Rosilene Maria dos Santos Reigota

AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE PULMONAR NO MUNICÍPIO DE BAURU - SP IMPLANTAÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO, 1999/2000

BOTUCATU

2001

Rosilene Maria dos Santos Reigota

AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE PULMONAR NO MUNICÍPIO DE BAURU - SP IMPLANTAÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO, 1999/2000

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª *Luana Carandina*

BOTUCATU

2001

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ELZA NUMATA

Reigota, Rosilene Maria dos Santos

Avaliação do controle da tuberculose pulmonar no município de Bauru – SP : implantação do tratamento supervisionado, 1999/2000 / Rosilene Maria dos Santos Reigota. – 2001.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2001.

Orientador: Luana Carandina

1. Tuberculose – Controle

CDD 614.542

Palavras-chave: Controle da tuberculose; Tratamento supervisionado; Abandono de tratamento

Aos meus pais, Antônio e Angelina, por terem se doado por inteiro, renunciando aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

Aos meus irmãos, Marcos e Rosení, pelas palavras de estímulo em todos os momentos.

Ao Caram e à Nirave, por terem estado sempre ao meu lado com compreensão e paciência. A vocês também é dedicada minha vitória.

À Regina, amiga que gostaria que estivesse comigo neste momento, mas está ausente. As lembranças de sua presença sopram suaves em minha memória num murmúrio de lamento e saudades.

Agradecimentos

À professora Dr.ª Luana Carandina, pela amizade e pela orientação que me foi dada da primeira à última linha deste trabalho, transmitindo seu enorme conhecimento sempre com segurança, carinho e paciência;

A todos os professores do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela amizade e apoio recebido, principalmente ao professor Carlos pela enorme contribuição com as aulas de epi-info;

Às professoras Ivete e Helenice, pelas críticas e sugestões fornecidas no exame de qualificação, as quais serão também úteis no desempenho de minhas atividades profissionais;

Aos colegas da pós-graduação, pelo incentivo e pelos momentos compartilhados desde o início desta jornada;

À Márcia, pela amizade e constante companhia;

A todos os funcionários do departamento, pela atenção dispensada;

Às bibliotecárias Meire e Neuza, pela assessoria metodológica e bibliográfica;

À equipe da Seção de Moléstias Infecciosas de Bauru, principalmente à Célia, Josita, Janete, Luciane, Mara, Sueli e Sacomandi, pela grandiosa ajuda na pesquisa;

Aos doentes de tuberculose que participaram das entrevistas, sem os quais não teria sido possível a execução deste trabalho;

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde, pelo constante interesse, principalmente à Cecília, Luciana e Solange, por me substituírem nas tarefas profissionais quando precisei me ausentar;

Ao Neto, Carina e Paulo pela assessoria em informática;

Às professoras Ana Lúcia e Érika, pela correção gramatical.

Cartaz para o Departamento Nacional de Saúde Pública, s./d.
Memória da Tuberculose, acervo de depoimentos

Triste época, mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito!
Albert Einstein (1879-1955)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 07

1.1. Considerações sobre a Tuberculose 07

1.2. Histórico da Doença 08

1.3. Abandono de Tratamento 18

1.4. Considerações sobre DOTS – Directly Observed Tratment Short course 24

2. OBJETIVOS 31

2.1. Geral 31

2.2. Específicos 31

3. MATERIAL E MÉTODO 32

3.1. Área de Estudo 32

3.1.1 . Caracterização do Município 32

3.1.2. Programa Municipal de Controle da Tuberculose 35

3.2. Fontes de Dados 39

3.3. Processo de Implantação do Tratamento Supervisionado 40

3.4. Entrevistas com os Doentes 41

3.5. Pesquisa nos Prontuários e Fichas de Notificação Epidemiológica 44

3.6. Entrevistas com a Equipe Profissional 45

3.7. Análise dos Resultados 47

4. RESULTADOS 50

4.1. Implantação do Tratamento Supervisionado 50

4.2. Caracterização dos Doentes 52

4.2.1. Opinião dos Doentes sobre o Tratamento Supervisionado 67

4.3. Resultados das Entrevistas com a Equipe Profissional 72

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **80**
5.1. Implantação do Tratamento Supervisionado **80**
5.2. Caracterização dos Doentes **87**
5.3. Entrevistas com a Equipe Profissional **98**

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS **101**

Resumo **105**
Absctract **106**
Referências Bibliográficas **107**
Anexos

1. Introdução

1.1. Considerações sobre a Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, de evolução crônica e de transmissão por via aérea. Acomete predominantemente os pulmões, podendo afetar outros órgãos como pele, rins, ossos, intestinos, cérebro, entre outros (Brólio & Lima, 1976). Seu agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado de bacilo de Koch.

A fonte de infecção para o homem é o próprio homem doente, que elimina bacilos durante a tosse, a fala e a expectoração. Essa transmissão ocorre pela eliminação de gotículas de catarro contendo bacilos. As gotículas mais pesadas precipitam-se no ambiente e as mais leves permanecem em suspensão no ar, podendo ficar por horas em ambientes úmidos, com pouca ventilação e mal iluminados.

Quando o bacilo atinge o organismo do homem, aloja-se mais freqüentemente no pulmão, onde se multiplica, causando a tuberculose infecção que pode resultar num processo que evolui rapidamente para uma tuberculose progressiva aguda ou para uma doença de evolução crônica ou ainda, para uma infecção estacionária e latente que pode eclodir depois de muitos anos ou regredir para a forma de cura, com recuperação integral ou sob a forma cicatricial ou de calcificação. Os bacilos podem permanecer nos focos de infecção primária, vivos, em estado latente, durante praticamente toda a vida da pessoa ou, conforme descrevem Brólio & Lima (1976), "reativar em condições ou circunstâncias que lhes sejam favoráveis, dando início a uma nova fase do processo infeccioso" (p.320).

Não há como se eliminar os bacilos dos indivíduos infectados. Em condições de diminuição da resistência do organismo (desnutrição, subnutrição, estresse ou associação de outras doenças), os bacilos tendem a se multiplicar. A partir dessa ocorrência, considera-se instalada a doença e, conseqüentemente, a possibilidade de contaminação de terceiros. A doença pode provocar graves lesões que perduram mesmo após o extermínio dos bacilos e pode, se não tratada adequadamente, provocar a morte do indivíduo (Brasil-MS,1999).

Entre os sintomas da tuberculose estão geralmente presentes a febre, que se manifesta sobretudo à tarde, o emagrecimento, devido à anorexia e ao aumento do metabolismo basal ocorrido pela hipertermia, a tosse contínua ou por acessos, seca ou acompanhada de expectoração, as dores torácicas que se agravam com a tosse, e a hemoptise que consiste na eliminação de qualquer quantidade de sangue durante a expectoração, podendo apresentar-se violenta devido à ruptura de vasos existentes nas paredes das cavernas ou paredes brônquicas (Brólio & Lima, 1976).

Por manifestar-se no início de maneira silenciosa, a tuberculose pode ser facilmente confundida com outras doenças respiratórias menos graves, conforme descrito em Brasil-MS (1999).

> A manifestação da tuberculose, no seu estágio inicial – quando o indivíduo já está infectando outras pessoas – é confundida, pelos leigos, com gripe, bronquite, alergia respiratória ou outras pneumopatias, e o retardo no seu diagnóstico agrava o estado do doente e o processo de disseminação do bacilo (p.16).

1.2. Histórico da Doença

A tuberculose é uma doença conhecida desde a Antigüidade, considerada um dos piores flagelos que atingiram o homem, levando-o à morte prematura. Antes da descoberta do bacilo foi conhecida pelos mais diversos nomes: peste branca, tísica, escrófula,

consunção, lupo, febre tísica, inflamação pulmonar, febre gástrica, bronquite. Conforme cita Waskman (1964), “não raro era confundida com outras doenças, de modo que a consunção citada na bíblia, pode corresponder não apenas à verdadeira tuberculose, como a outros males” (p.21).

