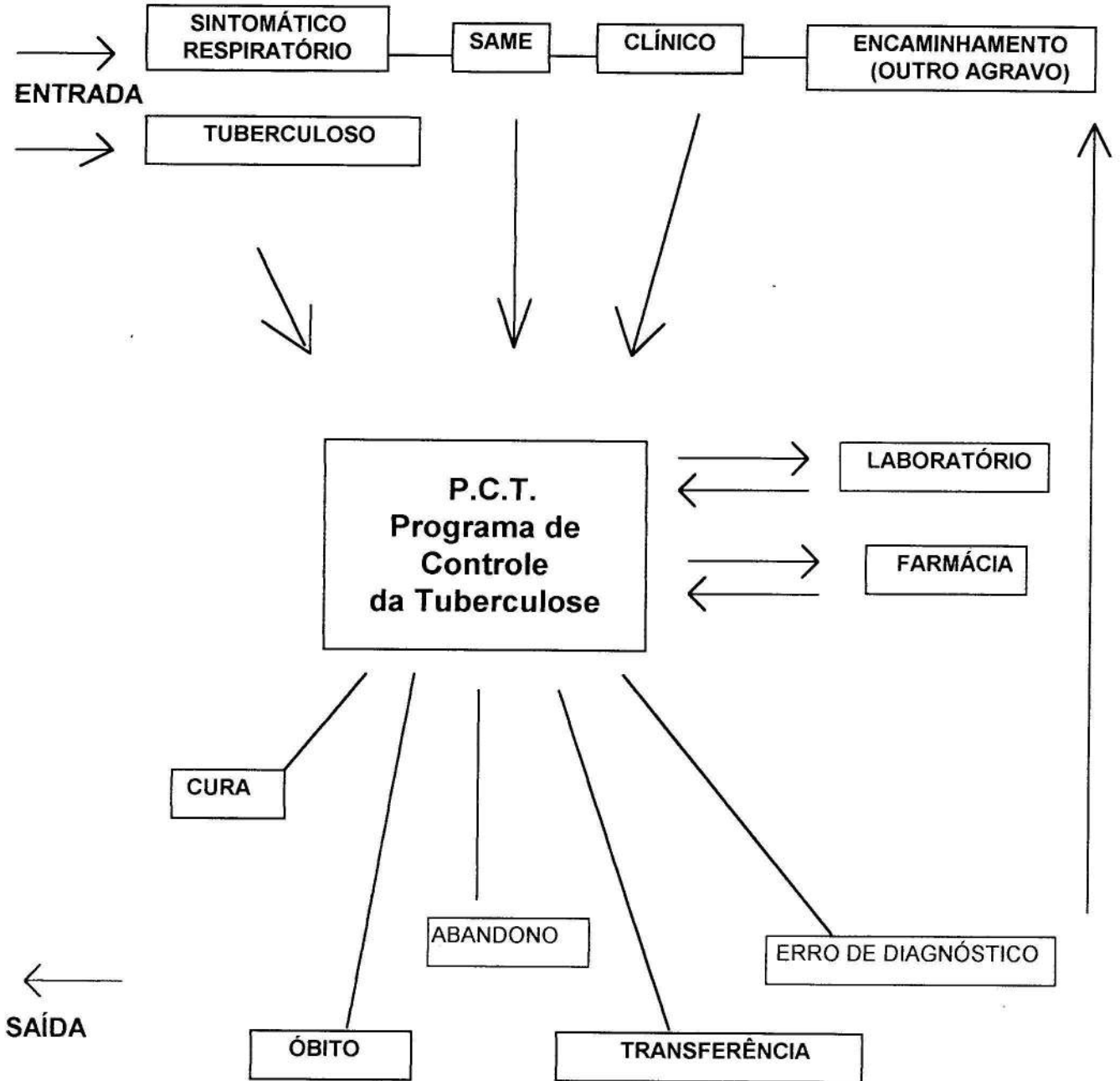
LOCAL DE ESTUDO

A investigação foi desenvolvida na cidade de Fortaleza/CE, tendo como local de estudo, o Centro de Saúde Oliveira Pombo - **CSOP**, - Distrito Sanitário 6 (**DS6**). Esse Centro de Saúde, situado no bairro Demócrito Rocha, oferece à população serviços ambulatoriais diversos, inclusive as atividades que competem ao Programa de Controle da Tuberculose - **PCT.**, cujo atendimento ocorre mediante demanda espontânea ou referenciada por outros serviços, considerando a delimitação da área para esse fim.

A escolha do **CSOP** foi definida levando-se em consideração as facilidades de acesso administrativo, a receptividade e interesse dos profissionais responsáveis pelas ações do **PCT**.

As pessoas que buscam o centro com problemas respiratórios, ou com o diagnóstico de tuberculose, são atendidas conforme o fluxo apresentado na figura que se segue :

Figura 1 - Fluxo de atendimento do Programa de Controle da Tuberculose



As atividades do Programa de Controle da Tuberculose no CSOP têm uma dinâmica de atendimento que segue caminhos diversos, sequenciais como mostra o desenho apresentado na Figura 1. A clientela que demanda esse serviço consta de pessoas

sintomáticas respiratórias (**SR**) e doentes de tuberculose encaminhados de outros serviços.

O **SR** dirige-se ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (**SAME**), onde são coletados dados de identificação na Ficha Geral de Atendimento (**FGA**) (Anexo-1) . Do **SAME**, este cliente é encaminhado à sala do **PCT**, caso mencione queixas compatíveis ao quadro de tuberculose, ou à clínica médica, em situação contrária.

O doente de tuberculose, assim como o **SR** encaminhado ao **PCT**, dá entrada diretamente no Programa, onde seguirão a rotina estabelecida, isto é:

1) Consultório - encaminhamento de exame laboratorial.

2) Laboratório - comprovação etiológica.

3) Consultório - com a comprovação etiológica e/ou clínica, o cliente é inscrito no **PCT**, onde serão preenchidos: Ficha Individual de Notificação (Anexo - 2) , Ficha Individual de Investigação (Anexo - 3), Ficha de Controle de Tratamento (Anexo - 4) e, Livro de Registro de Controle e Tratamento (Anexo - 5). Em seguida, é feita a consulta médica ou de enfermagem para orientações sobre a doença e a prescrição de medicamentos.

4) Farmácia - recebimento da medicação prescrita com retorno ao consultório para as orientações necessárias ao uso dos medicamentos.

O controle do tratamento requer retorno do cliente ao Centro de Saúde para novas consultas e recebimento de medicamentos, uma vez ao mês , e, ao laboratório a cada dois meses para acompanhamento do diagnóstico etiológico.

desligamento do cliente do programa ocorre por vários motivos, a saber: **cura** - com o encerramento do tratamento ; **abandono** - quando a ausência é superior a trinta dias após a data aprazada para o retorno; **transferência** - por solicitação do cliente; **erro de diagnóstico** - mediante comprovação clínica e laboratorial; **óbito**.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TUBERCULOSE: PRIORIDADE EM SAÚDE PÚBLICA

MAHLER (1982), comentando a situação da tuberculose no mundo, por ocasião do centenário da descoberta de seu agente etiológico pelo cientista alemão Robert Koch, ressaltou a forma lenta da redução do número de casos. Lembrou que a tuberculose é consequência da combinação de fatores sócioeconômicos e biológicos, fazendo-se necessário o uso de medidas preventivas e terapêuticas, concomitantes. Destacou ainda, a importância do propósito assinado em maio de 1981, de atingir "a saúde para todos no ano 2000", e o slogan apresentado pela União Internacional de Combate à Tuberculose: *Derrotemos a tuberculose - agora e para sempre*.

Estudando sobre problemas e perspectivas da luta antituberculose, PIO (1984) lembra que, no início da década de 1960, as ações de controle e tratamento da tuberculose eram desenvolvidas através de serviços especializados, inclusive campanhas, o que as tornavam insuficientes nos países subdesenvolvidos. Entretanto, passados vinte anos da formulação de uma política integrada de programas de controle da tuberculose, tendo por base uma tecnologia simplificada, verifica-se que, nos países subdesenvolvidos, o risco de infecção vem se mantendo constante. Tal situação levou o autor a fazer os seguintes questionamentos:

a) Significa dizer que fracassamos e não nos resta esperança ?

b) Onde estão os serviços de saúde a serem integrados ?

c) É realista a estratégia mundial de "saúde para todos" no ano 2000, no que se refere ao controle da tuberculose ?

O Coordenador do Programa de Tuberculose do Ministério da Saúde (KOCHI - 1995) iniciou pronunciamento sobre o Dia Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil - 17 de novembro, afirmando que:

A tuberculose é uma das crises de saúde mais negligenciada. Apesar de seu perigo alarmante, surpreendentemente pouca ação tem sido efetivada para fazer face à epidemia de tuberculose.

Comentou, também, KOCHI que as bases políticas da OMS para o controle da tuberculose partem da compreensão global da história natural da doença, e da disponibilidade de técnicas de intervenção simples e eficazes.

Segundo dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde sobre tuberculose, na próxima década deverão ocorrer cerca de noventa milhões de casos e trinta milhões de óbitos em todo o mundo. Diante de tal situação, esse organismo internacional conclamou as autoridades governamentais a empregarem esforços, no sentido de modificar o quadro epidemiológico da tuberculose (HIJJAR, 1995).

Em declaração ao Jornal - Ciência Hoje, em dezembro de 1995 (JCH, 1995), o ex-ministro da Saúde, Adib Jatene, informou que o Brasil ocupava o 6º lugar no mundo em relação ao número de doentes de tuberculose. Ressaltou, ainda, a pretensão do Ministério da Saúde de instalar centros para a prevenção e combate da doença em todos os municípios brasileiros, com o propósito de curar pelo menos 85% dos casos descobertos.

Em estudo realizado em Buenos Aires BELTRAN et al. (1983), detectaram que os pacientes acometidos por tuberculose caracterizavam-se por: serem, na maioria, migrantes da área rural residindo em domicílios precários e insalubres; conservarem

padrões culturais que favoreciam uma visão particular da doença e da cura; terem hábitos frequentes de álcool e fumo ; pertencerem em grande parte a famílias desintegradas ou mal constituídas ; terem baixo nível de escolaridade e péssimas condições nutricionais.

Nos Estados Unidos BYRD et al (1996) destacaram que a associação entre tuberculose e síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS vem sendo notificado em todo o mundo , tornando-se fator desencadeante de alterações no perfil epidemiológico da tuberculose , principalmente nos países desenvolvidos, onde os dados já apresentavam uma tendência decrescente. Relataram também que, nos Estados Unidos, o aumento da incidência de casos por tuberculose associado a AIDS está relacionado com a pouca familiaridade dos médicos com a sutileza do diagnóstico, cuidados e tratamento.

Corroborando com os autores acima, CHRETIEN (1990), reforça o fato de que, em 1985, o número de casos de tuberculose nos Estados Unidos cresceu em decorrência da epidemia de AIDS. Chama a atenção de forma contundente quanto à necessidade de a classe médica situar no seu cotidiano, novamente, a prática da procura de casos novos.

A importância dos países incluírem, nos seus planos racionais, ações emergentes que provoquem impacto na associação tuberculose - AIDS, foi citada por MURRAY (1991). Segundo este, o aumento do número de casos de tuberculose, tanto em países industrializados como em nações em desenvolvimento, deve-se à coinfeção com a AIDS , considerando que a ação do HIV reduz a capacidade imunitária do organismo. O autor chama a atenção para a necessidade de avanços em investigações nas áreas básica, clínica, epidemiológica e operacional no sentido de colaborar no combate a esse agravo.

Um outro estudo realizado nos Estados Unidos por FRIEDEN (1993) cita que os índices de incidência e de mortalidade aumentaram assustadoramente , a partir de 1980, particularmente nas cidades de Nova Iorque e São Francisco. Tal fato evidenciou-se com o

surgimento da epidemia de AIDS , tendo sido registrado em Nova Iorque um aumento de casos de tuberculose de 132%, no período de 1980 a 1990.

A situação da tuberculose nas Américas relatada no Boletim Epidemiológico (OPAS - 1992) destaca que esta endemia não tem apresentado comportamento uniforme nos diversos países. No Panamá, por exemplo, depois de uma diminuição do número de casos no período de 1978 - 84, ocorreu um aumento entre 1985 a 1988 , passando a taxa de incidência de 18 a 33 por 100 mil habitantes. Na Bolívia, no período de 1982 - 92 , a taxa de incidência duplicou, passando de 77 a 150. No Brasil, entre 1982 e 1991, foi registrado uma redução de 63 para 36 casos por 100 mil habitantes. No Equador, a incidência teve uma ascensão apresentando atualmente uma taxa de 52 por 100 mil habitantes. Na Venezuela, a taxa de incidência tem permanecido constante nos últimos anos, em torno de 25 por 100 mil habitantes. No tocante a associação tuberculose e AIDS informou, ainda, que o México manteve constante o número de casos notificados nos últimos anos, aproximadamente 15 mil casos , dos quais se estima que 10% estejam associados com a AIDS. Nos Estados Unidos, após uma redução do número de casos por várias décadas, há uma estimativa de 15 milhões de pessoas infectadas.

BETHLEM (1995), em artigo publicado no Boletim de Pneumologia Sanitária , questionou os fatores que estão influenciando no aumento da tuberculose em países desenvolvidos e, particularmente, naqueles em desenvolvimento. No Brasil, esse autor destacou os seguintes fatores: as péssimas condições sócioeconômicas favorecendo a precariedade de moradia e a carência de alimentação; as migrações internas para grandes cidades, o que ocasionalmente dão origem à promiscuidade e ao uso de drogas; a ignorância sobre as formas de prevenção e tratamento; o despreparo médico; e o abandono de tratamento. No tocante ao abandono, o autor referiu que, quando os

pacientes deixam de tomar a medicação e, após algum tempo, a retomam, os bacilos tornam-se geralmente sensíveis, podendo ocorrer multiresistência às drogas.

Por sua vez RUFFINO (1991) fez uma reflexão geral e crítica sobre a tuberculose no Brasil, quanto às informações biológicas da tuberculose; condições de perpetuação da transmissão; meios de controle; indicadores epidemiológicos, operativos e técnicos; magnitude do problema no Brasil; e perspectivas da luta contra a tuberculose. O autor questionou amplamente todos esses aspectos, destacando que

*a compreensão da **doença tuberculose** somente será possível com uma visão globalizante que abarque o meio social dentro do qual estarão interagindo e promovendo encontros efetivos entre tuberculosos e sadios. Tentar entender a tuberculose exclusivamente entre tuberculosos seria uma marcha muito cambeta, pouco promissora em termos de explicação, acrescido dos inconvenientes advindos dos modelos errados de compreensões e soluções propostas aos problemas.*

No XXVI Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, HIJJAR (1992) discorreu sobre a situação da tuberculose no Brasil e o seu acometimento em pessoas com baixo poder aquisitivo e em idade produtiva. Referiu o autor que a taxa de incidência média no Brasil não é uniforme entre as diversas regiões, estados e municípios. Assim, é que os estados das regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores taxas de incidência do País, chegando a valores de 64,5 e 58,8 por 100 mil habitantes, respectivamente.

O quadro da tuberculose apresentado no Boletim de Epidemiologia Sanitária / Ministério da Saúde (1993) identificou as faixas etárias que correm maior risco de infecção. Nos países desenvolvidos, verificou que o risco é maior nos grupos de maior idade. O mesmo não acontece nos países em desenvolvimento, onde o risco de infecção

é maior no grupo etário de 15 a 49 anos de idade, ou seja, faixa etária produtiva. Informa, também, que na maioria dos países os dados de mortalidade são subestimados.

A propósito do comportamento da tuberculose AZEVEDO (1993), desenvolveu um estudo em Minas Gerais, no período de 1982 a 1991, no qual afirmou que o perfil epidemiológico da doença manteve-se bastante estável, apesar das constantes modificações no sistema de saúde. A incidência média da tuberculose em todas as formas, nesse período, foi de 54,52 por 100 mil habitantes. Em relação aos grupos etários, a incidência acentuou-se na faixa de 20 a 39 anos, ou seja, na população adulta jovem. O percentual de abandono ficou em torno de 11,3%, com reingresso de 7%.

O documento do Ministério da Saúde (1992), produzido sobre **Proposta de Ensino, Serviço e Controle da Tuberculose**, apontou a existência de uma relação muito estreita entre a distribuição geográfica da tuberculose e os índices sócio-econômicos dos diversos países. A desnutrição, as más condições de habitação, as altas taxas de incidência, assim como o contato frequente e prolongado das pessoas que convivem no mesmo domicílio com doentes bacilíferos, são fatores que levam ao acometimento da tuberculose em população de baixa renda.

O editorial do Boletim Epidemiológico Ministério da Saúde (1996) ressalta que

a tuberculose sempre foi um problema de saúde pública, principalmente nos países do terceiro mundo, onde se concentram 95% dos casos. A redução drástica da incidência nos países desenvolvidos e a falsa sensação de que a doença já estava dominada, levou à desativação dos programas de controle, com redução significativa de recursos. Mas em consequência do empobrecimento, em nível mundial, de grandes contingentes populacionais, do aparecimento da AIDS e da desestruturação de serviços públicos de saúde, a tuberculose ressurgiu nas duas

últimas décadas, inclusive com formas resistentes aos esquemas terapêuticos habituais.

2.2 CONTROLE E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Programas de detecção e tratamento de casos foram analisados por GRZYBAWSKY (1982) no extremo norte (Groenlândia, Alasca e Canadá), entre os esquimós, onde se estimava, por volta de 1950, dois casos de tuberculose positiva em cada cem esquimós e um caso em cada quatro crianças infectada pelo bacilo. Esses programas incluíram atividades intensivas de detecção de casos , tratamento completo em sanatório por um período médio de dois anos, vacinação com BCG e quimioprofilaxia, além da importante cooperação da população, identificada como essencial ao êxito das ações. O autor concluiu que o papel da população foi fundamental ao sucesso do programa.