No século XIX, com a revolução industrial e o crescimento desordenado das cidades, o camponês torna-se operário e passa a ser obrigado a trabalhar nas indústrias e viver em condições extremamente precárias para sua saúde. Nessa época, segundo Engels (1985), para vários problemas pulmonares era dado o nome de tuberculose, pois o bacilo de Koch ainda não era conhecido:

> as doenças pulmonares são conseqüência inevitável destas condições de habitação e, por isso, são particularmente freqüentes entre os trabalhadores. O ar tísico de numerosas pessoas que se encontram na rua demonstra bem que esta má atmosfera de Londres, sobretudo nos bairros operários, favorece no mais alto grau, o desenvolvimento da tuberculose (p.118).

Devido à falta de conhecimento da doença, acreditou-se que ela podia produzir toxinas que estimulavam pessoas às artes e à literatura. No mundo artístico e literário, nenhuma outra doença desempenhou papel tão importante. Muitos artistas e literatos morreram ainda jovens dessa doença, e isso levou alguns historiadores a sugerirem uma estreita relação entre a tuberculose e a genialidade e ainda que, a atividade intelectual seria grandemente estimulada por toxinas por ela produzidas. Mais tarde, deduziu-se que a tuberculose não causa o gênio, mas o fato de o doente ser impossibilitado de exercer atividades profissionais e viver numa situação de inatividade física lhe dava oportunidade de descobrir suas tendências artísticas e culturais (Waskman,1964).

A partir de 1882, quando Robert Koch identificou o bacilo da tuberculose, estabeleceu-se a história natural da doença e o conhecimento da contagiosidade. Assim, definiu-se que a grande maioria

dos casos inicia-se no pulmão ou nos gânglios linfáticos brônquicos. Além disso, descobriu-se a probabilidade de os bacilos tuberculosos serem aspirados pelo ar e também por ele espalhados. Segundo Waskman (1964), foi Koch quem definiu que a tuberculose não deveria ser atribuída ao 'mau sangue' ou à 'má hereditariedade' mas sim a um organismo específico, o *Micobacterium tuberculosis.* Os postulados de Koch, segundo Pereira (1995), definiam:

> 1. O agente infeccioso deve estar presente em cada doença, determinado por isolamento em cultura.
>
> 2. O agente não deve ser encontrado em casos de outra doença.
>
> 3. Uma vez isolado, o agente deve ser capaz de reproduzir a doença experimentalmente, em animais.
>
> 4. O agente deve ser recuperado na doença induzida experimentalmente (p.406).

É estabelecida, a partir desse período, uma nova fase na luta contra a tuberculose em busca de tratamentos eficazes. Esta passa a ser considerada como um problema biológico e individual, embora ainda seja considerada uma ameaça à sociedade. Com o conhecimento do contágio da doença e por ela provocar características de consumição, caquexia e acessos de tosse, torna-se difícil para as famílias esconderem seus enfermos da sociedade, que passa cada vez mais a fazer-lhes restrições. Dessa forma, a tuberculose passa a ser objeto de internação e são criados os sanatórios: hospitais dedicados exclusivamente ao tratamento da tuberculose, onde os enfermos são enviados e por lá permanecem, muitas vezes, por anos. Um inquérito oficial, realizado no início do século 19, calculava que a terça parte do povo morria de tuberculose e, em 1935, calculava que a quinta parte dos enfermos hospitalizados na Santa Casa de Misericórdia sofria dessa moléstia (Barreira,1992).

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

denominada Liga Paulista Contra a Tuberculose. Segundo Barreira (1992), a terminologia utilizada por essas ligas era militar:

> fala-se em defesa, em armas, em combate. Os objetivos de corrigir a insalubridade das habitações e o superpovoamento dos domicílios, de promover o domiciliamento das classes proletárias e a regulamentação higiênica do trabalho, e de combater o alcoolismo são claramente higienistas e mostram preocupação com a recuperação da força de trabalho, representada pelo nascente proletariado paulista.

Em 1900, é criada por um grupo de médicos do Rio de Janeiro a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, tendo a construção de sanatórios e dispensários como base do seu programa de combate a essa moléstia. Em 1902, é inaugurado o Dispensário de Tuberculose da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, que desenvolvia atividades de diagnóstico e tratamentos ambulatoriais, distribuição de medicamentos, escarradeiras de bolso, roupas e alimentos (Barreira, 1992).

A partir desse ano, são criadas muitas outras ligas em outros Estados, capitais e cidades do interior. Em Campos do Jordão, é criada, por Raphael de Paula Souza, a Associação dos Sanatórios Populares, que existe até hoje, conhecida como “Sanatorinhos”. Mais tarde, Raphael de Paula Souza, foi também o idealizador e fundador da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (Barreira, 1992). Nesses sanatórios, eram empregadas, como terapêutica para a doença, as medidas higiênico-dietéticas. Tinha-se como pressuposto a cura espontânea do doente, quando em condições favoráveis, traduzidas por uma boa alimentação e muito repouso e incorporando o clima das montanhas como um fator fundamental no tratamento (Fernandes e col., 1993).

Observa-se nesse período que esse tipo de terapêutica é muito utilizado na Europa, que também possui em seus Alpes sanatórios para acolher seus doentes. O romance de Thomas Mann, a Montanha Mágica, é ambientado em um sanatório localizado a 1600m de altitude, pouco abaixo das geleiras e dos picos de neves eternas, em Berghof–

Davos–Platz, localidade de cura e turismo, considerados o melhor tratamento para a enfermidade, embora a aclimatação nas montanhas pudesse ser bastante penosa para os recém-chegados, conforme cita Mann (1952):

> Nesse momento Hans Castorp notou com admiração que o rubor que lhe subira às faces recém-barbeadas não queria absolutamente ceder. Pelo menos persistia a sensação de calor que o acompanhava e não era outra coisa senão aquele ardor seco de que padecera na noite anterior, e que depois de ter sumido durante o sono, reaparecera agora, reanimado por essas circunstâncias...(p.58).

Campos de Jordão também se encontra a 1600m de altitude e era uma estação de cura e turismo, conhecida em 1927 por "Tisiópolis" (cidade da tuberculose). Nessa cidade, na Vila de Abernéssia, eram acolhidos os doentes pobres e de classe média, em sanatórios, pensões, repúblicas e quartos para famílias e, aos muito pobres, eram oferecidos o dispensário gratuito e o sanatório de indigentes, conhecido como um local triste e de rígida disciplina. Na Vila de Capivari, ficavam alojados os doentes mais abastados financeiramente, em casas ricas e bangalôs nas colinas, sanatórios de luxo, que guardavam semelhança com os suíços, com quartos acortinados, mobília laqueada, espreguiçadeiras, jardins, salas de estar e de leitura, lembrando mais um "hotel" do que um hospital (Barreira, 1992).

O trabalho das Ligas Contra a Tuberculose ultrapassava os muros dos sanatórios e dispensários. Estas desenvolviam também intenso trabalho de propaganda sobre o problema da tuberculose e os meios para minimizá-la, publicando revistas, criando cartazes e selos antituberculose, que geravam recursos para o auxílio de pessoas carentes. Foram, durante anos, as únicas instituições que implementaram uma política de combate à doença.

A partir de 1927, observa-se uma maior intervenção do Estado no combate à tuberculose. Dá-se origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública e à Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose e

ocorre a ampliação da disponibilidade de atendimento, com a organização de dispensários e enfermarias exclusivas para tuberculosos. A convivência com as iniciativas filantrópicas, no entanto, permanecem (Barreira, 1992).