Estudando o controle da tuberculose na África, NKINDA (1982) identificou que a detecção de casos e a quimioterapia constituíam a arma mais eficiente para o controle de tuberculose. Esse autor verificou que as principais razões contribuintes para a manutenção de elevado risco de infecção foram: o abandono ao tratamento, a ingestão irregular de medicamentos, os tratamentos inadequados, as deficiências no tocante a exames laboratoriais e, ainda, as migrações.

JR. SNIDER (1982) descreveu como as informações devem ser passadas pelos profissionais de saúde ao paciente, com o propósito de incentivá-lo a cumprir o tratamento. Nesse sentido, destacou a necessidade do uso de linguagem simples, para que este perceba a importância do cumprimento do tratamento e almeje a cura. O autor recomendou que as consultas devem ser apazadas e lembradas , através de contatos telefônicos ou

correio. Ressaltou, ainda, a importância de reuniões grupais para ajudar a solucionar problemas que impedem o cumprimento do tratamento.

Ao estudar as relações do compromisso ou não do paciente de tuberculose com o tratamento KILPATRICK (1987) identificou quatro elementos primários que definiram o comportamento de compromisso: **o paciente, o médico, a doença e a medicação.** Esses quatro elementos influenciariam à manutenção do compromisso do doente com o tratamento, à medida que estivessem presentes: a habilidade no relacionamento médico X paciente, o conhecimento real do doente sobre a doença e o tratamento, e um tipo de tratamento, o mais simples possível, que apresentasse o mínimo possível de efeitos colaterais.

Investigando sobre o problema de compromisso que o doente de tuberculose tinha com o tratamento em New Jersey, REICHMAN (1987) reconheceu que embora essa situação ocorresse em todas as nações, com endemia patente, a solução, no entanto, deveria ser buscada de forma diferente para cada contexto. Esse autor citou vários meios que poderiam contribuir para reduzir o abandono, como seguem:

- a) o atendimento seja apazado em consonância com o horário do cliente;
- b) serviços disponíveis em horários noturnos e fins de semana;
- c) descentralização dos serviços para facilitar o acesso;
- d) previsão de transporte quando necessário;
- e) pessoa bilíngue no quadro de pessoal;
- f) confirmação da consulta;
- g) área de lazer para as crianças;
- h) isenção de qualquer tipo de gasto;
- i) disponibilidade de serviços diagnósticos;
- j) atendimento gentil e serviço de cafezinho.

Através de um estudo retrospectivo com 195 pacientes submetidos a tratamento, em Buenos Aires no período de 1980 a 1987, IRURZUN et al (1990) identificaram os fatores associados ao não cumprimento do tratamento. Os resultados apresentados mostraram que, um em cada dez pacientes, atribuiu os seguintes impedimentos ao tratamento: falta de remédios no ambulatório; mau atendimento; adiamento das consultas por mais de trinta dias; uso de mais de um meio de transporte para se deslocar ao ambulatório. Esses autores verificaram que os pacientes que abandonaram o tratamento correspondiam, em maioria, àqueles que se dirigiam ao serviço de saúde mais tardiamente, após o início dos sintomas. Destacaram, também, que o profissional médico foi apontado por todos os pacientes como sendo a principal fonte de informação.

HIJJAR (1992), analisando a operacionalização do programa de controle da tuberculose no Brasil, citou que, na década de oitenta, foram elaboradas coortes com 144.260 pacientes de todas as formas de tuberculose, apresentando os seguintes resultados: 78,5% curados, 14,2% de abandono, 3,8% de óbito, 1,7% de falência de tratamento, 1,7% de transferência e, 0,2% de mudança de esquema, em decorrência de toxicidade. Concluiu o autor que os dez anos de tratamento de curta duração, oferecidos pelos serviços de saúde no Brasil, tem obtido boa efetividade. Reconheceu, todavia, que as taxas de alta por abandono, em torno de 15%, concorrem para reduzir a eficácia do programa. Destacou o fato de que cerca de 25% do abandono ocorreram no primeiro mês após o início do tratamento, e, os demais, após o 2º mês do tratamento.

A influência dos fatores sócio-culturais no controle e tratamento da tuberculose, tem sido bastante discutida. Nesse sentido RUBEL (1992) identificou a pouca importância que tem sido dada ao conhecimento do doente de tuberculose sobre os seus problemas de saúde. Em suas conclusões e recomendações, ressaltou a necessidade de investigações acerca da influência desses fatores na decisão dos doentes de continuarem ou não a

quimioterapia, bem como na identificação das barreiras à doença que provocam a não adesão ao tratamento.

No Boletim de Pneumologia Sanitária (1993), estão contidas informações quanto ao esquema atual de tratamento da tuberculose no Brasil. Esse esquema foi resultante de investigação científica sobre a terapêutica, realizada no período de 1972 a 1978. Mediante a comprovação da eficácia dos medicamentos, foi normalizado para todo o País um esquema de rotina de 6 meses de duração, com drogas usadas por via oral e de forma auto-administradas. A padronização do esquema de tratamento foi estabelecida em 1979, com o uso da rifampicina, da isoniazida e da pirazinamida. A implantação desse esquema de tratamento visou à redução das internações. Esse boletim citou ainda que esse esquema de tratamento, padronizado e em uso no Brasil, é considerado internacionalmente como aquele de menor duração e de maior potência e eficácia, e deve ser desenvolvido em regime ambulatorial no serviço de saúde, de preferência o mais próximo da residência do doente.

O Programa de Controle da Tuberculose, a partir de 1980 passou a ter um sistema único de informação, possibilitando o conhecimento de doentes diagnosticados e tratados através de avaliações estaduais trimestrais. GERHARDT & RIBEIRO (1995) relataram os indicadores estabelecidos, definidos segundo os critérios de encerramento de casos e resultados do tratamento:

- a) Resultado favorável ou cura: tratamento concluído com baciloscopia negativa ou ausência de escarro; nos casos inicialmente negativos ou extra-pulmonares quando o tratamento foi concluído com resposta clínica favorável.
- b) Abandono de tratamento: doente que não compareceu ao serviço de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada ao seu retorno.
- c) Transferência: doente transferido para outro serviço de saúde.

d) Mudança de diagnóstico: constatado erro no diagnóstico inicial.

e) Óbito: por conhecimento da morte do doente.

Os mesmos autores comentaram ainda que, segundo a OMS, o impacto epidemiológico só poderá ser atingido quando a busca de casos for 70% e a taxa de cura for, no mínimo, de 85%. Por outro lado, o Programa de Controle da Tuberculose, para atingir estes percentuais, tem como pontos críticos a combater: o custo, a resistência bacteriana aos quimioterápicos e a não adesão ao tratamento.

O Manual de Normas para Controle de Tuberculose (1995) recomenda que, para que o controle do tratamento tenha êxito, é fundamental a adesão do doente. Isso implica que o mesmo tenha conhecimento sobre a doença, a duração do tratamento prescrito, a importância da regularidade no uso das drogas e as graves consequências advindas da interrupção ou abandono do tratamento. No que se refere aos comunicantes, deve ser solicitado o comparecimento desses à unidade de saúde para serem submetidos a exames e receberem orientações.

A situação atual da tuberculose no mundo e no Brasil, foi comentada por ROSEMBERG (1995) destacando que há no mundo um bilhão e setecentos milhões de pessoas infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o que corresponde a um terço da população. Três quartos habitam os países em desenvolvimento, sendo 75% pessoas com idade inferior a cinquenta anos. Ao contrário, nos países desenvolvidos, 80% dos infectados estão acima de cinquenta anos. Outro aspecto comentado foi o risco de infecção tuberculosa anual, que nos países desenvolvidos varia de 0,1 a 1,1% e, nos demais países, o mínimo é de 0,5, chegando a 2,5%. Ao analisar a tuberculose no Brasil, mostrou a importância de ampliar e tornar eficiente a rede de saúde pública, melhorar os serviços responsáveis pelo diagnóstico bacteriológico e clínico-radiológico e, manter um programa de quimioterapia de massa que possa curar todos os casos de tuberculose.

Citou, também, a vacina BCG como a melhor arma para enfrentar a primo-infecção tuberculosa, ressaltando o que foi preconizado pela União Internacional Contra Tuberculose . Assim é que, segundo esse autor, o programa de vacinação com BCG só deve ser suspenso quando a taxa anual de tuberculose pulmonar bacilífera for até 5 casos por 100 mil habitantes nos últimos três anos, o risco de infecção até 0,1% e a incidência de meningite até cinco anos de idade for inferior a um por 10 milhões de habitantes.

Mais recentemente, LIEFOOGHE et al (1995) publicaram resultados de pesquisa sobre esquemas de tratamento e percepção de tuberculose . Esses autores verificaram altos índices de abandono , variando de 25% a 36%, de acordo com o esquema definido. Os resultados sobre percepção da doença apontaram para a necessidade de campanhas educativas que proporcionem subsídios ao comprometimento dos pacientes com o tratamento.

No que se refere a aceitação do tratamento por homens e mulheres HUDELSON (1996) realizou uma revisão sobre o atual conhecimento da influência de fatores sócioeconômicos e culturais, segundo o sexo no controle e tratamento da tuberculose. O autor aponta a influência desses fatores como ocorrente de várias maneiras, destacando-se:

- a) a maior ou menor exposição ao bacilo, considerando o ambiente e o tipo de trabalho desenvolvido;
- b) o medo da doença e o estigma social, que tem maior impacto na mulher do que no homem;
- c) a detecção precoce da doença e o compromisso com o tratamento , que são condutas assumidas, em maior escala, pelas mulheres do que pelos homens.

A implantação de uma nova forma de tratamento foi avaliada por DICK et al. (1996). Tratava-se do Projeto Operation Elsie's River, numa área de alta incidência de

tuberculose no Cabo, Oeste da África do Sul, com dois grupos; um de adultos e outro de crianças. Esse projeto tinha como estratégia a **Directly Observed Therapy (DOT)** , que consistia na prática da auto-administração dos comprimidos, sendo observada quanto à ingestão dos mesmos, por uma pessoa do programa, na tentativa de estimular o doente a cumprir corretamente o tratamento. Os resultados revelaram que o grupo de crianças cumpriu melhor o tratamento que o de adultos. Esse fato foi justificado pelo apoio dado ao programa, por parte das mães ou responsáveis. Ressaltaram, ainda, os autores que, mesmo com o uso do DOT, a pouca aderência ao tratamento continua sendo a maior barreira para a erradicação da tuberculose na África do Sul.

A questão do controle da tuberculose no Brasil foi comentada por TEIXEIRA (1993) o qual refere seu início na década de oitenta, de forma racionalmente programada, descentralizada e integrada à rede de serviços. Ao setor saúde foi recomendado o desenvolvimento das seguintes atividades: busca de sintomáticos respiratórios, garantia de tratamento regular dos casos diagnosticados, exame sistemático dos comunicantes de casos bacilíferos, controle do abandono de tratamento e manutenção de elevada cobertura vacinal com a BCG. O autor fez, ainda, reflexões sobre a década de noventa, afirmando ser necessário e urgente o estabelecimento de um plano de ação que contemple as atividades de controle, a existência de recursos para pesquisas operacionais, a simplificação e a efetividade do sistema de informação , e a capacitação do pessoal dos diferentes níveis de serviço.

Em reunião para avaliação operacional do **PNCT** , foi mostrado que o tratamento auto-administrado, adotado na década de 80, reduziu o contato do paciente com a equipe de saúde, dificultando a adesão ao tratamento e facilitando o abandono. Nesse evento, foi também discutida a estratégia da busca dos casos de abandono feita através do

correio, cujo resultado tem apresentado um reingresso de apenas 15,3% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993)

2.3 PROBLEMAS DO TRATAMENTO E DO ABANDONO

O estudo retrospectivo realizado em Uganda, por WATTS (1972), constatou que os pacientes abandonavam o tratamento da tuberculose, em razão das dificuldades impostas pela própria Unidade de Saúde, a exemplo da perda do cartão de matrícula e da ida à Unidade em dia não aprazado.

A questão do abandono foi estudada por BECKER (1976) no qual demonstrou que o abandono ao tratamento contribui de forma significativa para o insucesso terapêutico da tuberculose, identificando como fatores contribuintes o grau de alfabetização, o baixo rendimento salarial e o alcoolismo. Essa autora, investigando sobre as condições sócioeconômicas dos pacientes que abandonaram o tratamento, verificou que 84% eram semi-analfabetos ou analfabetos; cerca de 90% tinham ganho mensal inferior a um salário mínimo e 48,8% faziam uso constante de bebida alcoólica. Apontou, ainda, na investigação deficiência do serviço de saúde, como outro fator de interferência no êxito do tratamento.

A problemática do abandono foi identificada por ADDINGTON (1979), nos Estados Unidos, o problema do cumprimento ao tratamento, verificou que este é similar entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos. O que difere é a forma de solucionar esse problema, por causa das diferentes realidades. Citou como exemplo a diferença gritante que há entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, no tocante aos sistemas de saúde

CROSS et al (1980) apontaram que a proporção de pessoas com tuberculose ativa, que concluem o tratamento dentro do esquema padronizado, varia de 20 - 40% nos países subdesenvolvidos a 70 - 75% nos Estados Unidos.

Em relação ao tempo de tratamento DAMASCENO (1980), verificou que no Brasil o abandono ao tratamento de tuberculose, vem ocorrendo na maior parte dos casos após o terceiro mês de tratamento, em decorrência do desaparecimento dos sintomas, fator que levava os pacientes a relegar o tratamento a um plano secundário.

Em estudo realizado na cidade de Buenos Aires BELTRAN et al. (1983), analisaram a realidade e as perspectivas de 21 pacientes com tuberculose, atendidos na **Unidad de Consulta Externa da Cátedra de Tisioneumologia**. Foram registrados 93 pacientes, no entanto, só foi possível trabalhar com 21 destes. Os demais não foram localizados por se tratar de: moradores de favelas recentemente extintas; pessoas sem endereço fixo ou com endereço falso; empregadas domésticas que tinham deixado o domicílio por exigência dos patrões; pacientes cujas correspondências foram devolvidas pelo correio. Essa pesquisa revelou que o abandono ao tratamento ocorreu mediante as seguintes causas: desemprego; dificuldade no trabalho surgidas pelos pedidos de licença, frequentes; necessidade de acompanhamento semanal, para administração de drogas; tempo gasto em cada consulta; exigências de exames periódicos e de alto custo; erros de informação; e por considerar-se curado devido o desaparecimento dos sintomas.

Verificamos no estudo de HOPEWELL et al. (1984) no Peru, o propósito de mensurar a eficácia operacional do tratamento da tuberculose com duração de doze meses. O estudo feito com 2510 pacientes mostrou que 47% foram considerados curados, 41% abandonaram o tratamento, 6% tiveram falência de tratamento, 4% foram a óbito e, 2% recidivaram. Os autores levantaram a hipótese de que as altas taxas de abandono

estariam relacionadas ao inadequado sistema de saúde, aos aspectos topográficos do País, às dificuldades de acesso ao serviço, e ao nível econômico e cultural da população.

Uma outra investigação desenvolvida na Etiópia por TEKLU (1984) identificou o número de pacientes que iniciaram e não concluíram o tratamento, no **Centro de Tuberculosis de Addis Abeba**. Ao todo, foram 460 doentes, sendo 292 homens e 168 mulheres. As causas que se relacionaram ao fracasso do tratamento foram: carência de medicamentos, falta de transporte, intolerância a medicamentos, doenças intercorrentes, horário da consulta no mesmo horário do trabalho, mudança do endereço pelo doente, situação sócioeconômica e o passado cultural da Etiópia.

No entanto estudo realizado por FARGA (1984), no Chile, traz uma análise sobre o fracasso do tratamento da tuberculose, identificando seis causas: associação inadequada das drogas; abandono do tratamento; tratamentos irregulares; resistência bacteriana; toxicidade das drogas; situações especiais, tais como a tuberculose associada a outras doenças e alcoolismo. O autor destacou, no entanto, que foi o abandono a causa mais frequente do fracasso do tratamento, sendo o ponto de grande desafio aos serviços de saúde que fazem controle e tratamento dessa doença. Chamou atenção ainda para a necessidade de aprimorar os serviços de saúde na direção de concentrar as instituições responsáveis e reunir esforços na resolução do problema do abandono. Considerou também que o abandono representa, em maior escala, mais um fracasso operacional do que epidemiológico.

Sob um prisma mais abrangente dos fatores responsáveis pelo abandono ao tratamento CHAULET (1987), destacou como fatores determinantes a recusa total do doente, o não cumprimento durante o período estabelecido e o uso irregular e incorreto dos medicamentos. Ressaltou que este último fator poderia acontecer em decorrência de erro de prescrição médica ou ainda por decisão espontânea do doente. O autor imputou ao

Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT a responsabilidade em todos os seus níveis de atuação, pelo êxito ou fracasso do programa de controle da tuberculose.