Na década de 30, observa-se o avanço de novas tecnologias na luta contra a doença, como: incorporação institucional da vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin), baciloscopia, abreugrafia, pneumotórax e outras cirurgias torácicas. Teve início também a especialização acadêmica em tisiologia, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, criada por Clementino Fraga. Esses avanços científicos passaram a questionar conceitos como o "fator clima" na cura da tuberculose e a hereditariedade, culminando na descoberta da quimioterapia antibiótica específica a partir da década de 40, que iria alterar mundialmente o perfil epidemiológico da doença, até o momento de elevada mortalidade. A possibilidade de cura efetiva de doentes através da terapia medicamentosa passou a ser o núcleo dos programas de controle da doença (Fernandes e col., 1993).

Em 1941, é criado por decreto o Serviço Nacional de Tuberculose, que teve como primeiro diretor o professor Samuel Libânio, que elaborou um plano de trabalho baseado nos pressupostos de que a doença era curável, quando precocemente descoberta e tratada, que sua propagação se fazia principalmente pelo contágio inter-humano e que a detecção de casos novos deveria ser feita pelo exame de grandes massas (Ribeiro, 1956 apud Muniz, 1999). O Serviço Nacional de Tuberculose inicia no país o Censo Torácico-Tuberculínico e para seu desenvolvimento são criados núcleos fixos e móveis de investigação, contendo aparelhagem e material necessário para a realização de exames radiológicos e provas tuberculínicas. O objetivo desse censo é o de conhecer a infecção e morbidade da doença, bem como descobrir os analérgicos para recomendar a vacinação BCG (Ribeiro, 1956 apud Muniz, 1999).

Em 20 de junho de 1946, através de Decreto aprovado por Eurico Gaspar Dutra, sob a orientação e fiscalização do Serviço Nacional de Tuberculose, é instituída a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Para êxito dessa campanha, foram traçadas diretrizes e políticas previamente aprovadas pelo Ministério da Educação e Saúde, cujas linhas gerais previam a introdução e evolução da campanha nos Estados através de convênios; concentração nos locais de maior incidência da doença; construção de dispensários; realização de abreugrafias; intensificação dos estudos sobre BCG; melhoria do padrão funcional dos sanatórios e dispensários, embora com manutenção econômica; preparo de recursos humanos e auxílio ao ensino e à pesquisa; elaboração de legislação especial para órgãos que participavam da campanha, determinando medidas de profilaxia e assistência entre seus associados. Entre 1945 e 1950, a campanha foi desenvolvida com intensidade no país, sob a coordenação do Prof. Raphael de Paula Souza, que se demite em 1951 e esta passa a perder intensidade, com seus sucessores se deparando com dificuldades políticas e orçamentárias (Ribeiro, 1956 apud Muniz, 1999).

O Serviço Nacional de Tuberculose passa a ser dirigido por Reginaldo Fernandes Pereira Filho, crítico da política de Raphael Paula Souza; ocorre uma reavaliação do papel dos dispensários, que passam a ser priorizados juntamente com ações de medidas preventivas e com o uso da quimioterapia.

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

Nos anos 70, é intensificada a ação do Estado no controle da doença, sendo substituído o Serviço Nacional de Tuberculose pela Divisão Nacional de Tuberculose e ocorre o início da implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, contido no I Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado no governo Médici (Fernandes e col., 1993).

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

Em 1973, o esquema terapêutico que era de 18 meses foi alterado para 12 meses, sendo composto de drogas orais e injetáveis e além disso foi implantada a vacinação BCG intradérmica, obrigatória para menores de um ano. Em 1975, o governo Geisel lança o II Plano Nacional de Desenvolvimento e a tuberculose, dadas suas condições significativas de incidência, volta a ser atividade prioritária, o que permite maior disponibilidade de recursos financeiros para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (Mendes, 1998).

No início da década de 80, é introduzido no país o esquema terapêutico de curta duração, com duração de 6 meses, totalmente oral, favorecendo a auto-administração. Conforme consta em Brasil-MS (1989), o esquema de curta duração tem maior eficácia e menor toxicidade, embora seu custo fosse, no início, vinte vezes mais elevado que o tratamento de 12 meses. A incidência da doença torna-se declinante a partir dessa década.

No ano de 1986 foi criado, no Rio de Janeiro, o Centro de Referência Hélio Fraga, com a finalidade de dar suporte técnico-científico à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária e à Campanha Nacional Contra a Tuberculose. No início dos anos 90, com as reformas implementadas pelo governo Collor de Mello, é extinta a Campanha Nacional Contra a Tuberculose e a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária é transformada em Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, subordinada à Fundação Nacional de Saúde. O Centro de Referência Hélio Fraga passou a assumir parte das atribuições da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, entre elas a responsabilidade pelos cursos de especialização e a incorporação dos funcionários, anteriormente lotados na campanha (Fernandes e col., 1993).

Durante as últimas décadas, o mundo acreditou que a situação da tuberculose estivesse controlada, o que levou as autoridades a um descaso no investimento de tecnologia para ações de diagnóstico e tratamento. Alguns países pretenderam declarar erradicada a doença até 2010, mas a realidade mostrou-se diferente, conforme citado por Albuquerque e col. (1996):

> estima-se que 30% da população mundial esteja infectada pelo *M. tuberculosis* e que possam ocorrer 90 milhões de casos novos e 30 milhões de mortes por tuberculose no período entre 1994 e 2004, ou 3 milhões de morte por ano. 95% destas mortes estarão ocorrendo nos países em desenvolvimento ou pobres.

Ruffino Netto (1997) afirma que a tuberculose, ao contrário do que alguns autores descrevem, não é uma doença reemergente, pois nunca chegou a ser erradicada e, tampouco, emergente, porque há muitos anos apresenta incidência elevada.

Os indicadores da tuberculose atualmente voltaram a piorar, devido à crise econômica, à epidemia da aids, à deterioração dos serviços de saúde e, conseqüentemente, à falência e resistência aos tratamentos (Cherethien, 1990; Bethlem, 1996; Brasil-MS,1999).

Hijjar (1994) considera que a associação da tuberculose com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e a ocorrência de casos resistentes a múltiplas drogas, inclusive em profissionais de saúde, encontrou programas de controle na maioria dos países despreparados.

A Organização Mundial de Saúde declarou, em abril de 1993, estado de emergência para a tuberculose. Em 1994, foi criado o Plano Emergencial para a Tuberculose no Brasil, sob a coordenação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que definiu os seguintes objetivos gerais, a serem atingidos até dezembro de 1998 (Albuquerque e col.,1996):

> 1. Integrar 100% dos municípios com ações de diagnóstico e de tratamento da tuberculose, em pelo menos uma Unidade de Saúde.
>
> 2. Aumentar a cobertura do PCT, integrando 80% dos Centros de Saúde existentes na rede pública às ações de controle da tuberculose.
>
> 3. Descobrir pelo menos 90% dos casos de tuberculose existentes no país, implementando a busca de casos, identificando os sintomáticos respiratórios em toda primeira consulta nas Unidades de Saúde.
>
> 4. Aumentar a efetividade do tratamento, submetendo 100% dos casos novos diagnosticados ao tratamento padronizado no país, curando pelo menos 85% dos casos.
>
> 5. Desenvolver ações políticas junto a autoridades de saúde e população para priorização do controle da Tuberculose.

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose assinala três especificidades da tuberculose que mudaram o quadro de euforia para um cenário de recrudescimento do flagelo, indicando perspectivas preocupantes se negligenciadas as medidas adequadas de ações de controle (Brasil-MS, 1999):

> O bacilo vem sofrendo mutações para formas mais resistentes, que demandam longo período de tratamento e complicam o controle da doença. Nessa linha já surgiu o bacilo resistente a múltiplas drogas, o qual não responde às terapias convencionais e mesmo com o uso de medicação especial, apresenta alta letalidade.
>
> Do ponto de vista epidemiológico, verifica-se que cerca de um terço da população mundial carrega o Bacilo de Koch, capaz de causar a doença em qualquer época da vida do hospedeiro.