BARAYOBRE et al. (1987) retomaram uma investigação feita sobre abandono de tratamento em Olavarría, província de Buenos Aires, no ano de 1978, e realizaram um estudo, nove anos depois, com o objetivo de compreender os fatores psicológicos que justificassem o abandono de tratamento. Traçaram um paralelo entre lepra, loucura e tuberculose, a partir de três elementos comuns: medo de contágio, marginalização e isolamento social. Os autores conduziram o estudo na linha psicanalítica, analisando a estrutura do aparato psíquico da tuberculose, o papel em si da doença e da instituição para o paciente. As conclusões levaram à formulação das seguintes questões:

- a) O agravo pulmonar poderia estar relacionado com o agravo psíquico do paciente, por este já possuir uma estrutura psicótica?
- b) Qual deveria ser o papel da instituição, e o que deveria ser oferecido aos pacientes com tuberculose que, além do agravo pulmonar teriam um agravo na sua estrutura psíquica?

Uma situação especial foi estudada por COSTA (1988), no período de 1966 a 1980, sobre o programa de controle da tuberculose em Mato Grosso do Sul. O estudo abrangeu sete grupos indígenas, identificando que a taxa de abandono foi de zero para quatro grupos, e de 4,5%, 15,0% e 20,3% para os três restantes. Estes três grupos compreendiam aqueles que tinham maior resistência cultural à dominação do branco.

Em Ghana, WERF Van Der et al (1990) realizaram um estudo com 569 pacientes, no período 1984 - 87, para avaliar a adesão à terapia de tuberculose, em serviço de área rural. Os autores identificaram que a taxa de abandono ao tratamento foi maior nos homens do que nas mulheres. Recomendaram, nesse sentido, que fossem incorporadas ao programa atividades de educação em saúde.

No Ceará OLINDA (1990) realizou estudo sobre abandono de tratamento da tuberculose, no período de 1984 a 1987, através de dados contidos na Ficha de Notificação e Controle da Tuberculose. A autora constatou que o abandono, nesse período, ficou em torno de 7,5%. Em relação ao sexo, verificou que 39,6% dos casos de abandono eram do sexo feminino e, 60,4 correspondiam ao sexo masculino. Quanto às causas do abandono, a autora externou algumas suposições, tais como: o alcoolismo, o receio das abstenções sucessivas ao trabalho, o difícil acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada.

ORMERLOD & PRESCOTT (1991), avaliando na Escócia o nível de cumprimento do tratamento em relação à idade, verificaram que existia diferenças entre os grupos etários, como sendo: os doentes com idade superior a 60 anos são os mais cumpridores no tratamento; e, doentes entre 15 a 29 anos os menos cumpridores. Os autores verificaram que a maior aderência ao tratamento dos indivíduos acima de sessenta anos, deve-se à percepção que estes tinham sobre a gravidade da doença.

No documento CONTROLE DA TUBERCULOSE - MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992), está enfocado que o sucesso do tratamento depende de fatores ligados ao doente, e a qualidade do atendimento. A organização e a operacionalização do serviço requer um bom relacionamento equipe de saúde *versus* cliente, manutenção da distribuição de medicamentos ininterruptamente, compromisso dos profissionais, e atividades de educação para a saúde. A baixa qualidade nas ações de controle contribui para aumentar o abandono, o que significa manter ativas as fontes de infecção, promover a "cronicização", favorecer a resistência bacilar às drogas, além de dar oportunidade a recidivas nos que abandonaram precocemente o tratamento com baciloscopia de escarro negativa.

O problema da não adesão ao tratamento também foi estudado por OVIawe (1993) na Nigéria, com mães de filhos acometidos por tuberculose. Esse autor identificou,

como fatores responsáveis pelo abandono do tratamento, o baixo nível educacional das mães, a ruptura da família e o desaparecimento dos sintomas após o início do tratamento.

Na cidade de Salvador -Bahia SAMPAIO et al. (1994) desenvolveram estudo, no período de 1990 a 1992, com 104 pacientes no Hospital Octavio Mangabeira, que tiveram pelo menos uma cepa isolada e requerido teste de sensibilidade. Esse estudo objetivou determinar as causas de interrupção do esquema terapêutico. Foram entrevistados para esse fim 34 pacientes que citaram como razões da interrupção do tratamento os seguintes motivos: sentir dor no estômago; não sentir estímulo para tomar os remédios; acreditar que estava curado; terminar a medicação antes da consulta marcada; acreditar que a droga não produz efeito; falta de dinheiro para transporte, tomar outro tipo de medicamento, falta de medicamento no posto, sentir agravamento dos sintomas, greve nos transportes públicos e gravidez. Esses autores detectaram, também, que 71% dos pacientes que abandonaram o tratamento eram alcoólatras.

O Boletim BLOCO DE DADOS(1994) registrou, em relação ao abandono de tratamento no Ceará, índices de 10,8% em 1993 e , de 13,0% no ano de 1994. Estes índices demonstram que o abandono do tratamento de tuberculose continua sendo um dos motivos para o pouco sucesso que vem sendo alcançado no controle dessa endemia no Estado.

LIEFOOGHE et al. (1995) realizaram um estudo em Sialkot (Paquistão) para acompanhamento de 3950 pacientes com tuberculose, registrados no período de janeiro de 1998 a dezembro de 1990. Foram acompanhados doentes fazendo uso de esquema longo (doze meses) e de esquema curto (oito meses). Constataram esses autores que entre os doentes de uso de esquema longo, o índice de abandono era de 26% no primeiro mês e de 36% no segundo mês. Esse percentual teve redução entre os doentes que usavam o

esquema curto, ou seja, o nível de abandono ficou em 25% no primeiro mês e 32% no segundo mês , após o início do tratamento.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a execução dessa investigação, seguimos duas abordagens metodológicas: uma quantitativa, no sentido de desenvolver um estudo descritivo sobre a situação epidemiológica da tuberculose em Fortaleza e, contextualizar a tuberculose e o abandono ao tratamento no CSOP; outra qualitativa, com o propósito de compreender a percepção dos entrevistados sobre a doença e o tratamento

Visando descrever a situação epidemiológica da tuberculose, principalmente no que se refere a distribuição dos casos de abandono ao tratamento no Município de Fortaleza, utilizou-se fonte primária do banco de dados do sistema de informação da Secretaria de Saúde do Município e documentos existentes no Centro de Saúde.

No sentido de contextualizar a distribuição de casos novos e de abandono ao tratamento, no Centro de Saúde em estudo, investigou-se os casos por sexo, faixa etária e formas clínicas. Para tal, coletou-se dados da Ficha Geral de Atendimento e do Livro de Registro de Controle e Tratamento, existentes no arquivo do CSOP, transpondo-os para a **Ficha de Levantamento de Dados** (Anexo 6).

Considerando que as pessoas residentes na área correspondente ao DS6 são atendidas, também, em um outro Centro de Saúde, tornou-se inviável calcular a incidência da tuberculose em relação ao Centro de Saúde investigado.

Para compreender o problema específico de abandono ao tratamento, elaboramos como instrumento de coleta de dados um **Questionário semi-estruturado** (Anexo 7), cujo processo de elaboração e aplicação ocorreu da seguinte forma:

a) Busca de informações prévias no CSOP junto ao pessoal técnico , fichas e prontuários sobre os sujeitos da pesquisa .

b) Discussão na equipe para a estruturação do questionário, no sentido de que este não tivesse a conotação de uma "camisa de força" para obter informações, mas um "esqueleto" composto de perguntas fechadas e abertas, sugestivas e motivadoras à exposição de opiniões, das inquietações e percepções dos entrevistados.

c) Sessões de estudo pela equipe de entrevistadores (pesquisador, orientador e dois enfermeiros) sobre a compreensão da aplicação do questionário, interação e oportunidade de intercâmbio de entrevistador/entrevistado e postura ética (sigilo do nome e das respostas).

d) Testagem do questionário com a participação de usuários que não faziam parte do grupo a ser estudado.

e) Aprazamento das entrevistas, pelos membros da equipe , com o intuito de manter contato inicial, além de informar sobre a instituição responsável pela pesquisa e garantir a aceitação e credibilidade por parte dos entrevistados.

f) Aplicação dos questionários, diretamente nas residências, realizada através de entrevistas que, na maioria das vezes, contou com a presença de pessoas da família. A propósito, observou-se excelente receptividade por parte de todos os entrevistados.

Entre os pacientes inscritos, no período 1995 - 1996, foram identificadas 28 pessoas que abandonaram o tratamento. No entanto, as entrevistas só foram realizadas em um grupo de quinze. A redução do grupo entrevistado aconteceu em decorrência de problemas relacionados a localização de endereço.

O questionário constou dos seguintes tópicos:

- 1- Dados pessoais: sexo , idade , estado civil , escolaridade , ocupação e ganho mensal.
- 2- Unidade física residencial da família
- 3- Conhecimento e percepção da doença .
- 4- Reação da família, amigos, vizinhos, e no ambiente de trabalho, após o conhecimento do diagnóstico.
- 5- Percepção do atendimento prestado no Centro de Saúde.
- 6- Conhecimento sobre o tratamento e suas reações.
- 7- Fatores responsáveis pelo abandono do tratamento.
- 8- Aspectos de estilo de vida prejudiciais à saúde (fumo, drogas e álcool).
- 9- Conhecimento sobre medidas de prevenção e cura da tuberculose.
- 10- Decisões e pretensões, em relação à saúde, após o abandono do tratamento.

Os dados e o conteúdo do material obtidos das entrevistas e das observações junto aos entrevistados foram organizados em tabelas e em relatos sobre as unidades de registros.

O material apresentado no questionário foi analisado da seguinte maneira:

a) Leitura do material , repetidamente à assimilação do conteúdo , como também, para favorecer a ordenação do mesmo.

b) Sistematização das respostas: os dados foram agrupados com o intuito de aproximar os significados revelados na fala dos entrevistados.

c) Interpretação das falas de cada entrevistado sobre sua realidade sentida e percebida da situação problema - isto é : ser um tuberculoso - como se manifestaram os sintomas ? Isto nos mostra o problema através do olhar do próprio entrevistado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fins de melhor compreensão da dinâmica da investigação os resultados serão apresentados e discutidos simultaneamente, a seguir:

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE E DO ABANDONO AO TRATAMENTO EM FORTALEZA NOS ANOS DE 1995 E 1996

O Município de Fortaleza, com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, foi "distritalizado" em nove distritos sanitários, permanecendo assim até o período do presente estudo. Essa divisão teve como propósito oferecer serviços de saúde essenciais para a população residente nas áreas delimitadas. A **Tabela 1** apresenta a área correspondente a cada distrito bem como, o número de habitantes residentes em cada.

Tabela 1

Distritos Sanitários de Fortaleza por área e habitantes - 1996

Distrito Sanitário	Área (km ²)	Nº de habitantes
DS1	21,3	281.561
DS2	33,3	193.464
DS3	52,3	113.398
DS4	57,4	149.687
DS5	38,7	179.038
DS6	39,0	306.842
DS7	32,6	254.564
DS8	19,6	226.745
DS9	19,6	318.841
Total	313,8	2.024.140

Fonte : Secretaria de Saúde de Fortaleza.

Os Distritos Sanitários contam com 82 unidades de saúde das quais, apenas 13 (15,8%), são responsáveis pelas ações do Programa de Controle da Tuberculose.

O **Programa de Controle da Tuberculose (PCT)** é administrado pela Secretaria de Saúde do Município, e localmente pelas unidades de saúde. A Secretaria de Saúde do Município, com o apoio da Secretaria de Saúde do Estado, que programa e integra as ações de controle da tuberculose nas unidades de saúde, coordena a operação de atividades específicas e treina pessoal para a execução das atividades.

A "distritalização" favoreceu a descentralização da assistência do PCT, facilitando o acesso das pessoas que, anteriormente, só contavam com unidades de atendimento no centro da cidade.

Verifica-se na **Tabela 2** que os coeficientes de incidência da tuberculose por Distrito Sanitário apresentaram variação, entre os distritos, de 63,2 em 1995 a 53,0 em 1996. A maior incidência ocorreu no DS8 com 114,6 e 102,7 e a menor no DS1 com 51,4 e 49,7 por cem mil habitantes.

Tabela 2

Incidência de tuberculose em Fortaleza, por Distritos Sanitários no período de 1995 a 1996.

DS	1995			1996		
	População	Nº casos	Coef. Incid.	População	Nº casos	Coef. Incid.
DS1	273.976	141	51,4	281.561	140	49,7
DS2	182.253	141	77,3	193.464	137	70,8
DS3	110.343	84	76,1	113.398	84	74,0
DS4	145.654	127	87,1	149.687	125	83,5
DS5	174.215	144	82,6	179.038	144	80,4
DS6	298.576	242	81,0	306.842	230	74,9
DS7	247.709	237	95,6	254.564	208	81,7
DS8	220.637	253	114,6	226.745	233	112,7
DS9	310.251	343	110,5	318.841	307	96,2

Fonte: Secretaria de Saúde de Fortaleza/ Dep. de Epidemiologia

Nas **Tabelas 3 e 4** observa-se que a incidência, segundo as faixas etárias, são mais elevadas entre as pessoas maiores de cinquenta anos e no grupo etário de 15 a 49 anos.

Tabela 3

Incidência de tuberculose em Fortaleza por faixa etária em 1995.

Faixa etária	População	Nº de casos	Coef. Incidência
0 ____ 4	224.339	28	12,4
5 ____ 9	229.657	14	6,0
10 ____ 14	215.869	40	18,5
15 ____ 49	1.051.681	1293	122,9
50 +	242.065	334	137,9
Ignorado	-	3	-
TOTAL	1.963.611	1712	87,1

Fonte: Secretaria de Saúde de Fortaleza/ Dep. de Epidemiologia

Tabela 4

Incidência de tuberculose em Fortaleza por faixa etária em 1996.

Faixa etária	População	Nº de casos	Coef. Incidência
0 ____ 4	230.549	24	10,4
5 ____ 9	236.015	20	8,4
10 ____ 14	221.846	28	12,6
15 ____ 49	1.086.964	1169	107,5
50 +	248.766	357	143,5
Ignorado	-	10	-
TOTAL	2.024.140	1608	79,4

Fonte: Secretaria de Saúde de Fortaleza / Dep. de Epidemiologia

A **Tabela 5** mostra a distribuição dos casos de abandono ao tratamento no período 1995 - 1996, em Fortaleza. Observa-se nesta, que em 1995, o menor percentual de abandono foi no DS7, com 13,5%, e a maior no DS2, com 18,4%. Já em 1996, constatou-se o menor foi no DS6 - 8,3%, e a maior no DS7 - 18,8%.

Tabela 5

Casos de abandono ao tratamento de tuberculose ,por Distritos Sanitário, em Fortaleza - 1995-96

Distritos Sanitários	1995			1996		
	Nº de Casos	Nº	%	Nº de Casos	Nº	%
DS 1	141	22	15,6	140	16	11,4
DS 2	141	26	18,4	137	14	10,2
DS 3	84	15	17,9	84	11	13,1
DS 4	127	23	18,1	125	18	14,4
DS 5	144	25	17,4	144	22	15,3
DS 6	242	35	14,5	230	19	8,3
DS 7	237	32	13,5	208	39	18,8
DS 8	253	39	15,4	233	34	14,6
DS 9	343	53	15,4	307	39	12,7

Fonte :Secretaria de Saúde de Fortaleza / Dep. de Epidemiologia

Os dados apresentados sobre a situação epidemiológica da tuberculose em Fortaleza, nos dois anos em estudo, caracterizam a forma endêmica que esta vem

ocorrendo, bem como o fato de acometer em maior percentual as pessoas em faixa etária produtiva.

Segundo informações da Secretaria de Saúde de Fortaleza, o coeficiente de incidência médio calculado no período de 1995 - 96 foi de 93,1 por 100 mil habitantes. Esse valor é superior ao valor apresentado por HIJJAR, (1992) para os estados do Nordeste, como sendo de 58,8 por 100.000 habitantes.

Um outro ponto importante foi o percentual de abandono verificado em todos os Distritos, atingindo um valor médio de 14,4%.

4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DA TUBERCULOSE E DO ABANDONO AO TRATAMENTO NO CENTRO DE SAÚDE OLIVEIRA POMBO

A tuberculose foi identificada e analisada, no Centro de Saúde Oliveira Pombo, quanto ao número de casos confirmados e em relação a adesão ao tratamento.

Na **Tabela 6** estão consolidados os dados sobre os casos confirmados, distribuídos por sexo, no CSOP nos anos de 1995 e 1996. Observa-se que o maior número de casos é representado pelo sexo masculino.

TABELA 6

Distribuição dos casos de tuberculose em 1995 e 1996, segundo o sexo, no C.S.O .P.
Fortaleza - CE.

SEXO	1995		1996		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	61	53,5	81	61,4	142	57,7
FEMININO	53	46,5	51	38,6	104	42,3
TOTAL	114	100,0	132	100,0	246	100,0

Fonte : Centro de Saúde Oliveira Pombo

A **Tabela 7** apresenta a distribuição dos casos quanto à forma clínica. Constatou-se nesta que a forma pulmonar foi responsável por 92,1% dos casos, em 1995 e em 1996 com 90,9% do total de casos. Entre as formas extrapulmonares, identificou-se: a forma pleural, a ganglionar periférica, a genito-urinária, a meningite e a miliar.

TABELA 7

Distribuição dos casos de tuberculose, quanto à forma clínica, no CSOP nos anos de 1995 - 1996.

FORMA CLÍNICA	1995		1996		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PULMONAR	105	92,1	120	90,9	225	91,5
EXTRAPULMONAR	09	7,9	12	9,1	21	8,5
TOTAL	114	100,0	132	100,0	246	100,0

Fonte : Centro de Saúde Oliveira Pombo

Os casos de tuberculose pulmonar apresentados nas **Tabelas 8 e 9**, segundo sexo e faixa etária, mostram que o maior número de casos foi do sexo masculino, tendo sido mais atingida a faixa de pessoas de 20 a 49 anos.

TABELA 8

Frequência dos casos de tuberculose pulmonar, segundo faixa etária e sexo, no C.

S. Oliveira Pombo, em 1995. Fortaleza - CE.

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	
	MASC.		FEM.		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
0 - 4	02	3,3	01	1,9	03	2,6
5 - 9	----	----	----	-----	-----	-----
10 - 14	02	3,3	01	1,9	03	2,6
15 - 19	03	4,9	01	1,9	04	3,5
20 - 29	14	23,0	17	32,1	31	27,2
30 - 39	24	39,3	18	34,0	42	36,9
40 - 49	09	14,8	04	7,5	13	11,4
50 - 59	04	6,5	05	9,4	09	7,9
60 +	03	4,9	05	9,4	08	7,0
Ignorado	---	----	01	1,9	01	0,9
TOTAL	61	100,00	53	100,00	114	100,00

TABELA 9

Frequência dos casos de tuberculose pulmonar segundo faixa etária e sexo no C. S.
Oliveira Pombo em 1996. Fortaleza - CE.

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	
	Nº	MASC. %	FEM. Nº	%		Nº
0 - 4	01	1,2	----	----	01	0,8
5 - 9	02	2,5	----	----	02	1,5
10 - 14	01	1,2	02	3,9	03	2,3
15 - 19	06	7,4	05	9,8	11	8,3
20 - 29	22	27,2	16	31,4	38	28,8
30 - 39	21	26,0	14	27,4	35	26,5
40 - 49	11	13,6	08	15,7	19	14,4
50 - 59	11	13,6	01	2,0	12	9,0
60 +	05	6,1	05	9,8	10	7,6
Ignorada	01	1,2	----	----	01	0,8
TOTAL	81	100,0	51	100,0	132	100,0

Das 246 pessoas submetidas a tratamento nos dois anos estudados, 28 abandonaram o tratamento, o que corresponde a uma taxa de abandono de 11,3%. Essa informação mostra que o abandono por pessoas do sexo masculino se deu em todas as faixas de idade. Em relação ao número de pessoas submetidas a tratamento, segundo o sexo verificou-se que 19 (15%) foram do sexo masculino e, 9 (9%) foram do sexo feminino. Todavia, entre as mulheres, o abandono foi caracterizado nas faixas de 20 a 49

anos de idade. Do total de pessoas que abandonaram o tratamento, ou seja 28, verificou-se que 19 (67,9%) eram homens, e 9 (32,1%) eram mulheres.

TABELA 10

Distribuição do abandono ao tratamento de tuberculose segundo grupo etário e sexo, no período 1995-96, no C.S.O .P. Fortaleza-CE.

Grupos Etários	Sexo				TOTAL
	Masc.		Fem.		
	Nº	%	Nº	%	
< 15	----	----	----	----	----
15 - 19	01	5,3	02	22,2	03
20 - 29	06	31,6	04	44,5	10
30 - 39	05	26,3	02	22,2	07
40 - 49	02	10,5	01	11,1	03
50 - 59	03	15,8	---	----	03
60 +	02	10,5	---	----	02
TOTAL	19	100,0	09	100,0	28

A decisão de abandonar o tratamento foi tomada em períodos diferentes pelos pacientes, conforme discriminação seguinte: um paciente, abandonou com apenas um mês; oito, aos dois meses; onze, aos três meses; dois, aos quatro e, aos cinco meses, quatro pacientes. Dois pacientes não tinham registro no prontuário quanto ao período que abandonaram o tratamento.

É importante chamar atenção para o período em que ocorreu maior número de casos de abandono, ou seja, até o terceiro mês de tratamento. Nessa condição, identificou-

se 20 casos (77%) dos 26 casos com registro da data do abandono. DAMASCENO (1980) e HIJJAR(1992) verificaram em seus estudos que o abandono acontece na grande maioria após o segundo e o terceiro mês de tratamento. Tais constatações sugerem a seguinte indagação: **esses pacientes estavam informados e conscientes de que a cura da tuberculose só é possível após o encerramento do tratamento ?**

4.3 CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA E CULTURAL DOS ENTREVISTADOS

As informações que constituem a caracterização sócioeconômica e cultural dos entrevistados foram coletadas a partir de dados obtidos dos questionários, através de entrevistas realizadas com quinze pessoas que haviam abandonado o tratamento. Dessas, onze (73%) eram homens e situavam-se na faixa de 20 a 59 anos, e quatro (27%) eram mulheres com idades na faixa de 20 a 39 anos .

Os resultados obtidos quanto ao estado civil dos entrevistados mostraram a seguinte configuração: sete (47%) eram solteiros, dois (13%) estavam casados, um (7%) era viúvo , três (20%) viviam em união consensual e dois (13%) estavam separados.

O nível de escolaridade averiguado entre os entrevistados foi identificado como: uma pessoa sem nenhum nível de escolaridade; onze (79%) tendo o 1º grau incompleto e três (21%) com o 1º grau completo. Observamos assim, que a escolaridade dos entrevistados limitou-se no máximo à conclusão do 1º grau.

A renda mensal informada pelos entrevistados mostra que nove destes (60%), recebiam de um a dois salários mínimos por mês, enquanto três (20%) ganhavam menos de um salário, e os outros três não ganhavam nada ou não sabiam informar.

No que diz respeito as condições das residências dos entrevistados, verificou-se que estas localizavam-se, na sua maioria, em vilas ou favelas de difícil acesso. As casas foram observadas quanto ao tipo de construção (paredes e pisos) e, em relação ao número de cômodos da residência por habitantes.

Das quinze casas visitadas, treze (87%) eram de tijolo com piso de cimento, e duas (13%) eram de taipa sem reboco e com piso morto.

Observamos que o número de cômodos existentes em cada casa, era inferior às necessidades reais da família. A concentração de pessoas, por cômodos, foi muito alta em algumas casa. A partir do total do número de cômodos (64), habitados por 118 pessoas, encontrou-se uma média de 3,68 pessoas por cômodo. Esse dado, por si só, contribui para aumentar o risco de infecção que podem correr as pessoas sãs, convivendo com pessoas bacilíferas. Esse risco, segundo **ROUILLON** et al (1977), está relacionado com a proximidade que o indivíduo são tem com o bacilífero. Justificam os autores que a eliminação do bacilo ocorre em função da velocidade de eliminação do ar expirado. Ou seja, durante a tosse, podem ser eliminadas até 3.500 partículas infectadas e, no espirro, é possível eliminar até um milhão de partículas.

A descrição das condições sobre saneamento do domicílio envolveu a água, o esgoto e o lixo. Em relação à água, verificou-se que 14 entrevistados (93%) usavam água da Companhia de Água e Esgotos do Ceará - CAGEGE, enquanto um utilizava água de cacimba da própria residência. Cerca de 60% (9) das famílias acumulavam os dejetos em fossas sépticas, e 40% (6) os mantêm em sumidouros com esgoto a céu aberto. Quanto ao lixo residencial, 65% (10) contam com coleta pública de forma irregular e 35% (5) o depositam em terreno baldio.

As informações apresentadas caracterizam os entrevistados em níveis de baixa escolaridade, baixa renda mensal e precárias condições de habitação.

4.4 RELATO COMENTADO SOBRE O MATERIAL DO QUESTIONÁRIO E OBSERVAÇÕES FEITAS PELOS ENTREVISTADORES

Os relatos trazem a percepção que cada um tem de si, quando descobriram que estavam acometidos pela tuberculose. Constam da "fala" do entrevistado e informações sobre o mesmo, seguida da análise .

ENTREVISTADO 1 (E - 1)

Minha mãe e duas irmãs já tiveram tuberculose. . . quando soube que estava doente fiquei muito desgostosa . . . acho que piorei da cabeça . . . a minha família não deu apoio, os amigos se isolaram e, alguns amigos me ajudaram . . . gostei muito do atendimento do médico e da enfermeira . . . os remédios me davam enjoô por isso eu jogava eles no sanitário . . . bebo cachaça e fumo cigarro quando me dão . . . acho que se a gente fizer o tratamento fica bom da tuberculose. . .

E - 1 é solteira, 23 anos, 1º grau incompleto, não tem profissão (quando precisa de dinheiro pede ao pai ou aos vizinhos). Relatou que iniciou um tratamento no CSOP em fevereiro/95, tendo tomado os medicamentos apenas por um mês. Em novembro/95, resolveu procurar um hospital por apresentar tosse , febre e escarro com sangue . Foi encaminhada novamente ao CSOP, por ser este próximo de sua casa. Iniciou o segundo tratamento, para o qual teve a mesma conduta, deixou de tomar os medicamentos após o primeiro mês. Atribuiu o abandono à falta de dinheiro para pagar o ônibus. Recebeu uma visita domiciliar para retomar o tratamento, porém não deu atenção ao chamado. Disse, no momento da entrevista, que estava bem de saúde, portanto não pretendia fazer nada para

melhorar o seu estado geral . No entanto, observou-se ferimentos generalizados no corpo e o abdome distendido. A entrevistada abandonou o tratamento por duas vezes. Esse fato pode ser entendido pelo seu estado de saúde mental , pela falta de apoio da família e , ainda , por não ter recebido estímulo dos profissionais do Centro de Saúde, para entender a importância do tratamento . A forma como afirmou que a doença já tinha acometido a mãe e mais duas irmãs expressou resignação e passividade , diante da sua situação. Percebeu-se que a carência afetiva, ocasionada pela falta de apoio da família, tornou-a desmotivada a tomar qualquer atitude em benefício de sua saúde

E - 2

Acho que a tuberculose pode ser evitada . . . basta para isso ter higiene e não fumar . . . penso que peguei essa doença porque bebia no mesmo copo de uma pessoa doente . . a tuberculose mexeu com os meus sentimentos e tirou a minha liberdade . . . todos me deram apoio, a família, os vizinhos e os amigos . . . tinha medo que os remédios da tuberculose fizessem mal ao meu bebê . . . estou bem, apesar de estar gripado há um mês . . estou evitando poeira e sol quente . . . e ficar perto de fumantes para melhorar a gripe . . .

E - 2 é casada, 24 anos, 1º grau completo, vendedora de confecções e ganha menos que um salário mínimo. Em janeiro/95, procurou um hospital porque não estava bem de saúde, e foi encaminhada ao CSOP. Quando iniciou o tratamento de tuberculose , estava grávida há dois meses. No quinto mês de tratamento, foi hospitalizada com hiperemese gravídica, tendo sido suspensa a administração dos medicamentos. Ao retornar para casa , decidiu não continuar o tratamento, até o nascimento do bebê, por acreditar que a medicação era prejudicial a ele . Logo após o parto, recebeu aerograma e visita domiciliar

solicitando o seu comparecimento ao Centro de Saúde. No entanto, teve dúvidas quanto ao retorno, uma vez que não sentia mais os sintomas de tuberculose. Essas dúvidas não foram devidamente esclarecidas pelo serviço de saúde, fazendo predominar as informações de que tuberculose não é compatível com gravidez. O cumprimento do tratamento até o quinto mês, ocasionando o desaparecimento dos sintomas, deu à entrevistada a impressão de cura. Observou-se, no entanto, após um ano e sete meses do abandono, que a cliente se apresentava bastante preocupada ao referir que estava gripada há um mês.

E - 3

Sei que a tuberculose é causada por um bacilo . . . acho que peguei essa doença por que fumava o mesmo cigarro com outra pessoa . . . quando eu soube do diagnóstico não tive mais coragem de trabalhar . . . as pessoas diziam que era preguiça . . . os vizinhos falaram para a minha companheira que ela ia ficar doente . . . ela ficou com medo e foi embora . . . os amigos me deram alimento e ajuda de dinheiro . . . o patrão disse que eu tivesse calma e tomasse os remédios . . . tomei os remédios mas não parei de beber e de fumar . . ."

E - 3 é separado, 42 anos, 1º grau incompleto, soldador, não sabendo informar quanto ganha. Em agosto/95, procurou um hospital por estar se sentindo muito doente, e foi encaminhado ao CSOP. Ficou bastante preocupado, quando soube do diagnóstico de tuberculose. Acha que a doença tem cura e é muito contagiosa, uma vez que o médico orientou para que ele protegesse a boca com um pano, sempre que fosse tossir. Os comprimidos lhe causavam tontura e baixavam a pressão. Após três meses de tratamento,

fez uma baciloscopia, cujo resultado foi negativo. Esse fato o fez deduzir que estava curado e, por conseguinte, abandonou o tratamento. Admite ser alcoólatra e fuma em média duas carteiras de cigarro por dia. No entanto, considera-se bem de saúde, por isso não tem nada o que fazer para melhorá-la.

E - 4

Sei que a tuberculose é uma doença que só pode ser curada por Deus e pelas vitaminas . . . acho que peguei essa doença pelas extravagâncias que fazia . . . farras, drogas, álcool . . . a minha família ficou muito preocupada . . . os meus amigos de farra sumiram quando souberam da doença . . . hoje só conto com os meus irmãos da igreja . . . fui curado por Deus . . .

E - 4 é solteiro, 24 anos, 1º grau incompleto, jardineiro, não sabe informar o seu ganho mensal. Em agosto/95, foi hospitalizado, apresentando febre, tosse e cansaço. Encaminhado ao CSOP, iniciou o tratamento. Relatou que, antes de adoecer, fazia uso constante de bebida alcoólica e de maconha. Quando soube que estava com tuberculose, sua vida teve uma mudança radical, tornou-se "crente", abandonando o álcool e a maconha. Buscou e encontrou na fé explicação para o fato de ter adoecido e o apoio para conseguir a cura. Após três meses que havia iniciado o tratamento, decidiu abandoná-lo. Essa atitude, segundo o seu relato, foi em decorrência do desaparecimento dos sintomas atribuída à "cura divina". Afirmou também que considerava os antibióticos prejudiciais ao organismo. Embora tendo recebido carta do Centro de Saúde, convocando-o a voltar ao tratamento, não atendeu ao chamado, diante da certeza que tinha de estar curado. A tuberculose foi caracterizada por **E - 4** como um marco de mudança na sua vida, dividindo-a em dois momentos: antes e depois da doença, pois foi de lá que ele chegou à fé, encontrando as explicações para o fato de ter adoecido e para a solução da cura. A

renúncia ao modo de vida anterior, o apoio dos irmãos "crentes" e a obediência das leis da igreja, levaram-no à "cura divina". Nesse caso, o envolvimento religioso superou todas as possibilidades que os profissionais de saúde teriam para incentivá-lo a concluir o tratamento.

E - 5

Acredito que a tuberculose é causada pelo álcool . . . para evitar é só não beber, porque a cura quem dá é Deus . . . fiquei sem ânimo quando soube que estava doente . . . deixei de trabalhar . . . meu irmão bebia e morreu com tuberculose . . . minha família me trata muito mal . . . eu queria encontrar um remédio para eu parar de beber. . .

E - 5 é solteiro, 36 anos, nunca estudou e não está trabalhando. Tem a profissão de auxiliar de pedreiro, com a qual ganhava de um a dois salários mínimos por mês. Tem conhecimento sobre tuberculose através de seu irmão, que era doente e foi a óbito. Quando apresentou os mesmos sintomas do irmão, procurou o CSOP. Embora reconheça o bom atendimento do Centro de Saúde, só cumpriu o tratamento por três meses. O conhecimento do entrevistado sobre a doença baseia-se na história familiar, repercutindo nas suas reações e comportamento, após o surgimento da tuberculose. A reação familiar foi bastante afetada. A família, ao tomar conhecimento da sua situação, ficou preocupada com o contágio e passou a tratá-lo muito mal, pois temia que transmitisse a doença para as demais pessoas da casa. O processo de identificação com o irmão que morreu de tuberculose e como ele era alcoólatra, tornou-se uma idéia fixa e fatalista. Tem consciência de que a doença só tem cura para quem cumpre todo o tratamento, e, no seu caso, considera isso impossível pelo fato de ser alcoólatra. Não tem meios de controlar o vício da

bebida , que considera como a causa responsável pelo abandono do tratamento. Embora tenha recebido uma chamada telefônica e uma visita domiciliar de pessoas do Centro de Saúde para retornar ao tratamento, não atendeu porque, na época , se sentia melhor. Diz que sua saúde não é boa. Mesmo tendo citado, no momento da entrevista, que sente dor no peito, na cabeça e nas pernas, cansaço e tosse com catarro, mantém-se resignado e apático à situação da doença. Sua maior pretensão expressa no depoimento "é tomar um remédio" que o faça parar de beber.

E - 6

Antes de adoecer eu não sabia nada de tuberculose . . . não sei qual foi o motivo desta doença . . . quando soube que estava com tuberculose pensei que ia morrer . . . minha família ficou preocupada e, os vizinhos se afastaram . . . depois que comecei o tratamento descobri que estava grávida . . . fiquei com medo dos remédios fazerem mal pro bebê . . . mas, com os três meses de remédios me deixaram quase boa, eu suspendi e só vou tomar depois que o bebê nascer . . .

E - 6 é doméstica, 22 anos, vive em união consensual, 1º grau incompleto, ganha menos de um salário mínimo por mês. Em julho/96, procurou um hospital porque estava se sentindo muito doente. Daí, foi encaminhada ao CSOP, onde foi diagnosticada tuberculose e prescrito um tratamento. Os medicamentos que tomava em jejum lhe causavam náuseas. No terceiro mês de tratamento, foi comprovado que estava grávida. Na consulta pré-natal , recebeu orientação para continuar com o tratamento da tuberculose, mas a família e os amigos afirmaram que a medicação iria causar danos ao bebê. Optou por suspender o tratamento e só recomeçar após o parto. Observamos, nesse caso, a preocupação da

mãe em querer preservar a saúde do filho, mesmo que em prejuízo da sua. As informações dadas sobre sua doença durante a consulta pré-natal não foram convincentes ao ponto de fazê-la cumprir o tratamento até o final. A opção de não tomar os medicamentos foi feita conscientemente, acatando também a opinião da família e dos amigos.