> Por outro lado, no curso da doença, os pacientes contaminam em média dez outros indivíduos, perpetuando o ciclo da Tuberculose.
>
> Tal situação agrava-se com o aparecimento de bacilos resistentes às drogas habituais, fruto, na maioria das vezes, de tratamentos irregulares com grandes percentuais de abandono.

Estima-se que no mundo haja 2 bilhões de indivíduos infectados, a grande maioria vivendo em países subdesenvolvidos. Três milhões morrem a cada ano. O Brasil se destaca como um país de alta incidência da doença, com coeficientes médios de 55/100.000 habitantes. Notifica-se em torno de 90.000 casos por ano; como há subnotificação, estima-se que o número de casos seja maior, podendo atingir até 130.000. São registrados no País, 6.000 óbitos por ano (Brasil-MS,1999).

O Estado de São Paulo é o que possui maior número absoluto de casos, notificando 18.000 casos da doença por ano. Morrem no Estado, cerca de 1.500 pessoas por ano (São Paulo-SES,1998 a).

Em Bauru, são notificados em torno de 145 casos por ano, com uma média de incidência de 48/100.000 habitantes (Bauru-SMS,2000).

1.3. Abandono de Tratamento

Os índices de abandono no Brasil e no Estado de São Paulo são de aproximadamente 15% dos casos. Em Bauru, essa taxa é mais elevada: 23,6% em 1998 e 22,3% em 1999 (Bauru-SES,2001).

Reduzir os índices de abandono da tuberculose é um desafio para os técnicos que trabalham no controle dessa doença, desde tempos imemoriais. Para isso, é preciso que se obtenha êxito no controle do tratamento do doente. O Manual de Normas de Controle da Tuberculose declara que para a obtenção desse êxito, é preciso a aplicação de meios que permitam o acompanhamento da evolução da

doença e utilização correta dos medicamentos (Brasil-MS,1995). Nesse contexto, a obtenção da adesão do doente ao tratamento é um dos fatores mais importantes.

Os motivos pelos quais os doentes de tuberculose abandonam o tratamento e o perfil desses indivíduos têm sido objeto de estudo de inúmeros autores. Observa-se que o abandono ao tratamento ainda é um problema complexo, ligado ao próprio doente e/ou aos serviços de saúde. Caldas & Queiroz (2000), atribuem o abandono à falta de informações sobre o tratamento e à inexistência de serviços de saúde próximos à residência do doente.

Ribeiro e col. (2000) declaram que:

> a identificação dos pacientes com a equipe de profissionais ligada ao seu tratamento, as orientações formais ou informais que podem ser realizadas em outros momentos que não os de consulta médica, mudam muito a postura do paciente frente ao seu tratamento e não utilizam recursos financeiros extras.

Natal (1997), em revisão bibliográfica realizada sobre as causas de não adesão ao tratamento da tuberculose, cita que Hipócrates foi o primeiro a prevenir os médicos de que deviam permanecer atentos, quando os doentes diziam que tomavam seus remédios. Nessa revisão bibliográfica, a autora cita estudos realizados por autores nacionais e internacionais, no período de 1963 a 1993, de fatores que dificultam a adesão ao tratamento. Entre outros, destacam-se: administrativos, organizacionais, demográficos, sociais e econômicos, sendo traduzidos em: analfabetismo, morar só, trabalho eventual, distância da residência ao serviço, alcoolismo, doença psiquiátrica, baixa renda, desemprego, consultas tardias, desinformação, melhora clínica, baciloscopia positiva no diagnóstico, polissintomas, intervalos longos entre consultas, duração longa do tratamento, falta de entrevista com o enfermeiro, retratamento, abandono anterior, hospitalização e falta de medicação. Fatores coincidentes são citados por Natal e col. (1999), em estudo realizado no

ambulatório do hospital Raphael de Paula Souza/MS, Rio de Janeiro, com pacientes inscritos no programa no período de janeiro a março de 1989.

Em estudo realizado por Oliveira (1991), em Campinas, a autora ressalta a importância do fornecimento de informações sobre a doença e o tratamento, pela equipe de saúde, aos doentes e familiares. Nesse estudo obteve como resultado, uma taxa de abandono alta (21,7%) após a primeira consulta, sobre a qual a autora comenta:

> Isto nos levou a analisar alguns aspectos sobre a primeira consulta: na tuberculose é necessário expressar com segurança como será o futuro em termos familiares e de trabalho, dar atenção às primeiras observações e comentários do paciente, esclarecer sobre as medidas epidemiológicas a serem tomadas com os contatos, assegurar que o doente efetivamente compreendeu sua enfermidade e seu tratamento. A falta de informações gera inseguranças. O paciente seguirá explicações que forem explicadas a ele e à sua família desde o início do tratamento e se for exercida uma cuidadosa supervisão por equipe de saúde competente e conscientizada.

Segundo Albuquerque e col.(1996), a adesão do paciente ao tratamento pode ser assegurada com a prática, entre outras, das seguintes medidas:

> - atendimento cordial, amável, correto, por parte de toda a equipe, de modo que se estabeleça uma relação amistosa e de confiança entre o paciente e o serviço;
>
> - entrevista – consulta inicial e subseqüentes, a cargo do médico e/ou enfermeiro. Nessa oportunidade, com linguagem acessível, os profissionais procuram motivar o paciente a compreender a sua doença, e a educá-lo para as exigências da quimioterapia, destacando, entre outros argumentos que:
>
> 1. O uso regular, correto e pelo tempo determinado dos medicamentos é exigência absoluta para alcançar a cura;
>
> 2. O desaparecimento dos sintomas não significa que a doença esteja curada...;
>
> 3. A interrupção do tratamento predispõe à cronicidade, ao agravamento da doença e, inclusive, à morte;
>
> 4. Qualquer reação às drogas deve levar o paciente imediatamente ao serviço de saúde ...;
>
> 5. Pacientes que apresentam qualquer fator de risco de abandono devem ser induzidos a aceitar o tratamento supervisionado;

> 6. O estigma social e certos tabus da tuberculose – isolamento, repouso absoluto, dieta especial – foram invalidados pela quimioterapia;
>
> 7. Os medicamentos utilizados são da mais alta eficácia e, apesar de seu elevado custo, são dados gratuitamente.

Observa-se que em relação às orientações que devem ser fornecidas aos doentes, sobre como seguir o tratamento corretamente, não há, em geral, falhas. A assimilação dessas informações é que nem sempre é correta. Mendes (1998), em entrevistas realizadas com doentes de tuberculose no município de Campinas, observou que:

> tal assimilação, não significou a efetiva incorporação do conteúdo desta orientação, pois os doentes que assimilaram de fato, foram aqueles que concluíram o tratamento (alta por cura), assim como os comunicantes que realizaram os exames. Quanto às razões apresentadas por aqueles doentes, que não seguiram a orientação supracitada, destacam-se: tempo de espera no serviço de saúde, tempo do tratamento quimioterápico, efeitos colaterais, drogas e alcoolismo, problemas administrativos, distância geográfica e problemas de transporte.
>
> Constatamos que, em todos casos de interrupção do tratamento (casos em que houve a decisão do doente em parar de tomar os medicamentos) estava presente a representação da saúde ou cura. Trata-se de justificativas que tendem a expressar a própria representação da cura igualada à saúde, conceito freqüente na clientela entrevistada. Além disto, nos depoimentos dos doentes que interromperam a quimioterapia, era comum deparar com frases que afirmavam a obtenção da cura da tuberculose.