E - 7

Sei que a tuberculose é uma doença antiga mas, não sei como se pega . . . para evitar não se deve comer nem beber na mesma vasilha de outra pessoa . . . só tem cura se for tratada no começo . . . não acreditei que estava com tuberculose porque não tinha catarro . . . tanto os meus amigos como os meus vizinhos acharam que eu tinha era macumba . . .

E - 7 é solteira, 33 anos, 1º grau incompleto, doméstica, ganhando um salário mínimo por mês. Em abril/96, marcou uma consulta no CSOP por apresentar tosse seca, falta de apetite e perda de peso. O diagnóstico de tuberculose foi considerado absurdo pela entrevistada, pelo fato de não apresentar escarro. A doença não a afastou do trabalho. Ressaltou que os medicamentos causavam tonturas e dores abdominais. Com apenas dois meses de tratamento, decidiu abandoná-lo, justificando, por um lado, com o fato de não sentir melhora e, por outro, as dificuldades no deslocamento ao CSOP, em relação à distância percorrida a pé sob o sol quente, no dia da consulta. Recebeu a visita de uma assistente social convocando-a para retornar ao Centro de Saúde mas, como estava se sentindo bem, não atendeu à solicitação. O conhecimento, da entrevistada, de que a tuberculose tem sempre como sintomas febre e escarro lhe trouxe dúvidas quanto ao diagnóstico que lhe foi atribuído. Essa idéia foi reforçada com a opinião dos amigos e

dos vizinhos, cuja explicação para os sintomas apresentados era "macumba". A falta de credibilidade no diagnóstico acentuou-se a partir do momento em que os remédios não causaram qualquer melhora. Consequentemente, o abandono ocorreu de forma natural.

E - 8

Conheço tuberculose porque uns vizinhos meus já morreram com ela . . . para evitar tem que separar o copo do doente . . . adoeci porque jogava baralho a noite com uma pessoa que tinha tuberculose e, eu fumava o mesmo cigarro com ele . . . os meus parentes ficaram preocupados . . . os meus amigos não mudaram nada. . .

Mecânico, 35 anos, **E - 8** tem 1º grau incompleto, vive em união consensual e ganha de um a dois salários ao mês. Em novembro/95, procurou um hospital, por apresentar escarro com sangue e perda de peso. A convivência com pessoas acometidas por tuberculose tornou o entrevistado, até certo ponto, receptivo a doença. Foi encaminhado ao CSOP, onde foi comprovada tuberculose. Iniciou o tratamento e parou de trabalhar por três meses por orientação do patrão. No final do terceiro mês, começou a sentir-se melhor, o que o levou à decisão de não tomar mais os medicamentos e retornar ao trabalho. Embora tenha recebido uma visita domiciliar convocando-o ao retorno do tratamento, resolveu não atender, por sentir-se curado. Considera-se alcoólico, bebe desde a idade de 14 anos, é fumante e faz uso de maconha há cinco anos. Afirmou que tem saúde, procura se alimentar bem e vem diminuindo o cigarro. O hábito de jogar, o uso constante de bebida alcoólica, bem como de outra droga, deixou-o indiferente quanto à busca da cura da doença. Embora tenha sido evidenciado pelo entrevistado o preconceito

no trabalho, ele deu pouca importância à doença e ao tratamento, decidindo, por conta própria, o encerramento após o desaparecimento dos sintomas.

E - 9

Sei que a tuberculoses tem cura com o tratamento . . . quando soube que estava doente fiquei triste . . . achava que ia morrer e não podia mais trabalhar . . . passei a comer em prato separado e, procurei me afastar da mulher e dos filhos . . . os amigos e os vizinhos se isolaram com medo de pegar a doença . . . a minha patroa me entendeu e, mandou eu almoçar em casa . . .

E - 9 é casado, 25 anos, 1º grau incompleto, porteiro, ganhando um salário e meio por mês. Em fevereiro/96, compareceu ao CSOP para exame de escarro, cuja baciloscopia foi positiva a tuberculose. Iniciou o tratamento e abandonou após dois meses. Em junho do mesmo ano, retornou ao Centro de Saúde, queixando-se de tosse, vômitos, tontura, perda de peso e fadiga. Mais uma vez, o exame comprovou tuberculose, sendo iniciado novo tratamento. Nesse intervalo, sua mulher contraiu também a doença. Ao completar dois meses de tratamento, **E - 9** viajou e suspendeu os medicamentos. Quando retornou, recebeu uma visitadora do Centro, convocando-o para retomar o tratamento. Declarou que não compareceu ao CSOP pelo fato de não poder sair no horário de trabalho. Faz uso de bebida alcoólica há oito anos e fuma em média uma carteira de cigarro por dia. Percebeu-se nele sentimento de tristeza, medo de morrer e preocupação de não poder mais trabalhar, como resultado da estigmatização social da doença, expressado pelo afastamento dos amigos e dos vizinhos. Mesmo estando a companheira com tuberculose, o

receio de contaminar os filhos foi revelado pela preocupação com o isolamento de seus objetos de uso pessoal.

E - 10

Conheço a tuberculose desde que o meu tio morreu com ela . . . penso que ela é transmitida pela colher e prato . . . também se falar perto das pessoas . . . quando soube que estava com essa doença , fiquei muito triste e com vontade de me isolar . . . a família me deu todo apoio, os vizinhos e os amigos não disseram nada . . . o patrão me deu um tempo para eu me tratar . . . não me dei bem com os comprimidos porque tinha que tomar em jejum . . . acho que estou bem de saúde mas, sinto muito cansaço . . . não vou mais tomar os comprimidos, vou ficar bom só com alimentação e deixando o vício . . .

E - 10 é solteiro, 23 anos, 1º grau incompleto, vendedor ambulante , ganhando menos de um salário mínimo. Em janeiro/96, procurou um hospital por apresentar tosse, catarro com sangue, febre, cansaço e perda de peso. Foi encaminhado ao CSOP , já com o diagnóstico de tuberculose , para fazer o tratamento. Tomou a medicação nos dois primeiros meses, rejeitando-a pelo fato de a ingestão ser em jejum. Em julho/96, retornou ao Centro de Saúde com a mesma sintomatologia , sendo-lhe prescrito novo tratamento. Após um mês de medicação, teve que suspendê-la para viajar e, ao retornar, não deu continuidade ao tratamento. Embora tenha recebido uma visitadora do Centro, convocando-o para reingressar no tratamento , decidiu não ir. As reações de tristeza e isolamento, manifestadas após o conhecimento do diagnóstico, traduzem preconceito em relação ao modo de transmissão da doença.

E - 11

Conheço pouca coisa sobre tuberculose, sei que é uma doença que passa de uma pessoa para outra . . . quando o médico me disse que estava com essa doença, eu não acreditei, pois eu achava que minha doença era outra . . . eu trabalho com produto químico, bebo muito e . . . cheiro solvente de verniz quando acaba o trabalho . . . preferia que os remédios fosse injeção . . . a família me deu muito apoio . . . os vizinhos e os amigos tiveram muita pena de mim . . . hoje eu estou me sentindo bem . . .

E - 11 é separado, 36 anos, 1º grau incompleto, marceneiro, ganhando menos de um salário mínimo ao mês. Em junho /96, procurou um hospital porque estava se sentindo muito cansado, com tosse, catarro fétido e perda de peso. Foi encaminhado ao CSOP, onde foi diagnosticada tuberculose e prescrito o tratamento. Para o entrevistado, foi uma surpresa o diagnóstico de tuberculose. O entendimento e a percepção dos sintomas que sentia, assim como o fato de que trabalhava em ambiente onde sofria exposição de produtos químicos, impediram-no de acreditar que estivesse com tuberculose. Tais deduções geraram um processo de rejeição ao tratamento, que culminou com o quadro de agravamento sentido após o uso da medicação. Buscou atendimento em outro serviço de saúde, onde os exames novamente realizados não indicaram tuberculose, constatando equívoco no diagnóstico anterior. Retornou ao Centro de Saúde para devolver o restante dos comprimidos e comunicar o ocorrido em relação ao diagnóstico original.

E - 12

Sei que a tuberculose é uma doença que passa se falar perto, se usar o mesmo copo e a mesma roupa . . . quando eu soube que estava doente fiquei triste e tive perda de memória . . . acho que a doença atingiu o meu pulmão e o meu cérebro . . . deixei de trabalhar . . . acho que adoeci por esgotamento físico devido a bebida, ao fumo, a pouca comida e também, porque durmo pouco . . . a família deu apoio e os amigos se isolaram . . . os comprimidos davam tontura e, fazia urinar muito . . . tive vontade de voltar no Centro mas, não fui porque fiquei com medo do médico . . . hoje não estou muito bem . . .

E - 12 é casado, 41 anos, 1º grau incompleto, aposentado por invalidez (problemas neurológicos) e ganha um salário mínimo. Em março/96, sentiu tosse, secreção, perda de peso, frio e fastio. Indicado por um amigo, procurou o CSOP, onde foi constatada tuberculose e iniciado o tratamento. Antes de concluir o primeiro mês de tratamento, passou mal e teve que ser hospitalizado. Ao retornar do hospital, não tomou mais os medicamentos. Em julho/96, reaparecendo os sintomas, retornou ao Centro de Saúde para recomeçar o tratamento. Passados dois meses, surgiu uma viagem, levando-o a um segundo abandono. Recebeu um aerograma do CSOP, convocando-o novamente, porém, não compareceu. Temeu, por um lado, ser repreendido pelo médico e, por outro, pelo fato de sentir-se melhor. O entrevistado faz uso de bebida alcoólica desde os vinte anos e fuma uma carteira de cigarro por dia. Atualmente, não se sente bem, apresentando fraqueza nas pernas, edema nos pés e dificuldades de evacuar. A percepção de que a doença atingiu o seu corpo e a sua mente levou-o a um estado de passividade, prejudicando-o no emprego e agravando o seu quadro clínico. Por se tratar de uma pessoa com vida irregular, no que diz respeito ao hábito de ingestão de bebida alcoólica, não teve

condição de cumprir o tratamento . A falta de interação entre profissional x paciente impediu que este atendesse ao chamado que recebeu do Centro .

E - 13

Sei pouca coisa sobre tuberculose . . . acredito que ela passa para as pessoas até no falar . . . quando soube que estava doente dei um jeito para não trabalhar . . . minha família, os vizinhos e os amigos não tiveram nenhuma reação . . . eu acredito que adoeci no trabalho porque sou fiscal de obras . . . ou então por hereditariedade . . . já teve casos na minha família . . . não conheço nenhum meio de prevenir, mas penso que se a pessoa tomar os remédios e tiver boa alimentação fica bom . . . tomei os comprimidos só dois meses . . . vi que não adianta tomar antibiótico com bebida . . . e , eu não tenho como parar de beber . . . o cigarro eu deixei . . . fumava duas carteiras de cigarro por dia . . .

Casado, com 56 anos e 1º grau completo, **E - 13** é fiscal de obras e ganha um salário e meio ao mês. Em maio/96, procurou um hospital por apresentar tosse, vômito com sangue, febre, perda de peso e anorexia. Foi encaminhado ao CSOP, onde foi diagnosticada tuberculose. Por ser funcionário público, e não querendo que o pessoal soubesse que estava com tuberculose, conseguiu uma licença para tratamento de saúde, através de outro serviço, justificando outra doença. Iniciou o tratamento, abandonando-o com dois meses, alegando que a medicação não iria causar efeito pelo fato de ser alcoólico. Recebeu um telefonema do Centro de Saúde convocando-o para retornar ao tratamento, mas, decidiu por não ir, com receio de ter que apresentar o diagnóstico à

perícia médica. Referiu que sua saúde está razoável, pois apresenta dores nos joelhos, manchas na pele e, vez por outra, a memória falha. Dois fatores objetivos levaram o entrevistado ao abandono do tratamento: o medo da discriminação, ao ser descoberto no trabalho como tuberculoso, e o entendimento de que a ingestão de bebida alcoólica corta o efeito do medicamento.

E - 14

O que sei de tuberculose é que é uma doença que passa de uma pessoa para outra . . . quando soube que estava com essa doença eu fiquei uns dias sem falar com as pessoas . . depois me acostumei . . . e tudo voltou a ser como era antes . . . tenho a impressão que adoeci devido ao sol e a chuva que pego muito . . . acho que essa doença tem cura . . . é só a pessoa tomar os remédios direitinho e se alimentar bem . . . o meu exame de escarro não deu nenhuma cruz . . . não sei bem porque tive que tomar remédio para tuberculose quando o exame deu negativo . . os comprimidos me davam tontura e sono . . tive que me mudar porque briguei com o pessoal na minha casa . . como fui morar muito longe e também porque não tinha dinheiro para pagar o ônibus, tive que deixar o tratamento . . . tenho muita vontade de parar de beber mas, eu não consigo . .

Viuvo, 51 anos, **E - 14** tem 1º grau incompleto e trabalha como vigilante, ganhando um salário mínimo ao mês. Em agosto/96, procurou um hospital, por apresentar febre, tosse, e cansaço. Foi encaminhado ao CSOP, para ser submetido a exames e tratamento. A baciloscopia não positivou, mas, mediante o exame clínico, foi prescrito o tratamento para

tuberculose. Iniciou-o logo em seguida e, cumpriu-o apenas por três meses. Citou como causas do abandono as reações que os comprimidos causavam e a mudança de residência para outro bairro, distante do Centro de Saúde. Afirmou que não está bem de saúde. Disse que ingere bebida alcoólica desde os quatorze anos de idade, sendo que nos os últimos meses, passou a beber diariamente. Referiu, também, que fuma em média uma carteira de cigarro por dia. Constata-se que o entrevistado tinha um conhecimento empírico antes de adoecer e, que permaneceu após o período de tratamento. Segundo seu relato, observou-se que faltou da parte do profissional que o atendeu uma explicação convincente quanto à necessidade de tomar a medicação, mesmo o resultado do exame sendo negativo. Isso ocasionou descredibilidade, tornando-o vulnerável em relação ao cumprimento do tratamento. Outras ocorrências contribuíram para a decisão do abandono, tais como, a distância do Centro de Saúde, a falta de dinheiro para o ônibus, as reações sentidas após a ingestão dos comprimidos e, ainda, o hábito de ingerir bebida alcoólica que o impedia de cumprir o tratamento nos horários estabelecidos.

E - 15

Acho que a tuberculose é transmitida pelo catarro e pela saliva . . . quando soube que estava doente fiquei preocupado e deprimido . . . o pessoal de casa me deu muita força e resolvi fazer o tratamento . . . os amigos e os vizinhos ficaram indiferentes . . . acho que adoeci porque vivo em farras . . . não sentia nada quando tomava os comprimidos, não deixei de beber enquanto tomava os remédios . . . com quatro meses já não sentia nada . . . aí, deixei de ir no Centro de Saúde . . . estou bem de saúde e, continuo fazendo minhas farras bebendo, fumando às vezes duas carteiras de cigarro por dia e usando maconha quando saio para me divertir . . .

E - 15 vive em união consensual, tem 28 anos, 1º grau incompleto, trabalha como servente, mas não sabe informar o ganho mensal. Em março/96, procurou atendimento no CSOP por vir apresentando febre, cansaço, tosse com catarro e perda de peso. O resultado dos exames deram tuberculose, sendo logo prescrito o tratamento. O entrevistado não apresentou reações aos medicamentos. Após o quarto mês de tratamento, os sintomas desapareceram, dando-lhe a certeza de que estava curado e, conseqüentemente, deixando de ir ao Centro de Saúde para cumprir os dois meses que faltavam para terminar o tratamento. Recebeu uma visitadora do Centro em sua casa convocando-o para retomar o tratamento. Não atendeu, pelo fato de o horário da consulta coincidir com o seu horário de trabalho. Geralmente, faz uso de bebida alcoólica, uma vez por semana, desde a adolescência. Fuma em média duas carteiras de cigarro por dia e usa maconha quando sai para se divertir. Relatou que se sente bem de saúde. O entrevistado não mudou seu estilo de vida por ocasião do tratamento. Percebeu-se que se sentiu motivado a fazer o tratamento mas, faltaram-lhe informações convincentes quanto à importância do cumprimento da programação do tratamento, no período de seis meses.

4.5 ANÁLISE DOS RELATOS

Verificamos nos depoimentos apresentados que, tanto a regular renda mensal, quanto o baixo nível de escolaridade dos entrevistados estão relacionados direta ou indiretamente com os fatores que contribuíram para o abandono do tratamento. Entende-se que esses fatores fazem parte de um amplo contexto, associado a outros fatores

sócioeconômicos e culturais que agem em interação sinérgica, favorecendo a predisposição à tuberculose. A propósito desse comentário, BECKER identificou em seu estudo dois elementos contribuintes para o insucesso do tratamento: o baixo rendimento salarial e o grau de alfabetização.

Um ponto relevante dos depoimentos foi a procura do serviço de saúde somente quando a doença estava em fase aguda. Nesse sentido, RUFFINO-NETTO identificou, em estudo realizado em São Paulo, que a percepção da sintomatologia pelo indivíduo está intrinsecamente ligada a sua classe social. Verificou que entre as pessoas de elevada classe social o surgimento da tosse com expectoração pode ser sinal de alerta; contudo, para pessoas de classe social baixa esse sintoma só se torna significativo quando acompanhado de outros que os incapacitem para o trabalho.

A preocupação dos entrevistados com a doença foi apresentada sob um prisma de acentuada estigmatização social. Essa visão ocasionou diversas consequências sociais, desde a reação da família, amigos e vizinhos, ao afastamento do trabalho. LIEFOOGHE et al. (1995), estudando a percepção da tuberculose no Paquistão, identificaram que essa doença era vista como incurável, perigosa e familiar. Relataram, ainda, que as mulheres eram mais estigmatizadas que os homens, pelo fato de serem rejeitadas quanto ao casamento e pelo elevado número de separações entre os casais.

Quanto ao uso de bebida alcóolica, referido por doze entrevistados, observou-se que esse hábito fazia parte do estilo de vida destes, tendo caráter decisivo quanto ao abandono ao tratamento. Tal fato, evidencia uma associação entre o doente de tuberculose que fazia uso de bebida alcóolica e a não aderência ao tratamento. O estudo de RUFFINO & RUFFINO-NETTO (1979) verificou a existência de associação entre hábito de ingestão de bebida alcóolica e tuberculose pulmonar. Esse estudo foi desenvolvido através de um

estudo de caso-controle, tendo sido identificado pelos autores, 44,2% do grupo de casos com hábito de ingestão de bebida alcoólica e 29% do grupo de controles.

Entendemos que o abandono ao tratamento, na maioria dos casos, mesmo tendo sido referida como uma decisão própria do paciente foi respaldada no nível de compreensão que os mesmos tinham sobre a doença e o tratamento.

Outro ponto que merece destaque é a convocação feita pelo Centro de Saúde para retorno ao tratamento. Foi visto, independente da forma como foi feita a convocação (visita, telefonema ou aerograma), que nenhum dos doentes retornou após a comunicação à exceção do cliente tido como erro do diagnóstico, que retornou para devolução dos medicamentos. Deduzimos, portanto, que há uma ligação entre o descaso, apresentado pelos entrevistados, às convocações com o conhecimento e a percepção que esses tinham sobre a doença e o tratamento.

4.6 CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS EM FORMA DE UNIDADES DE REGISTROS

O conhecimento e a percepção dos entrevistados, revelados através das entrevistas seguem-se em forma de unidades de registros, conforme descrição abaixo:

Capacidade de identificação da doença, anterior ao diagnóstico

Entre os entrevistados, verificamos que onze (73,3%) tinham conhecimento sobre casos de tuberculose em pessoas amigas e na família, enquanto quatro (26,7%) desconheciam a existência da doença.

Conhecimento sobre o agente etiológico

Somente duas pessoas souberam identificar o agente etiológico da tuberculose, mencionando-o como bacilo. Três pessoas relataram que a causa da doença foi extravagância com farras (bebidas e mulheres) falta de alimento e esgotamento físico. Os demais não souberam indicar nada que fosse responsável pela causa da doença.

Identificação de sinais e sintomas

Em relação aos sinais e sintomas, todos tiveram respostas compatíveis com o quadro clínico da doença, como segue: tosse seca, tosse com catarro, tosse com catarro e sangue, catarro fétido, perda de peso, emagrecimento, fastio, cansaço, fadiga, vômito, vômito com sangue, tontura, dores nas costelas, no peito e nas pernas, febre e frio.

Mecanismos de transmissão

No que concerne ao mecanismo de transmissão, doze pessoas identificaram o contágio como principal mecanismo, tendo sido traduzido por: contato compartilhado com utensílios domésticos (prato, copo e colher), uso do fumo (cigarro e maconha), roupa usada, catarro, saliva e falar perto de outra pessoa.

Alguns destacaram, ainda, como forma de transmissão, as extravagâncias por meio de farras e bebida alcoólica, o esgotamento físico, a falta de alimentos, a inalação de produto químico (solvente), a hereditariedade, o uso de lagoa com água quente e a exposição ao sol e à chuva.

Conhecimento sobre medidas de prevenção

Quando perguntados se a tuberculose poderia ser prevenida, os entrevistados foram unânimes em responder que "sim". No entanto, quando se pediu para que citassem

as medidas de prevenção, as respostas foram múltiplas e variadas: não fumar e nem usar drogas, tomar os remédios , deixar de beber , não comer nos mesmos pratos, ter uma alimentação reforçada, não usar objetos de pessoas doentes, não usar água quente, ter cuidado com o corpo e ter higiene.

Apenas dois (13.3%) responderam que não tinham conhecimento sobre qualquer medida que possa prevenir a doença.

Conhecimento sobre cura

Quanto à cura, todos responderam que tuberculose tem cura. Ao se interrogar sobre o caminho para a cura, todos disseram que para isso era preciso: "seguir o tratamento , tomando os remédios direito, do jeito que o médico passa".

Ao lado do uso dos medicamentos, foi mencionada, também, a importância de tratar a doença no começo, não beber, não fumar, se alimentar bem, tomar vitaminas e se afastar da mulher, dos filhos e dos amigos para ninguém pegar.

Reações após o diagnóstico

Entre os quinze entrevistados, treze relataram sensações e reações que manifestaram ao ficarem cientes do diagnóstico de tuberculose, tais como: coisa ruim, cabeça atacada, desgosto, desespero, preocupação, tristeza e depressão. Entre os dois restantes, um não acreditou no resultado e o outro não referiu nada.

Mudanças ocorridas após o conhecimento da doença

As respostas sobre possíveis mudanças ocorridas na vida quando souberam do diagnóstico, seis (40%) responderam que "não mudou muita coisa". Entre os demais foram ditas as seguintes mudanças: "deixei de trabalhar" - três, "diminuí o ritmo de

trabalho" - dois, "deixei o trabalho por uns tempos" - um. Os demais relataram mudanças do tipo: "fiquei sem ânimo", "piorei da cabeça", "me afastei da família", "passei a comer separado", "fiz tudo para me recuperar" e "parei de beber e de fumar".

Reações da família, amigos, vizinhos e no ambiente de trabalho

a) Familiares - entre os entrevistados, catorze responderam que tiveram apoio por parte da família. Todavia, esses parentes mesmo oferecendo apoio, manifestaram reações de preocupação, pavor, contrariedade, perturbação e resignação. Apenas um desses destacou o incentivo da família para o seguimento do tratamento.

b)Amigos - sete dos entrevistados (46.6%) não perceberam qualquer reação de mudança nas atitudes e comportamento dos amigos. Dois (13.3%) disseram que os amigos manifestaram disposição para ajudar, e cinco (33.3%) perceberam atitudes de isolamento.

c) Vizinhos - nove entrevistados (63,12%) não perceberam qualquer mudança no relacionamento com os vizinhos. Foram oferecidos a quatro apoio e ajuda por parte dos vizinhos, enquanto dois confessaram que não mantinham contato com os seus vizinhos.

d) Ambiente de trabalho - entre os quinze entrevistados, apenas seis (40%) comunicaram o fato de estarem com tuberculose; quatro não responderam a este quesito; dois não estavam trabalhando; um trabalhava por conta própria; e os dois restantes tomaram a decisão de não informar a situação de doente no trabalho.

Os entrevistados que comunicaram sua situação ao trabalho relataram que, ao tomarem conhecimento da situação, os patrões concordaram com que estes permanecessem trabalhando, sendo que três manifestaram compreensão e apoio, dois deram liberação temporária para tratamento e recuperação e, para o outro, foi posta a restrição de permanência no local de trabalho, no horário do almoço.

Os dois que não comunicaram a doença , disseram ter sido pelo fato de estar em licença e, por não acreditarem que estavam com tuberculose.

Quanto à reação dos colegas de trabalho, cinco falaram que houve compreensão sobre a situação, tendo sido dado destaque a uma visita . Apenas um expressou o afastamento dos companheiros de trabalho.

Motivos que determinaram o abandono ao tratamento

O abandono ao tratamento foi justificado, pelos entrevistados, com motivos de caráter pessoal, como sendo: desaparecimento dos sintomas - quatro, viagem - três, reação aos medicamentos - dois, alcoolismo - dois, gravidez - dois, dinheiro para deslocamento - um e não aceitar o diagnóstico - um .

Percebe-se, nas informações acima que as causas do abandono são decorrentes de uma série de fatores e circunstâncias, que fazem parte de um contexto social e econômico em que vivem os entrevistados.

Estado de saúde atual

Ao se perguntar sobre a situação da sua saúde , as respostas obtidas foram: se sente bem - nove; razoável - um; não se sente bem - três; e dois não expressaram claramente como estavam.

Os que responderam que "se sente bem" e "razoável" afirmaram também que : estavam com gripe há um mês, apresentavam tosse, tosse com catarro, dores no peito, na cabeça e nas pernas, manchas e ferimentos na pele, enjôo, abdome distendido e cansaço.

Estilo de vida e a relação com tuberculose

Foram abordados três hábitos relacionados ao estilo de vida, que contribuem para o agravamento do quadro clínico de pessoas com tuberculose: o uso do fumo, de drogas e a ingestão de bebidas alcólicas.

No que se refere ao uso de fumo (cigarro), cinco revelaram ser "não fumantes", nove disseram ser "fumantes inveterados", e, um afirmou que interrompeu o hábito há um ano pelo fato de estar com tuberculose.

Sobre a quantidade de fumo usada diariamente, entre os que disseram ser "fumantes inveterados", cinco (55,5%) fazem uso de uma a três carteiras por dia, três (30%) menos de uma carteira, somente um desconhece a quantidade exata de cigarro consumido por dia.

Quanto ao uso de drogas, apenas quatro (44,4%) declararam fazer uso de maconha, cocaína, comprimidos, cola e solventes.

A ingestão de bebidas alcólicas foi revelada por dez (66,6%) dos entrevistados, sendo usadas de forma diária ou semanal. As bebidas mencionadas foram cachaça e cerveja. Entre esses dez, oito (53,3%) declararam que o hábito de beber foi adquirido em períodos que variaram de sete a trinta e sete anos.

Decisões e pretensões de mudanças para melhorar a saúde

Apenas sete dos entrevistados fizeram colocações sobre as decisões tomadas e o que pretendem fazer para melhorar a saúde.

A maior parte das decisões foi direcionada ao álcool e ao fumo, referida pelos entrevistados da seguinte forma: "deixei de beber", "parei um pouco de beber" (citado

por duas pessoas), "diminuí o cigarro" e "evito ficar perto de fumantes". Colocaram, ainda, como decisões: "evito sol e praia" e "tomo vitaminas por conta própria".

Quanto à pretensão de condutas que deverão tomar, verificou-se que três pessoas disseram "não pretendo fazer nada pois me sinto bem" e um comentou "não pretendo fazer nada, pois só Deus dá a saúde e em segundo lugar a medicina". Os demais limitaram-se a dizer que iriam continuar diminuindo a bebida e o cigarro.

As entrevistadas que se encontravam grávidas pretendem voltar a tomar os medicamentos após o nascimento do bebê.

História e relação do doente com o serviço de saúde

a - Serviço que procurou quando se sentiu doente

Dez entrevistados, ao se sentirem doentes, procuraram inicialmente os seguintes hospitais: Instituto Dr. José Frota, Hospital de Maracanaú, Santa Casa de Misericórdia e Hospital Geral de Fortaleza. Dois foram ao Centro de Saúde D. Libânia, dois ao Centro de Saúde Oliveira Pombo, e um não lembra onde e quando adoeceu. Todos os entrevistados que se dirigiram aos hospitais foram encaminhados ao Centro de Saúde Oliveira Pombo, uma vez que residiam na área de atendimento do referido Centro de Saúde.

b - Avaliação do atendimento no Centro de Saúde em relação a:

Marcação de consultas

A avaliação sobre o atendimento feito por ocasião da marcação das consultas foi considerado, pelos entrevistados, como sendo "ótimo" - dois, "bom" - seis e "regular" um. Não quiseram responder - três, e não se lembram - três. Alguns ressaltaram a demora na fila quando vão marcar a primeira consulta.

Identificação profissional das pessoas que fizeram as consultas

Os entrevistados identificaram as categorias dos profissionais que os atendiam nas consultas, como sendo: o médico - dois, a enfermeira - cinco, o médico e a enfermeira - sete, o médico, a enfermeira e a assistente social - um.

Modo de perceber as consultas

A opinião sobre as consultas foi dada como: "ótima" - duas pessoas, "bem feita" - cinco, "regular" - uma e, sete pacientes não deram a sua opinião..

A justificativa para esses pareceres deu-se por conta da atenção dispensadas pelos profissionais, da solicitação dos exames, da medicação gratuita e da amizade com os profissionais. Quanto às orientações feitas durante as consultas, as pessoas não conseguiram se lembrar, com exceção de um entrevistado, que recebeu orientação do médico para colocar um pano na boca sempre que fosse tossir. Foram citados, ainda, os equivocados de diagnóstico e medicação, cujo caso foi confirmado posteriormente em um hospital da rede.

O atendimento na farmácia

O atendimento na farmácia foi classificado como: "bom" - treze, "nem sempre bom" - um e, "sem resposta" - um. Observou-se, entretanto, que os pacientes recebem os medicamentos sem embalagem, possibilitando a perda dos mesmos no percurso para casa.

Medicamentos

Em relação ao conhecimento acerca dos medicamentos prescritos no tratamento, verificou-se que nenhum dos entrevistados soube dizer o nome dos medicamentos que tomaram. A lembrança que ficou marcante entre esses relacionou-se com a cor e a forma dos comprimidos.

Reação ao comunicado ao Centro de Saúde para retorno ao tratamento

Constatou-se que, independente do tipo de comunicação, nenhuma das pessoas comunicadas retornaram ao tratamento. Essa atitude foi justificada da seguinte forma: "estava me sentindo bem", "estava curado" "não tinha com quem ir" , "não via resultado no tratamento" , "trabalhava no horário do atendimento" e "devido a perícia exigida no trabalho".

Sugestões para melhorar o atendimento à pessoa com tuberculose

As sugestões foram feitas da seguinte forma: "os médicos deveriam chegar na hora marcada..... pois se anda muito no sol" , " os médicos deveriam ficar mais tempo no centro", pois um chega às 10 e sai às 11 horas, outro chega às 12 e sai às 13 horas", "seria melhor se pudessem atender mais pessoas " e " ter sempre alguém para fazer consultas".

Foram ainda sugeridas algumas medidas, como segue: "mais médicos e enfermeiras", "que as pessoas cumpram o horário de trabalho" e "melhorar o atendimento para diminuir as filas" , "não deixar faltar remédios" e "reservar fichas para o 1º atendimento quando a pessoa for suspeita de tuberculose".

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O conhecimento e a compreensão do abandono a terapêutica da tuberculose, nos resultados apresentados, evidenciaram as seguintes conclusões:

- A situação epidemiológica da tuberculose em Fortaleza é preocupante, ao se considerar a incidência apresentada no período estudado.

- O número de unidades de saúde destinadas ao desenvolvimento das atividades do PCT representa, apenas, 15,8% do total de unidades existentes em Fortaleza.

- Há uma sobrecarga de atividades para o profissional responsável pelo PCT no Centro de Saúde investigado, por ocasião da primeira consulta em razão do número de fichas a serem preenchidas.

- O Centro de Saúde Oliveira Pombo apresenta carência de profissionais para desenvolver as ações do PCT.

- O atendimento prestado aos doentes que abandonaram o tratamento, não causou impacto de mudanças quanto aos conhecimentos e/ou comportamento, colaborando para que esses fizessem as próprias deduções acerca da doença e do tratamento.

- A busca de casos no **CSOP** é uma atividade pouco desenvolvida, haja vista as fichas não conterem informações quanto à identificação e à situação dos comunicantes.

- Os tipos de comunicação, utilizados pelo CSOP no sentido de fazer o paciente retomar o tratamento, não obtiveram resposta positiva.

- Os resultados apresentados sobre as causas do abandono ao tratamento, estavam relacionadas a fatores de ordem socioeconômica, cultural e psicológica.

- A estigmatização social em torno da tuberculose foi observada através da conduta das pessoas que convivem com os doentes, e nas reações do próprio doente a partir do momento em que tomou conhecimento do diagnóstico.

- A compreensão da doença foi representada por meio de mudanças de comportamento e expressão de sentimentos, em relação ao ambiente familiar e social.

- A tuberculose não é um problema que acomete somente o doente, o diagnóstico é extensivo à família .

- Os preconceitos e crenças sobre transmissão e tratamento da tuberculose, colaboraram para o abandono ao tratamento .

- O alcoolismo contribuiu de forma contundente para o abandono ao tratamento, pelas pessoas entrevistadas .

Tais pontos, apontam para a necessidade de um sistema de informação em caráter educativo, de forma permanente, para a compreensão da tuberculose , direcionada às diversas classes sociais .

É imprescindível a implantação de nova dinâmica de atendimento ao doente , visando fazê-lo compreender a doença e a importância do tratamento.

- O fato dos entrevistados citarem motivos de ordem pessoal na decisão do abandono ao tratamento, não exclui a possibilidade desses motivos estarem relacionados à deficiências na assistência prestada no Centro de Saúde.

Tal observação sugere a busca de sugestões que possam minorar os percentuais de abandono que se vêm mantendo . Nesse sentido, segue-se uma proposta de medidas a serem tomadas pela gerência do CSOP e, pelos profissionais responsáveis pelo programa.

PROPOSTA DE MEDIDAS QUE VISAM A REDUZIR O ABANDONO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

À GERÊNCIA

1 - Prover mais funcionários no SAME para o turno da manhã, no sentido de agilizar a marcação de consultas.

2 - Prover um Auxiliar de Enfermagem na sala do PCT para prestar as primeiras informações ao cliente antes da consulta, bem como proceder ao preenchimento das fichas no momento da inscrição no PCT.

3 - Solicitar ao Departamento de Recursos Humanos a lotação de psicólogo para desenvolver trabalho psicoterapêutico paralelo ao tratamento quimioterápico, visando a facilitar a compreensão da doença e o cumprimento do tratamento, tanto pelo cliente como pela família.