É muito cômodo incriminar os doentes pelo abandono do tratamento ou pela falta de obtenção de resultados na rotina dos serviços especializados em tuberculose (Magaldi, 1977). A população tem sido considerada sempre como não participativa, sem que os profissionais se dêem conta de que muitas vezes o problema está na organização do serviço e na maneira como esses doentes são acolhidos pela equipe de saúde.

Magaldi (1977), citando Rouillon, ainda ressalta que a responsabilidade pela falta ou abandono do tratamento é encarada por um contexto médico e psicossocial e assim sendo não deve ser

considerado somente o fato de o doente tomar ou não os medicamentos, mas também, deve-se considerar a existência ou não de um serviço de fácil acesso, a presença de profissionais nesse serviço, a provisão de medicamentos, o diagnóstico preciso e a eficácia do esquema terapêutico proposto. Pode-se concluir que muitas vezes as causas de faltas e abandono de tratamento são mais de ordem administrativa do que técnica.

Sbarbaro (1997) considera que a responsabilidade pela condição final do paciente, no modelo tradicional de cuidados pessoais de saúde, recai sobre ele mesmo. Mas, em se tratando de tuberculose, que não é uma doença individual, mas sim social, que se espalha aos outros membros da sociedade através do ar, o médico é certamente o responsável pela prescrição do tratamento e pela garantia de que este será oferecido gratuitamente ao doente.

Em outras doenças, principalmente na aids, a adesão ao tratamento também tem sido objeto de estudo. A percepção da pessoa em relação à doença influencia na decisão da tomada de medicação. Tomar remédio é associado a estar doente. Aqueles que se sentem bem ou não têm nenhum sintoma da doença, relutam em começar a tomar medicamentos e podem tomá-los incorretamente. O motivo mais freqüentemente relatado de parada de tomar a medicação por alguns horários ou dias é o esquecimento. O bom relacionamento com profissionais de saúde e comunicação adequada podem ter influência forte no processo de adesão, sendo o conhecimento sobre a doença e o tratamento, e a compreensão do propósito da terapia anti-retroviral, fator preditivo de adesão a ela (Tunala e col., 2000).

Para que esses problemas sejam solucionados, é necessário que haja uma mobilização de recursos financeiros para o Programa de Controle da Tuberculose e, paralelamente, um sistema de cobrança efetivo dos resultados obtidos. É inadmissível, diante das conseqüências atuais que deterioram o quadro da tuberculose, que até

medicamentos tenham faltado, resultando na descontinuidade do programa de controle da doença (Brasil-MS,1999).

Não é possível realizar uma avaliação detalhada dos custos de um tratamento interrompido, sem se considerar vários aspectos, como: o momento em que se deu o abandono do tratamento, o tempo que o paciente ficou sem tratamento, o número de possíveis casos secundários originados a partir do caso índice de abandono, o momento do retorno do faltoso, suas condições no retorno e o novo tratamento iniciado (Costa, Costa & Barreto, 2000).

Os percentuais de abandono de tratamento têm se mantido, nos últimos 20 anos, estáveis e em patamares muito elevados, sendo necessário que o Programa de Controle da Tuberculose estabeleça estratégias para a redução dessas taxas, que se encontram ao redor de 15%, atingindo em alguns municípios 30 a 40% (Ruffino Netto, 1999).

As ações que vêm sendo desenvolvidas pelo programa não têm se mostrado eficazes para atingir a meta de, no máximo, 5% de taxas de abandono, conforme preconiza o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (Brasil-MS,1999). Diante dessa realidade e da problemática do bacilo que vem sofrendo mutações para formas mais resistentes, decorrentes de irregularidades e abandono de tratamentos, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, seguindo orientação da Organização Mundial de Saúde, tem proposto a adoção do *Directly Observed Treatment Short course* - DOTS, que significa Tratamento Diretamente Observado de Curta duração.

1.4. Considerações sobre DOTS - Directly Observed Treatment Short course

A preocupação com a tomada regular de medicamentos contra a tuberculose se faz presente desde a descoberta da quimioterapia específica para o tratamento dessa doença. Desde 1956, que em quatro dos cinco continentes do mundo, pesquisadores demonstraram ser o tratamento ambulatorial contra a tuberculose totalmente viável. Ficou demonstrado que a tomada regular de medicamentos combinados, durante o tempo devido, era a condição fundamental à cura (Barreira, 1992).

DOTS não significa somente a supervisão da tomada regular de medicamentos, mas muito mais que isso. Prevê a existência de uma unidade de orientação, expressa numa condução harmonizada com a participação efetiva dos Estados e Municípios, compatibilizando a descentralização necessária e a integração dos serviços de saúde, em busca da eficácia do programa de controle da doença. Para isso, é necessário que haja padronização de ações, através do Manual de Normas para o Controle da Tuberculose, sistema de registros e notificação de casos eficiente, rede de laboratórios com controle regular de qualidade e outros serviços para diagnóstico, tratamento supervisionado, suprimento regular de medicação, supervisão dos serviços, treinamento de pessoal, definição de responsabilidades específicas dos três níveis envolvidos – federal, estadual e municipal, plano de implementação de atividades, definição de custos e fonte de recursos (Brasil-MS,1999). Se não houver envolvimento das três esferas de governo, a proposta torna-se inviável.

Há muitos anos que se insiste no controle da ingestão regular das drogas pelos doentes. Na década de 70, quando o esquema de tratamento para a tuberculose era de um ano e incluía medicações

orais e injetáveis, por iniciativa de técnicos interessados no controle da doença, aproveitava-se a presença do doente ao serviço de saúde para receber a medicação injetável e administrava-se também a oral, de forma que o indivíduo recebia todo o tratamento na presença de um profissional da equipe de saúde.

Em 1960, no Brasil, uma unidade filantrópica especializada no tratamento ambulatorial de tuberculose e pneumopatias, o Dispensário do Ipiranga – Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde, em São Paulo, adotou, por dificuldades financeiras, em substituição à internação, que era o tratamento padrão da época, o tratamento supervisionado. Os pacientes em tratamento supervisionado compareciam diariamente na unidade, com exceção dos sábados, domingos e feriados, sendo a ingestão dos medicamentos atentamente observada por uma das atendentes. Esses pacientes também recebiam visitas domiciliares das visitadoras sanitárias, logo após a matrícula e sempre que houvesse faltas. Poucos recebiam auxílio condução e todos recebiam mensalmente consulta médica. O resultado obtido quando comparados os pacientes em acompanhamento pelo tratamento supervisionado e pelo auto-administrado foi que o abandono era significantemente mais freqüente no auto-administrado (Morrone e col., 1999).

A necessidade de o doente dirigir-se até o serviço para receber a medicação injetável era um fator facilitador para o controle de todo o tratamento. Nesse período, a legislação trabalhista permitia o afastamento do doente de tuberculose, enquanto estivesse em tratamento, amenizando suas dificuldades de comparecimento diariamente no serviço de saúde.

O tratamento supervisionado não é portanto, uma estratégia nova. A própria Organização Mundial de Saúde reconhece que vários estudos realizados na década de 70, serviram de sustentação para a proposta do DOTS aos países que representam 15% dos casos de

tuberculose do mundo, dentre eles o Brasil. Pode-se citar experiências da Tanzânia, onde a taxa de cura passou de 43% para 80%; da China, que passou de 30% para 91% e do Peru, de 59% para 91% (São Paulo-SES,1999a).

Outra experiência importante, é a da cidade de Nova York, nos Estados Unidos da América, que observou um acréscimo nos coeficientes de incidência da doença a partir da década de 80: de 2/100.000 habitantes, o índice subiu para quase o dobro. O DOTS foi implantado através da disponibilidade de recursos financeiros, oferecimento de vales-transporte e alimentação aos doentes carentes e relutantes. Para essa operação, contou-se com centenas de auxiliares de saúde incluindo ex-pacientes curados que visitavam os doentes em suas comunidades, atingindo na década de 90 cerca de 40% dos pacientes. Com isso, o número de abandonos caiu de 540 em 1991 para 44 em 1993 (Fujiwara & col., 1997).

De acordo com recomendações do *Center for Disease Control and Prevention*, a maior causa de resistência às drogas da tuberculose e falência de tratamentos são os abandonos. Esse é um grave problema de saúde pública, pois os doentes podem prolongar a infecção e continuar transmitindo a tuberculose para a comunidade (USA-CDC,1993). O DOTS é um método que propicia a adesão ao tratamento e requer a designação de uma pessoa como cuidadora para observar se o doente está tomando a medicação corretamente. O *Center for Disease Control and Prevention* também sugere que o DOTS seja principalmente recomendado para pessoas que apresentem risco de abandono do tratamento, sejam elas as que fazem uso de bebida alcoólica ou outras drogas, doentes mentais, emocionais ou que apresentem impossibilidades para auto-administrar a medicação, crianças, adolescentes e pessoas com história de abandono anterior (USA-CDC,1994a).

Bastian e col. (2000) declaram que para se fazer frente à situação mundial da tuberculose e limitar a propagação da tuberculose multirresistente, é necessário que se acompanhe os doentes que tendem a abandonar o tratamento, através do DOTS.

Na literatura nacional são poucos os trabalhos realizados com pacientes em tratamento supervisionado. Ribeiro e col. (2000), em estudo realizado de indicadores de abandono em doentes de tuberculose com pacientes do Centro de Saúde Escola Paulista de Medicina, concluiu que:

> No Brasil, esquemas supervisionados de tratamento ainda não foram adequadamente avaliados em estudos controlados, quanto às taxas de cura e diminuição de abandono. Frente à escassez de recursos da rede básica e/ou impossibilidade de comparecimento do paciente à unidade, modelos escalonados que incluíssem grupos educativos de sala de espera, associando-se tratamento supervisionado duas vezes por semana com apadrinhamento e visitas domiciliares, devem ser testados, sobretudo, nos pacientes que apresentam maior risco para abandono.

Oliveira & Moreira (2000), em estudo realizado de tratamentos e recidiva da tuberculose, em Campinas, no período de 1993 a 1994, observam que a certeza da ingestão dos medicamentos somente seria possível pelo tratamento totalmente supervisionado, o que ainda não é rotina nos serviços de saúde. Embora essa estratégia tenha sido proposta pela Organização Mundial de Saúde e esteja sendo implantada gradativamente desde 1997, no Estado de São Paulo, poucos municípios a adotaram.

As maiores dificuldades enfrentadas são em relação à impossibilidade de o doente comparecer na Unidade diariamente ou de técnicos do programa realizarem visitas freqüentes em sua residência. Assim, cada município, tomando por base orientações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, deverá desenvolver suas ações, respeitando suas peculiaridades, visando acompanhar em tratamento supervisionado ao menos aqueles que são mais predispostos a

abandonar o tratamento, visando a redução dos percentuais de abandono (Brasil-MS, 1999).

Para se atingir as metas propostas pelo Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, elaborado pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária e Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, é preciso que se priorize a melhoria do diagnóstico bacteriológico e o controle mais rígido durante todo o tratamento. Sendo o tratamento supervisionado um fator importante para esse controle, Hijjar (1997) propõe que o percentual médio de acompanhamento dos doentes de tuberculose nesse tipo de tratamento seja de 20% e que se utilizem todos os recursos disponíveis para o êxito dessa medida, sendo dada ênfase aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família .

A supervisão da ingestão da droga - o tratamento supervisionado - é parte importante do DOTS, porque para a tuberculose ser curada é preciso que o doente tome a medicação durante, no mínimo, 6 meses. O que se observa é que nas primeiras semanas de tratamento os sintomas desaparecem e o doente se sente melhor, às vezes até curado, o que o leva a abandonar o tratamento. Mendes (1998), em seu estudo com doentes de tuberculose, constatou que eles tendem a abandonar o tratamento logo que se sentem curados e aptos para o trabalho.

Em documento elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde é sugerido que as Unidades de Saúde iniciem o tratamento supervisionado com os casos novos e que ofereçam, além do vale-transporte, suplemento alimentar para ser tomado após a ingestão da medicação na Unidade. Aqueles que puderem devem comparecer à Unidade de segunda a sexta-feira e, na impossibilidade de comparecer todos os dias úteis, deve ser negociado com o doente as vezes em que ele possa comparecer sendo de, no mínimo, uma vez por semana.

Aqueles que não puderem comparecer ao serviço deverão ser visitados de uma a duas vezes por semana, para se verificar a ingestão dos medicamentos. O ideal é que se escolha entre os familiares, os amigos ou vizinhos um "padrinho" para o doente, que irá supervisionar o tratamento. É importante que toda a equipe da Unidade esteja envolvida e treinada para a implantação dessa estratégia no serviço, desde a recepção até a equipe técnica (São Paulo-SES,1998 b).

Para o financiamento dessas ações nos municípios, o Ministério da Saúde estabeleceu em portaria (n.º 3739) o repasse de recursos através de bônus, que suprimiram toda e qualquer burocracia de assinatura de convênios (Brasil-MS,1998). Esses bônus são repassados automaticamente aos municípios, após a notificação de altas por cura dos casos. Para os doentes que foram acompanhados em tratamento supervisionado, o valor do bônus é de R$ 150,00 e para os acompanhados em tratamento auto-administrado o valor é de R$ 100,00. Esse recurso deve ser utilizado exclusivamente em benefício dos doentes de tuberculose do município, não sendo permitida a aquisição de material permanente. É, em geral, utilizado para a aquisição de cestas básicas e passe-saúde.

Em experiência recentemente descrita sobre a implantação do tratamento supervisionado em serviços de saúde de Ribeirão Preto, Muniz (1999) concluiu que esse tipo de tratamento tem sua atenção voltada para a cura do doente, mas que a prática demonstra que durante o desenvolvimento dessa ação é possível promover outras intervenções, de forma focalizada no indivíduo e nos familiares. O tratamento supervisionado aproxima o serviço de saúde do cotidiano do doente estabelecendo novas possibilidades de ampliação dos espaços e formas de intervenção no processo saúde doença.

Diante da situação da tuberculose em nosso país, com o quadro se agravando devido ao aumento da disseminação decorrente dos

tratamentos inadequadamente realizados, algumas questões vêm à tona, quanto à responsabilidade:

- do doente de tuberculose em relação ao seu tratamento;
- da equipe de saúde no acompanhamento do doente, nas ações educativas e no seu convencimento a aderir ao tratamento;
- dos gestores, em todos os níveis, de dar continuidade às ações do programa, à mobilização adequada dos recursos, ao treinamento dos recursos humanos e às ações educativas junto à população.

Bauru, por ser um município de médio porte que concentra as ações do Programa de Controle da Tuberculose sob o gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde, possuindo um ambulatório de atendimento aos doentes, também municipal, oferece condições adequadas para o estudo do impacto do treinamento e da supervisão da equipe, do tratamento supervisionado quando comparado com o tratamento auto-administrado e da informação continuada ao doente sobre a tuberculose.

2. Objetivos

2.1. Geral

- Avaliar a implantação do tratamento supervisionado para o controle do doente de Tuberculose Pulmonar em Bauru, visando à redução da taxa de abandono.

2.2. Específicos

- Descrever o processo de implantação do tratamento supervisionado no ambulatório de tisiologia de Bauru, sob a ótica da equipe de saúde;
- Analisar os motivos que levam o doente à adesão ou não, do tratamento supervisionado;
- Estudar a representação da tuberculose para os doentes;
- Comparar as taxas de abandono entre os doentes acompanhados no tratamento supervisionado e no auto-administrado.