4 - Promover seminário com a participação de todos os funcionários, para informar sobre as ações do PCT e incentivá-los a contribuir direta ou indiretamente no atendimento às pessoas inscritas no programa.

5 - Estabelecer como rotina uma visita domiciliar a todos os clientes inscritos no PCT, na semana seguinte à inscrição, objetivando:

- reafirmar com o cliente o compromisso de cumprir o tratamento, feito por ocasião da primeira consulta, tornando-o extensivo à família;

- confirmar dados referentes aos comunicantes e aprazar a ida desses ao centro de saúde;

- prestar orientações sobre a doença e o tratamento.

6 - Determinar a realização de visitas domiciliares, a cada dois meses, para acompanhamento do tratamento.

AOS PROFISSIONAIS

Recomenda-se ao profissional médico ou enfermeiro que realizem consultas visando a compreender o cliente nos aspectos biopsico, social e cultural, considerando que a tuberculose é uma doença determinada por fatores dessa ordem. Para isso, torna-se importante realizar as consultas tendo por base as seguintes atitudes:

Saber ouvir o cliente quanto às suas queixas.

Ter habilidade ao revelar o diagnóstico, permanecendo atento as reações emocionais do cliente .

Prestar informações sobre o tratamento de forma convincente, com frases curtas, dicção clara e linguagem simples, desprovida de conteúdo emocional.

Usar outros meios de comunicação do tipo *folders* e *folhetos* para reforçar a compreensão das mensagens.

Orientar sobre a prescrição dos medicamentos não somente de forma verbal , como também apresentando os medicamentos para que o cliente inicie a familiarização e a aceitação do tratamento.

Identificar a existência de preconceitos e crenças em relação a trabalho, escola, alimentação e hábitos de vida .

Identificar clientes em situações especiais, do tipo alcoolismo, doença mental, AIDS, ou doenças crônico x degenerativas , para serem trabalhados segundo a intercorrência apresentada .

Convocar os comunicantes para orientações e exames, considerando que estes apresentam probabilidade de se tratar de possíveis casos novos.

Os profissionais poderão, ainda, trabalhar o cliente de forma coletiva, isto é utilizando uma estratégia de inegável importância: a formação de grupos. Os grupos podem ser informais, e compostos de pessoas inscritos no programa, membros da família e pessoas da comunidade.

As discussões grupais devem tomar por base as percepções, crenças e valores para que se chegue à compreensão e ao entendimento do grupo sobre tuberculose.

As recomendações acima citadas vislumbram medidas a serem tomadas pela gerência do Centro de Saúde Oliveira Pombo, além de sugerir mudanças na forma como vem sendo feita a operacionalização das atividades do programa pelos profissionais competentes. No entanto, é propício acrescentar que tais recomendações são aplicáveis em qualquer serviço de saúde, que tenha como propósito prestar atendimento de qualidade, direcionado às reais causas que levam um indivíduo a contrair tuberculose.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDINGTON, W. W. Patient compliance: the most serious remaining problem in the control of tuberculosis in the United States. **Chest**. 76: 741-743, 1979.
- AZEVEDO, J.F. de, Comportamento da Tuberculose em Minas Gerais no período de 1982 a 1991 : Avaliação Epidemiológica e considerações sobre a política de controle . **Rev. Med. Minas Gerais**, 3:10 - 16 (1993).
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Razões do paciente para abandono no tratamento da tuberculose. **Boletim Epidemiológico** 10:3 (1994).
- BARAYOBRE, S. et al. Tuberculosis. Abandono reiterado del tratamiento. **Rev. Argentina de Tuberculosis, enfermedades pulmonares y salud publica** , 48:23 - 31 (1987).
- BECKER, R. S. **Estudo da investigação da enfermeira nas investigações de quimioterapia da tuberculose**. Tese. Escola de Enfermagem Ana Nery. Rio de Janeiro. 1976.
- BELTRAN, O .R. et al. El abandono del tratamiento en tuberculosis realidad actual y perspectivas futuras. **Rev. Argentina de tuberculosis, enfermedades pulmonares y salud publica** , 44:11 - 21 (1983)
- BETHEM, N. A vingança da Tuberculose: uma nova visada. **Boletim de Pneumologia Sanitária** , 3: 19 - 26 (1995).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Epidemiologia da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**. CENEPI p: 53 - 75 (1992).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil é o 6º país em Tuberculose. **Jornal da Ciência Hoje**, (1995).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Boletim Epidemiológico**, 9:1 - 12 (1996).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço / CNCT / NUTES**. 3 ed. - Rio de Janeiro, 1992. 155p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Manual de Normas para o controle da tuberculose** / Fundação Nacional de Saúde, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária - 4.ed. Brasília, 1995. 50p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço** / CNCT / NUTES. Rio de Janeiro, 1987. 104p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Análise Comparativa - Programa de Controle da Tuberculose - Centro de Referência Professor Hélio Fraga / CNCT. Ceará, 1993.
- BYRD, R.B. et al. Treatment of Tuberculosis by the Nonpulmonary Physicians. **Am Int. Med** 1977: 86 .
- CHAULET, P. Compliance with anti-tuberculosis chemotherapy in developing countries. **Tubercle**. 68 . 19-24. 1987.
- CHRETIEN, J. Tuberculosis y HIV. El duo maldito. **Bol. Unión Int. Tuberc. Enf. Resp.** 65(1): 27-30, 1990.
- COSTA D. C. Tuberculose em grupos indígenas. **Ver . CEBES - Saúde em debate.** NESCO. Curitiba, 1988.
- CROSS, F. S. et al. Rifampin-Isoniazid therapy of alcoholic and non-alcoholic tuberculosis patients in a Public health Service . **Am Rev. Respir Dis.** 122: 349-353, 1980.
- DAMASCENO, R.P. Abandono e tuberculose - fatores causais. XX Congresso Bras. De Pneumologia e Tisiologia. Ceará. 1980 **MIMEO.**
- DICK, J. et al, Tuberculosis in the community: 1. Evaluation of a volunteer health worker programme to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. **Tubercle and lung Disease**, 77: 274-279 (1996).
- FARGA, V. Causas de Fracaso en el tratamiento de la tuberculosis. **Rev. Médica de Chile**, 112:72-80 (1984).
- FRIDEN, R.T. et al. The emergency of drug-resistant Tuberculosis in New York City, **N Engl J Med.** 328: 521-526. 1993.
- GERHARDT, G. & RIBEIRO, S.N. Eficiência do Tratamento da Tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS/FNS.** 4:95-98 (1995).
- GRZYBOWSKY, S. Impact of tuberculosis on human health in the world . **Am Rev. Respir Dis** 125: 125-126 , 1982.
- GRZYBOWSKY, S. A propósito de la historia natural de la tuberculosis. **Boletín de la Unión Internacional contra la tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.** 66:213-214 (1992).

- HIJJAR, M. A . Epidemiologia da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.1, n.6, p. 53-87,1992.
- HIJJAR M. A . Situação da tuberculose no mundo. **Informe Epidemiológico do SUS**. FNS. 1995.
- HOPEWELL, P.C. Et all. Operational Evaluation of treatment for Tuberculosis. **Am Rev . Respir Dis.** 129: 439-443 (1984).
- HUDELSON, P. Gender differentials in tuberculosis:the role of socio-economie and cultural factors **Tubercle and hung Dipease**,77: 391-400 (1996) .
- IRURZUN, R.N., HASPER, I y GARCIA, L.E. Retratamiento por tuberculosis, incumplimiento del tratamiento anterior y su relación com el mismo. **Rev. Argentina del Torax**, 51: 17-30 (1990).
- JR. SNIDER, D. E. Reseña sobre el cumplimiento de las prescripciones en los programas de control de la Tuberculosis. **Boletín de la Union Internacional dontra la Tuberculosis**, 57: 255-260 (1992).
- KILPATRICK, G. S. Compliance in Relation to Tuberculosis. **Tubercle**, 68: 31-32 1987.
- KOCHI, A . Diez años de colaboración de la UICTER com los programas contra la tuberculosis en los países en desarrollo. Evaluación actual de la OMS **Boletín de la Union Internacional contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias**. 66: 45-46 (1990).
- LIEFOOGHE, R Et all. Percepcion and Social consequences of tuberculosis : a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. **Soc. Sei. Med.**, 41: 1685-1695, 1995.
- MAHLER, H. Derrotemos a TB agora e para sempre. **Saúde Mundial**. Genebra, p.3. jan.1982.
- MURRAY, C.J.L. Investigacion econômica, social y operacional sobre la tuberculosis: estudios recientes y algunas cuestiones prioritarias. **Bol. Union. Int Tuberc. Y Enf. Resp.** 66:229-231, 1991.
- NKINDA, S.J. Controlando a TB na África. **S Saúde do Mundo**. Genebra, p. 22-23, 1982.
- OLINDA. Q. B. Abandono ao tratamento de tuberculose no Ceará: 1984-1988, Monografia - Curso de Especialização em Epidemiologia, UECE. **MIMEO**, 39P, 1990.
- ORMEROD, L. P. & PRESCOTT, R.J. Inter - relations between relapses, drug regimens and compliance with treatment in tuberculosis. **Respiratory Medicine**, 85: 239-242 ,1991.
- OPAS. Organizacion Panamericana de la Salud. La situación de salud en las Americas - 1992 **Boletín Epidemiológico**. 14: 1-16, 1992.

- PIO, A . & LEOWSKY, J. La lucha contra la tuberculosis es posible en el mundo entero. **Koch** 100, 5: 1-3 ,1984.
- REICHMAN, L. B. Compliance in developed nations. **Tubercle**, 68: 25-29, 1987.
- ROSEMBERG, J. Tuberculose atual no mundo e no Brasil **Boletim da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia**, 4: 1-5 ,1995.
- ROUQUAYROL, Maria Zelia. Et all. **Epidemiologia das doenças infecciosas em Fortaleza 1991 - 1995**. Fortaleza, 1996. 176p.
- RUBEL A . J. & GARRO L. A . Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. **Publ. Hlth Rep.** 107, 626, 1992.
- RUFFINO,M.C. & RUFFINO-NETTO, A . Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. **Rev. Saúde Pública**, 13: 183-194 ,1978.
- RUFFINO-NETTO, A . Tuberculose. **Rev. de Medicina de Ribeirão Preto**, 24: 225-240, 1991.
- SNIDER, D. E. Reseña sobre el cumplimiento de las prescripciones en los programas de la tuberculosis. **Bol Union Int Tuberc.** 57 : 255-260,1982.
- STYBLO, K. Epidemiology of tuberculosis. **The Hague: Royal Netherlands Tuberculosis Association Select Papers.** V.24, 1991.
- TEIXEIRA, G. M. Editorial. **Boletim de Pneumologia Sanitária.** FNS/CENEPI/CNPS/CRPHF, Rio de Janeiro , p.90 , 1993.
- TEKLU, B. Reasons for failure in treatment of pulmonary tuberculosis in Ethiopians. **Tubercle**, 65: 17-21, 1984.
- WATTS, T. E. The regularity of attendance of male tuberculosis patients . **Tubercle.** 53: 174-181, 1972.
- WERF, Van Der T. S, DADE. G. K. & MARK Van Der. T.W. Patient compliance with tuberculosis treatment in Ghana: factors influencing adherence to therapy . **Tubercle**, 71: 247-252 ,1990.

7 ANEXOS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DA



SAÚDE
DE FORTALEZA

FICHA GERAL DE ATENDIMENTO

UNIDADE DE SAÚDE _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Data Nasc. ____ / ____ / ____

Sexo _____ Estado Civil _____ Profissão _____ Ident. Nº _____

Endereço _____ Distrito Sanitário _____

Responsável Nome _____ Parentesco _____

Imunização		DATA						NOTIFICAÇÕES DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	
		VACINAS OBRIGAT. NO 1º ANO DE VIDA				OUTRAS VACINAS		DIAGNÓSTICO / DATA	
		ANTIPÓLIO	DPI (TRIPUCE)	BCG	ANTISARAMPO	TÓX TETÂNICA	DT	CAMPANHAS	
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	1ª DOSE	DATA RUBRICA C.V. P.V.							
	2ª DOSE	DATA RUBRICA C.V. P.V.							
	3ª DOSE	DATA RUBRICA C.V. P.V.							
	RETORNO	DATA RUBRICA C.V. P.V.							

ODONTOGRAMA

8 7 6 5 4 3 2 1

V IV III II I

1 2 3 4 5 6 7 8

I II III IV V

CONVENÇÕES

	DENTE À EXTRAIR		DENTE EXTRAÍDO		SUPERFÍCIE A RESTAURAR		SUPERFÍCIE RESTAURADA
--	-----------------	--	----------------	--	------------------------	--	-----------------------

US-MS-FNS-CENEPI

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO

DADOS GERAIS

1. NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO	2. DATA DA NOTIFICAÇÃO / /	3. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO
4. CÓDIGO MUNICÍPIO: 	5. NOME MUNICÍPIO:	
6. CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE: 	7. NOME UNIDADE DE SAÚDE:	

DADOS DO CASO

8. NOME DO PACIENTE:										
9. DATA NASCIMENTO: / /	10. IDADE 	H. HORAS D-DIAS M-MESES	A-ANOS 9-IGNORADO	11-SEXO: 	1-MASCULINO 2-FEMININO 3-IGNORADO	12. GRÁU DE INSTRUÇÃO: 	1-ANALFABETO 2-1º GRAU 3-2º GRAU	4-SUPERIOR 5-NÃO SE APLICA 9-IGNORADO		
13. CÓDIGO AGRAVO: 	14. NOME AGRAVO:							15. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /		
16. CÓDIGO MUNICÍPIO: 		17. NOME MUNICÍPIO:								
18. CÓDIGO DISTRITO: 	19. NOME DISTRITO:						20-ZONA: 	1-URBANA 2-RURAL	21 UF 	
22. CÓDIGO BAIRRO: 	23. BAIRRO OU LOCALIDADE:									
24. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº, APTº):										
25. PONTO DE REFERÊNCIA:							26. TELEFONE: ()			

Data: / /

Nome do responsável: _____

SUS-MS-CENEPI		SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO			TUBERCULOSE	
DADOS GERAIS						
1-NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO		2-DATA DA NOTIFICAÇÃO / /		3-SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO		
4-CÓDIGO MUNICÍPIO		5-NOME MUNICÍPIO				
6-CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE		7-NOME UNIDADE DE SAÚDE				
DADOS DO CASO						
8-NOME DO PACIENTE						
9-DATA NASCIMENTO / /		10-IDADE / /		D-DIAS M-MESES		A-ANOS I-IGNORADO
11-SEXO		1-MASCULINO		2-FEMININO		9-IGNORADO
12-GRAU DE INSTRUÇÃO		1-ANALFABETO		3-2º GRAU		5-NÃO SE APLICA
		2-1º GRAU		4-SUPERIOR		9-IGNORADO
13-14-CÓDIGO MUNICÍPIO		15-NOME MUNICÍPIO				
16-CÓDIGO DISTRITO		17-DISTRITO			18-ZONA	
					1-URBANA	
20-CÓDIGO BAIRRO		21-BAIRRO OU LOCALIDADE			2-RURAL	
					19-UF	
22-ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº, APTº)						
23-PONTO DE REFERÊNCIA					24-TELEFONE () / / / / / / / / / /	
DADOS COMPLEMENTARES						
25-NOME DA MÃE				26-NÚMERO DO PRONTUÁRIO		
DIAGNÓSTICO						
27-BACILOSCOPIA DE ESCARRO			1-POSITIVA		3-NÃO REALIZADA	
			2-NEGATIVA			
28-CULTURA DE ESCARRO			1-POSITIVA		3-EM ANDAMENTO	
			2-NEGATIVA		4-NÃO REALIZADA	
29-RAIO-X DO TÓRAX			1-SUSPEITO		3-OUTRA ALTERAÇÃO	
			2-NORMAL		4-NÃO REALIZADA	
30-32-FORMA			1-PULMONAR		2-EXTRAPULMONAR	
			3-PULMONAR+EXTRAPULMONAR			
31-TESTE TUBERCULÍNICO			1-NÃO REATOR		3-REATOR FORTE	
			2-REATOR FRACO		4-NÃO REALIZADO	
33-COMUNICANTE DE TUBERCULOSE			1-SIM		2-NÃO	
36-HIV			1-POSITIVO		2-NEGATIVO	
			3-EM ANDAMENTO		4-NÃO REALIZADO	
35-HISTOPATOLOGIA						
1-BAAR POSITIVO		2-SUGESTIVO DE TB		3-NÃO SUGESTIVO DE TB		4-EM ANDAMENTO
5-NÃO REALIZADO						
TRATAMENTO						
38-TRATAMENTO ANTERIOR		39-DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL / /		40-DROGAS		
1-NÃO		4-NÃO SABE		1-SIM		
2-SIM-CUROU				2-NÃO		
3-SIM-ABANDONOU				RIFAMPICINA		
				ISONIAZIDA		
				PIRAZINAMIDA		
				ETAMBUTOL		
				ESTREPTOMICINA		
				ETIONAMIDA		
				OUTRA(S)		
HOSPITALIZAÇÃO (PREENCHIDO EXCLUSIVAMENTE POR HOSPITAIS)						
41-OCCORREU		42-DATA DA INTERNAÇÃO / /		43-DATA DA ALTA / /		44-ASSOCIAÇÃO COM AIDS
1-SIM						1-SIM
2-NÃO						2-NÃO
45-MOTIVO DA INTERNAÇÃO						
1-MENINGITE TUBERCULOSA						
2-INDICAÇÕES CIRÚRGICAS EM DECORRÊNCIA DA TUBERCULOSE (Pneumonia, hemoptise, toracocentese etc.)						
3-COMPLICAÇÕES GRAVES DA DOENÇA EXCETO MAL ESTADO GERAL (Hemoptise, insuf. respiratória etc.)						
4-INTOLERÂNCIA - TOXICIDADE MEDICAMENTOSA INCONTROLÁVEL EM AMBULATORIO						
5-INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS OU CIRÚRGICAS (Colecistite, apendicite etc.)						
6-ESTADO GERAL QUE NÃO PERMITE TRATAMENTO AMBULATORIAL (Caquexia)						
7-CAUSAS SOCIAIS						
8-OUTROS						
9-IGNORADO						
46-MOTIVO DA INTERNAÇÃO		1-ALTA PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL		3-ÓBITO		5-OUTRO (ESPECIFICAR
		2-TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE FEDERADA		4-ALTA À REVELIA		
47-VESTIGADOR (RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO)						48-CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE
49-NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE						/ / / / / / / / / /
50-NOME		50-FUNÇÃO		51-DATA / /		52-ASSINATURA
53-DATASUS						

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO - SUS - CE
 CETEC
 SERVIÇO DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
 G.T. DE TUBERCULOSE

FICHA
 TUBERCULOSE

CÓDIGO TB

_____|_____|_____|_____|

IDENTIFICAÇÃO

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 NOME

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 DATA DE NASC. SEXO M/F IDADE PRONTUÁRIO CÓDIGO

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 NOME DA MÃE

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 ENDEREÇO

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 BAIRRO OU LOCALIDADE MUNICÍPIO UF CÓDIGO

DIAGNÓSTICO

BACILOSCOPIA DE ESCARRO
 1-POSITIVO
 2-NEGATIVO
 3-NÃO REALIZADO

BACILOSCOPIDA DE OUTRO MATERIAL
 1-POSITIVO
 2-NEGATIVO
 3-NÃO REALIZADO

CULTURA DE ESCARRO
 1-POSITIVO
 2-NEGATIVO
 3-NÃO REALIZADO
 4-EM ANDAMENTO

CULTURA DE OUTRO MATERIAL
 1-POSITIVO
 2-NEGATIVO
 3-NÃO REALIZADO
 4-EM ANDAMENTO

RAIO-X DO TÓRAX
 1-SUSPEITO
 2-NORMAL
 3-NÃO REALIZADO
 4-OUTRA ALTERAÇÃO

FORMA
 1-PULMONAR
 2-PLEURAL
 3-GANG. PERIF.
 4-GÊNITO URINÁRIO
 5-ÓSSEA
 6-OCULAR
 7-MILIAR
 8-MENINGITE
 9-OUTRAS

TESTE TUBERCULÍNICO
 1-NÃO REATOR
 2-REATOR FRACO
 3-REATOR FORTE
 4-NÃO REALIZADO

COMUNICANTE DE PACIENTE TUBERCULOSO
 1-SIM
 2-NÃO

BIÓPSIA
 1-SUGESTIVA
 2-POSITIVA
 3-INSPECÍFICA
 4-NORMAL
 5-NÃO REALIZADA

Nº COMUNICANTE A EXAMINAR ____|____|

TRATAMENTO

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 DATA DO INÍCIO

R-RIFAMPICINA **S-ESTREPTOMICINA**
I-ISONIAZIDA **E-ETIONAMIDA**
Z-PIRAZINAMIDA **H-ETAMBUTOL**

EVOLUÇÃO
 1-CURA
 2-ABANDONO
 3-ÓBITO
 4-TRANSFERÊNCIA

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 DATA DA EVOLUÇÃO

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 ESQUEMA

DADOS DE INTERNAÇÃO (PREENCHIDO EXCLUSIVAMENTE POR HOSPITAIS)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 DATA DA INTERNAÇÃO

MOTIVO DA ALTA HOSPITALAR
 1-ENCAMINHADO P/O AMBULATÓRIO DO HOSPITAL
 2-ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
 3-TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE FEDERADA
 4-ÓBITO
 5-ALTA A REVELIA

MOTIVO DA INTERNAÇÃO
 1-MENINGITE TUBERCULOSA
 2-INDICAÇÕES CIRÚRGICAS EM DECORRÊNCIA DA TB
 (Pneumotorax, hemoptise, derrame pleural)
 3-COMPLICAÇÕES GRAVES DA DOENÇA EXCETO MAL
 ESTADO GERAL (Hemoptise, insuf. respiratória etc.)
 4-INTOLERÂNCIA - TOXICIDADE MEDICAMENTOSA
 INCONTROLÁVEL EM AMBULATÓRIO
 5-INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS OU CIRÚRGICAS
 (Colecistite, apendicite etc.)
 6-ESTADO GERAL QUE NÃO PERMITE TRATAMENTO
 AMBULATORIAL (Caquexia)
 7-CAUSAS SOCIAIS
 8-OUTROS
 9-SEM INFORMAÇÃO

ASSOCIAÇÃO COM AIDS
 1-SIM
 2-NAO

_____|_____|_____|_____|_____|_____| _____ ____|_____|_____|_____|_____|_____|
 DATA DA INTERNAÇÃO UNIDADE DE SAÚDE (CENTRO, POSTO, HOSPITAL) CÓDIGO

_____|_____|_____|_____|_____|_____| _____ _____
 REGIONAL CÓDIGO MUNICÍPIO

OBS: _____

RESPONSÁVEL: _____



SERVIÇO DE CONTROLE DE DOENÇAS
TRANSMISSÍVEIS
G.T. DE TUBERCULOSE

U. SAN.:

FICHA DE CONTROLE DE TRATAMENTO

NOME: _____ Nº REG. _____ DATA: _____

SEXO: _____ IDADE: _____ ENDEREÇO: _____

DIAGNÓSTICO _____ TRATAMENTO ANTERIOR _____

CASO NOVO

PPD _____ BACTERIOLOGIA _____

DATA _____ ESQUEMA PRESCRITO _____

MÊS	DIAS DOMÊS																															BACILOSCOPIA			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	MÊS	RES.		
																																	AD		
																																		1	
																																		2	
																																		3	
																																		4	
																																		5	
																																		6	
																																		7	
																																		8	
																																		9	
																																		10	
																																		11	
																																		12	

DATA DA ALTA _____

FICHA DE LEVANTAMENTO DE DADOS

INVESTIGAÇÃO SOBRE ABANDONO A
TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE NO C.
S. OLIVEIRA POMBO - FORT-CE. 1995/96

Nº _____

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº DE INSCRIÇÃO : GERAL: _____ PCT _____
 NOME _____
 ENDEREÇO _____ Nº _____
 BAIRRO _____ CIDADE _____
 REFERÊNCIA _____
 DATA DO NASC. ___/___/___ IDADE _____
 SEXO: M F
 PROFISSÃO _____ OCUPAÇÃO _____
 GRAU DE INSTRUÇÃO:
 ANALFABETO 1º GRAU 2º GRAU
 SUPERIOR IGNORADO NÃO SE APLICA

2 - DADOS DE CONTROLE DO TRATAMENTO

2.1- CASO NOVO : SIM NÃO

FORMA CLÍNICA _____

TIPO DE TRATAMENTO _____ INÍCIO ___/___/___

- ABANDONO DE TRATAMENTO:

SIM NÃO Nº DE MESES : _____

- CURA :

SIM NÃO DATA ___/___/___

- TRANSFERÊNCIA :

SIM NÃO DATA ___/___/___

- ÓBITO :

SIM NÃO DATA ___/___/___

2.2 TRATAMENTO ANTERIOR:

a) COMPLETO : SIM NÃO

1º) DATA ___/___/___ a ___/___/___

2º) DATA ___/___/___ a ___/___/___

b) INCOMPLETO : SIM NÃO

1º) INÍCIO ___/___/___ Nº DE MESES ___ MOTIVO _____
 2º) INÍCIO ___/___/___ Nº DE MESES ___ MOTIVO _____
 3º) INÍCIO ___/___/___ Nº DE MESES ___ MOTIVO _____
 4º) INÍCIO ___/___/___ Nº DE MESES ___ MOTIVO _____
 5º) INÍCIO ___/___/___ Nº DE MESES ___ MOTIVO _____

3 - QUADRO DE CONTROLE DOS COMUNICANTES

NOME	PPD	BCG	BK	RAIO X	QUIMIO	TRATAMENTO

OBSERVAÇÕES: _____

Fortaleza, ___/___/___

 Assinatura do responsável

QUESTIONÁRIO

INVESTIGAÇÃO SOBRE ABANDONO DA
TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE NO CENTRO DE
SAÚDE OLIVEIRA POMBO (FORTALEZA - CE)

Entrevistador, antes de iniciar as perguntas, faz-se necessário:

- Mencionar a instituição a qual está vinculado e apresentar-se, com o intuito de favorecer a aceitação e credibilidade por parte do entrevistado.
- Explicar os objetivos da pesquisa em linguagem clara e precisa.
- Justificar a escolha do entrevistado ressaltando a importância da sua participação para a pesquisa.
- Garantir a anonicidade e o sigilo sobre a autoria e o conteúdo das respostas.
- Introduzir uma conversa informal de forma descontraída para que o entrevistado sintá-se disponível a dar as informações solicitadas.

1 - DADOS PESSOAIS

1.1. Nº DE INSCRIÇÃO: GERAL _____ PCT _____

1.2. NOME _____

1.3. ENDEREÇO _____ Nº _____

BAIRRO _____ FONE _____

REFERÊNCIA _____

1.4. DATA DO NASC. ___ / ___ / ___ IDADE ___

1.5. SEXO M F

1.6. PROFISSÃO _____ OCUPAÇÃO _____

LOCAL DO TRABALHO _____

1.7. ESTADO CIVIL

- 01 - CASADO(A) 02 - UNIÃO CONSENSUAL
 03 - VIÚVO (A) 04 - SEPARADO(A)
 05 - SOLTEIRO(A)

1.8. GRAU DE INSTRUÇÃO:

- 01 - NENHUM 02 - 1º GRAU
 03 - 2º GRAU 04 - SUPERIOR

1.9. QUANTAS PESSOAS EXISTEM NA FAMÍLIA :

2 - DESCRIÇÃO SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DO CLIENTE
Entrevistador, é importante que o entrevistado repasse tudo o que vem sentindo nos últimos dias .

2.1. COMO ESTÁ A SUA SAÚDE NESTE ÚLTIMO MÊS?

2.2. SE APRESENTAR QUEIXAS , RELATAR OS SINTOMAS E OS SINAIS .

2.3 O QUE ESTÁ FAZENDO PARA MELHORAR A SAÚDE? (se não está fazendo nada, passe para a 3.4.)

2.4. O QUE PRETENDE FAZER PARA MELHORAR A SAÚDE ?

3 - INFORMAÇÕES SOBRE USO DE BEBIDA ALCOÓLICA, FUMO OU OUTRA DROGA.

Entrevistador, deixe que o entrevistado fique a vontade para relatar o seu estilo de vida em relação ao álcool , fumo ou drogas.

3.1. VOCÊ FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA ?

SIM NÃO

3.2. SE FAZ USO, DE QUE FORMA É FEITO ?

a) MENSAL b) OCASIONAL c) SEMANAL d) DIÁRIO

b) QUAL O TIPO DE BEBIDA QUE INGERE ?

c) O QUE VOCÊ SABE SOBRE O EFEITO DA BEBIDA QUANDO UMA PESSOA ESTÁ COM TUBERCULOSE ?

3.3. VOCÊ FAZ USO DE ALGUM TIPO DE FUMO OU DROGA? SIM
NÃO

3.4. SE FAZ, CITE O TIPO E A QUANTIDADE MÉDIA USADA POR DIA.

3.5. QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE O USO DO FUMO OU DROGA POR UMA PESSOA QUE ESTÁ COM TUBERCULOSE?

4 - INFORMAÇÕES SOBRE A PERCEPÇÃO DO ENTREVISTADO EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Entrevistador, esclareça ao entrevistado que as perguntas seguintes serão a respeito do tratamento o qual iniciou e abandonou. É importante deixar o entrevistado falar espontaneamente e o tempo que ele sentir necessário para expressar tudo o que sente e pensa a respeito da pergunta.

4.1. QUAL O MOTIVO QUE O (A) LEVOU A PROCURAR O C. SAÚDE ?

4.2. FALE SOBRE O ATENDIMENTO QUE RECEBEU NO C.SAÚDE QUANDO FOI MARCAR AS CONSULTAS.

4.12. QUAIS OS MOTIVOS QUE FIZERAM VOCÊ ABANDONAR O TRATAMENTO ? _____

4.13. DEPOIS QUE VOCÊ DEIXOU DE IR AO C. SAÚDE RECEBEU ALGUM COMUNICADO PARA REINICIAR O TRATAMENTO ?

SIM NÃO

- SE RESPONDEU SIM, DESCREVA COMO FOI ESSE COMUNICADO

4.14. SE FOI CHAMADO PARA RETORNAR AO TRATAMENTO, PORQUE NÃO O FEZ ? _____

5. INFORMAÇÕES SOBRE A PERCEPÇÃO: NÍVEL DE CONHECIMENTOS, LINGUAGEM IDENTIFICATIVA DO PROBLEMA DO ENTREVISTADO EM RELAÇÃO À DOENÇA.

Entrevistador, ao indagar sobre tuberculose procure deixar claro todos os termos que perceber dificuldade de entendimento por parte do entrevistado.

5.1 COMO SE SENTIU QUANDO FICOU SABENDO QUE ESTAVA COM TUBERCULOSE?

5.2. O QUE VOCÊ PENSAVA SOBRE TUBERCULOSE ANTES DE SABER QUE ESTAVA DOENTE ?

5.3 O QUE CAUSA A TUBERCULOSE NO ORGANISMO DO HOMEM ?

5.4. O QUE VOCÊ SABE SOBRE A MANEIRA QUE A TUBERCULOSE PASSA DE UMA PESSOA PARA OUTRA?

5.5 COMO VOCÊ ACHA QUE PEGOU TUBERCULOSE?

5.6 PORQUE VOCÊ PEGOU TUBERCULOSE?

5.7. QUAL FOI A REAÇÃO QUE A SUA FAMÍLIA TEVE AO SABER DA DOENÇA?

5.8 QUAL A REAÇÃO DOS SEUS AMIGOS?

5.9. COMO REAGIRAM OS SEUS VIZINHOS AO SABEREM DA SUA DOENÇA ?

5.10. VOCÊ COMUNICOU NO SEU TRABALHO O FATO DE ESTAR COM TUBERCULOSE ? SIM NÃO

5.11.- SE RESPONDEU SIM, PEÇA-O QUE RELATE O MOMENTO :

a) QUAL A DECISÃO TOMADA PELO SEU PATRÃO ?

b) COMO REAGIRAM OS SEUS COLEGAS DE TRABALHO?

5.12.- SE RESPONDEU NÃO, PEÇA-O QUE DIGA PORQUE ESCONDEU NO TRABALHO QUE ESTAVA COM TUBERCULOSE.

5.13. VOCÊ ACHA QUE A TUBERCULOSE PODE SER PREVENIDA?

a) SIM b) NÃO

5.14. SE RESPONDEU SIM, DIGA QUAIS AS MEDIDAS PARA PREVENÍ-LA _____

5.15. SE RESPONDEU NÃO, JUSTIFIQUE. _____

5.16. VOCÊ ACHA QUE A TUBERCULOSE TEM CURA ?.

a) SIM b) NÃO

5.17. SE RESPONDEU SIM, DIGA O QUE DEVE SER FEITO PARA OBTER A CURA ? _____

5.18. SE RESPONDEU NÃO, EXPLIQUE PORQUE: _____

5.19. O QUE MUDOU NA SUA VIDA QUANDO SOUBE QUE ESTAVA COM TUBERCULOSE?

6. DADOS COMPLEMENTARES

6.1. QUAL A RELIGIÃO DA FAMÍLIA?

1 - católica 2 - crente 3 - outras

(especificar) _____

6.2. QUANTAS PESSOAS TRABALHAM EM CASA? _____

6.3. QUAL A RENDA MENSAL DA FAMÍLIA ?

Entrevistador observe o tipo de residência e responda as perguntas abaixo:

6.3. TIPO DE RESIDÊNCIA DA FAMÍLIA ?

1 - casa 2 - apartamento

Observar e relatar sobre o tipo de construção

6.4. QUANTOS CÔMODOS TEM A RESIDÊNCIA ?

6.5. DE ONDE VEM A ÁGUA QUE A FAMÍLIA BEBE ?

- 01 - CAGECE 02 - poço profundo
 03 - chafariz 04 - poço raso (cacimba)
 05 - ambulante (carroça) 06 - lagoa, açude

6.6. DE ONDE VEM A ÁGUA QUE A FAMÍLIA USA PARA COZINHAR OS ALIMENTOS E BANHO?

- 01 - CAGECE 02 - poço profundo
 03 - chafariz 04 - poço raso (cacimba)
 05 - ambulante (carroça) 06 - lagoa, açude

6.7 DESCREVA O TIPO DE:

INSTALAÇÃO SANITÁRIA _____
 ESGOTO _____

6.8. QUAL O TRATAMENTO DADO AO LIXO DENTRO DO DOMICÍLIO _____

6.9. DE QUE FORMA VOCÊ CHEGA ATÉ AO CENTRO DE SAÚDE ?

- 01 - DE ÔNIBUS 02 - DE BICICLETA
 03 - DE MOTOCICLETA 04 - DE CARRO
 05 - A PÉ

Observações do entrevistador:

Fortaleza, __/__/__

 Assinatura do entrevistador(a)