3. Material e Método

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, realizado com doentes de tuberculose do ambulatório municipal de tisiologia de Bauru–SP, definido por Pereira (1995), como:

> Os estudos descritivos informam sobre a freqüência e a distribuição de um evento. Como o próprio nome indica, têm o objetivo de descrever 'epidemiologicamente' como se diz, os dados colhidos na população (p.4).

3.1. Área de Estudo

3.1.1. Caracterização do Município

Bauru é um município localizado na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, distante 330 quilômetros da capital. Sua população, segundo o Censo Demográfico, é de 315.835 mil habitantes, sendo 161.488 do sexo feminino (51,13%) e 154.347 do sexo masculino (48,86%) (FUNDAÇÃO IBGE, 2001). Noventa e oito por cento da população concentra-se na área urbana. A taxa de crescimento populacional de 1996 para 2000 foi de 1,93% (FUNDAÇÃO SEADE, 2001).

A atividade econômica está concentrada no comércio, transporte e prestação de serviços. Possui um parque industrial modesto.

No setor saúde, o município encontra-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB/96 (Brasil-MS,1997a).

A rede de Serviços Públicos Municipais de Saúde é composta de 16 Núcleos de Saúde, 3 Unidades Integradas de Atendimento Ambulatorial e de Urgência, 1 Pronto Socorro Central Adulto, Infantil e Odontológico e 7 Unidades Especializadas: Programa Municipal

de Atenção ao Idoso, Divisão de Saúde Mental, Divisão de Saúde do Trabalhador, Seção de Moléstias Infecciosas, Banco de Leite Humano, Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer e Centro de Testagem Anônima. Possui consultórios odontológicos em todas as Unidades de Saúde, em 26 Escolas Estaduais e 11 Escolas Municipais**,** 1 consultório no Consórcio Intermunicipal de Promoção Social, 1 no Departamento de Apoio Operacional, 1 Unidade Móvel e 2 Equipos Transportáveis (Bauru-SMS, 1999).

Os Núcleos de Saúde e as Unidades Integradas oferecem atendimento através de equipe interdisciplinar, composta de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas, auxiliares de enfermagem e equipe de apoio.

O atendimento básico nas Unidades de Saúde é baseado em Programas de Atenção à Saúde da Criança, da Mulher e do Adulto, visando ao acompanhamento de grupos de risco e portadores de doenças crônico-degenerativas.

Esses serviços são administrados por cinco departamentos: Departamento de Unidades Ambulatoriais; de Urgência e Emergência; Planejamento, Avaliação e Controle; Administrativo e de Saúde Coletiva, este último responsável por ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Sob a administração da Direção Regional de Saúde (DIR X), estão um Ambulatório de Especialidades e outro de Saúde Mental. Existem, ainda, 8 hospitais, conforme mostra o quadro 1 (Bauru-SMS, 1998).

Quadro 1 - Distribuição dos Hospitais existentes no município de Bauru segundo tipo, especialidade, total de leitos e leitos SUS

INSTITUIÇÃO	TIPO	ESPECIALIDADE	TOTAL DE LEITOS	LEITOS SUS
Hospital de Base	Filantrópico AHB	Geral	281	196
Maternidade Santa Isabel	Filantrópico AHB	Maternidade	94	65
Hospital Manoel de Abreu	Filantrópico AHB	Geral, Aids e Tuberculose	101	85
Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais	Público Estadual	Deficiências Auditivas e Craniofaciais	119	119
Hospital Lauro de Souza Lima	Público Estadual	Dermatologia	184	184
Sociedade Beneficência Portuguesa	Privado	Geral	100	-
Sociedade Beneficente Cristã	Filantrópico	Psiquiátrico	420	420
Hospital da Unimed	Privado	Geral	80	-

Fonte: Bauru–PMB–SMS-Conferência Municipal de Saúde – 1998

3.1.2. Programa Municipal de Controle da Tuberculose

O Programa Municipal de Controle da Tuberculose de Bauru foi formalmente implantado em dezembro de 1997, embora as ações de controle dessa doença fossem anteriormente realizadas pelos Serviços de Saúde. Nesse ano, foi nomeada uma comissão para coordenar o programa, ligada à Seção de Programas Especiais, órgão do Departamento de Planejamento, Avaliação e Controle. Essa equipe de coordenação é composta por três enfermeiras, uma assistente social e um médico, estando sob a presidência de uma enfermeira.

Bauru e outros 25 municípios do Estado de São Paulo, no ano de 1997, foram eleitos prioritários para o controle da tuberculose, devido principalmente aos elevados coeficientes médios de incidência dessa doença que, para Bauru, foi de 48/100.000 habitantes, nos últimos cinco anos. Por ser classificado como prioritário, recebeu recursos, através de convênio assinado com o Ministério da Saúde, para a implementação das ações de controle da doença.

Em Bauru, no período de 1996 a 2000 foram notificados 735 casos de tuberculose, variando de 163 casos em 1996 a 123 em 1999 (Bauru-SMS,2000).

O Programa de Controle da Tuberculose passou a ser conduzido segundo Diretrizes do Plano de Ação Emergencial para Municípios Prioritários do Ministério da Saúde, visando à adesão do doente ao tratamento, diminuição das taxas de abandono e aumento dos percentuais de cura (Brasil-MS,1997b). No Manual de Normas para o Controle da Tuberculose os critérios para encerramento de casos na Unidade de Saúde são assim definidos (Brasil-MS,1995):

Alta por cura

- Pulmonares inicialmente positivos

Alta por cura comprovada será dada quando, ao completar o tratamento, o paciente apresentar duas baciloscopias negativas.

Alta por cura não comprovada será dada quando, ao completar o tratamento, o paciente não tiver realizado baciloscopias para encerramento do caso.

- Pulmonares inicialmente negativos ou extrapulmonares

Alta por cura será dada quando for completado o tratamento e com base em critérios clínico-radiológicos.

Alta por Abandono de Tratamento - será dada ao doente que deixou de comparecer à unidade, por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno.

Atendendo às competências estabelecidas pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, o programa passa a:

- Planejar ações conjuntamente com os Núcleos de Saúde e Unidades Integradas, de busca de casos novos, através dos sintomáticos respiratórios;

- Supervisionar as ações de acompanhamento e tratamento dos doentes pelo ambulatório com a implantação, inclusive, do tratamento supervisionado;

- Estabelecer fluxo de informação de Vigilância Epidemiológica;

- Organizar treinamentos;

- Assessorar as equipes das Unidades de Saúde através de educação continuada para melhoria da qualificação dos profissionais envolvidos;

- Promover ações educativas junto à comunidade em geral.

A coordenação do programa, com a participação de profissionais que atuam no ambulatório, elabora manuais técnicos para

apoio profissional, folhetos e cartilhas educativas para os usuários dos serviços portadores ou não da doença. Constantemente, é enviado material técnico atualizado sobre a doença aos profissionais que atuam nos serviços municipais. Sempre que possível, técnicos do programa participam de reuniões e outros eventos sobre tuberculose organizados pela Secretaria de Estado da Saúde.

A busca de casos novos, através dos sintomáticos respiratórios, é desenvolvida pelos 16 Núcleos de Saúde e pelas 3 Unidades Integradas de Atendimento Ambulatorial e de Urgência. Esses serviços possuem profissionais preparados para a realização da anamnese do paciente e para solicitarem exames para diagnóstico. O ambulatório de tisiologia é responsável pela confirmação diagnóstica e pelo tratamento até a cura, através de acompanhamento auto-administrado ou supervisionado, com rotinas específicas para cada tipo de atendimento (anexos n.º 1 e 2), busca de faltosos e controle de comunicantes.

Os Núcleos e as Unidades Integradas são também responsáveis pela realização de atividades educativas sobre a tuberculose, em geral realizadas em sala de espera, e todos possuem profissionais treinados para a aplicação da vacina BCG id.

Algumas Unidades Municipais Especializadas, embora não sejam responsáveis por diagnosticar casos novos, também possuem equipes sensibilizadas para identificar suspeitos de tuberculose. São elas: Ambulatório de Saúde do Trabalhador, Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer e Programa Municipal de Atenção ao Idoso.

A Seção de Moléstias Infecciosas (SMI), à qual pertence o ambulatório de tisiologia, é um serviço municipal localizado na região central da cidade, que conta com uma equipe multiprofissional composta por 8 médicos (pediatra, ginecologista, infectologista, dermatologista, pneumologista e clínicos), 2 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 2

psicólogos, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 1 recepcionista, 8 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório odontológico, 2 auxiliares de limpeza e 1 visitador sanitário.

Esse serviço, além do atendimento a doentes de tuberculose, é referência para aids, doenças sexualmente transmissíveis e hanseníase. A equipe que atua diretamente na tisiologia é composta por 2 médicos, 2 enfermeiras, 1 assistente social, 1 auxiliar de enfermagem, 1 visitadora sanitária e pessoal de apoio. O atendimento de nutrição e psicologia é oferecido aos doentes de tuberculose, através das profissionais que atuam em todos os programas implantados na seção.

Além dos pacientes encaminhados pela rede de Serviços Municipais de Saúde, o ambulatório de tisiologia atua como referência para outros municípios pequenos da região, que não possuem serviço de saúde estruturado para o tratamento de doentes de tuberculose. É também referência para um Hospital Filantrópico Psiquiátrico de 420 leitos do município. São atendidos ainda doentes de tuberculose dos 3 presídios do município e 1 da região.

A planta física do ambulatório é compatível com o esperado. Possui salas relativamente grandes e arejadas para consultório, pré e pós-consulta. Possui também sala de reuniões, o que facilita o trabalho de grupo, e sala de espera própria para os usuários da tisiologia. A sala de raio X localiza-se no centro de saúde acoplado ao ambulatório.

A Seção de Moléstias Infecciosas notifica os casos confirmados através de ficha padronizada (anexo n.º 3); em seguida, inicia-se o processo de investigação epidemiológica que, particularmente em Bauru, é coordenado pelo Departamento de Saúde Coletiva.

O ambulatório é responsável pelo preenchimento do Boletim Mensal de Atualização de Casos de Tuberculose (anexo n.º 4), que contém informações sobre a situação dos inscritos no programa.

Existe em Bauru um hospital que atua como referência estadual para internações na área de tisiologia, de doentes de tuberculose do sexo feminino: Hospital Manoel de Abreu que recebe esporadicamente casos de tuberculose do sexo masculino os quais são internados nas suas dependências gerais. Na maioria das vezes, os doentes de tuberculose do sexo masculino, que necessitam de internação, são encaminhados pela central de vagas para Promissão, Araraquara ou Campos de Jordão.

O suporte na área laboratorial para o Programa de Controle da Tuberculose é oferecido pelo Instituto Adolfo Lutz, ligado à Secretaria Estadual de Saúde. Esse laboratório realiza baciloscopias e culturas para micobactérias não realizando identificação de espécies e prova de sensibilidade a antimicrobianos, sendo necessário proceder o encaminhamento de tais exames a outro laboratório de referência do Estado.

A Prefeitura Municipal dispõe de um aparelho de raio X que atende a demanda do programa. Quando ele apresenta problemas, conta também com a radiologia de um hospital público (Hospital de Base).

3.2. Fontes de Dados

Para este estudo foram utilizados dados do prontuário e da ficha de notificação epidemiológica do doente. Obteve-se também informações através da aplicação de entrevista ao doente e à equipe do ambulatório.

O primeiro passo da pesquisa consistiu em selecionar, através das fichas de notificação epidemiológica, os casos de tuberculose pulmonar de residentes em Bauru, notificados no período de 1.º de setembro de 1999 a 31 de agosto de 2000. Foram excluídas as

notificações dos presidiários, dos residentes fora do município e dos doentes de tuberculose extrapulmonar. Excluiu-se também aqueles em que o desfecho do caso resultou em mudança de diagnóstico. Mesmo que o doente tivesse sido notificado mais de uma vez no período, considerou-se somente a primeira notificação.

Restaram 90 doentes de tuberculose pulmonar, residentes em Bauru, acompanhados ambulatorialmente, objeto deste estudo. A escolha por estudar a tuberculose pulmonar foi por ser esta, a forma freqüente em cerca de 85% dos casos. Do ponto de vista da transmissão, é também a forma que mais interessa epidemiologicamente.

Foram excluídas as notificações dos presidiários porque estes não têm, em sua grande maioria, residência de origem em Bauru, uma vez que a rotatividade dessas pessoas de um presídio a outro é muito grande, prejudicando o adequado acompanhamento durante o tratamento que é monitorado pela equipe de saúde do presídio, ficando o prontuário aberto no ambulatório somente para entrega dos medicamentos.

3.3. Processo de Implantação do Tratamento Supervisionado

O presente estudo ocorreu concomitantemente com a implantação do tratamento supervisionado no ambulatório de tisiologia.

Antes dessa implantação, foram realizadas reuniões com a equipe para sensibilização, definição conjunta da rotina de acompanhamento de doentes nesse tipo de tratamento e montagem de folhetos e cartilhas educativas para serem distribuídas nas atividades de grupo determinadas pela nova estratégia de atendimento ao doente. Essa rotina foi apresentada aos Diretores de Departamentos e à Secretária

Municipal de Saúde, com finalidade de discussão da proposta, possíveis sugestões e solicitação de apoio logístico. Cabe salientar que Bauru não foi contemplado com recursos para a aquisição de viatura para o programa, necessitando a atividade de visitas domiciliares ser inserida na rotina do setor de frota, que atende a toda a demanda da Secretaria Municipal de Saúde.

Dentro da rotina de acompanhamento de doentes em tratamento supervisionado, são previstas reuniões quinzenais de grupo de doentes, sendo desejável a participação de um familiar, o qual será convidado pela equipe do programa à cumplicidade, atuando como "tutor" no tratamento do doente. A rotina prevê que as reuniões devam durar, em média, uma hora e serem agendadas nos dias em que o doente deve comparecer no ambulatório por outros motivos, otimizando sua presença no serviço.

Nessa rotina de acompanhamento de doentes de tuberculose, são previstas também a realização de visitas domiciliares, visando além da verificação da tomada do medicamento, observar as condições de moradia, o controle de comunicantes e a busca de faltosos.

Foi criado um instrumento para controle dos doentes em tratamento supervisionado inscritos mensalmente no programa. Nessa planilha são informados: tipo de tratamento estabelecido, visitas domiciliares recebidas, idas ao ambulatório e participação em atividades de grupo (anexo n.º 5).

3.4. Entrevistas com os Doentes

Para as entrevistas com os doentes de tuberculose pulmonar, residentes em Bauru, foi elaborado um instrumento semi-estruturado que consistiu de 61 questões, sendo 33 perguntas fechadas e

28 abertas (anexo n.º 6). Através dessa entrevista, foi possível obter dados concretos e subjetivos, conforme definição de diferentes autores citados por Minayo (2000):

> Mediante a entrevista podem ser obtidos dados de duas naturezas: (a) os que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, atestados de óbitos, etc. São dados a que Lundberg chama 'objetivos' (1946); Parga Nina os denomina 'concretos' (1983) e Gurvitch (1955) os qualifica como pertencentes ao nível 'ecológico ou morfológico' da realidade. (b) os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. São informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar 'subjetivos'. Só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos (p. 108).

A primeira parte do questionário continha, além de dados de identificação do doente, informações sobre escolaridade, condições de trabalho e número de pessoas moradoras na residência do indivíduo. As informações sobre a renda do doente foram obtidas da ficha social e quando ela não estava preenchida foram questionadas junto ao próprio entrevistado.

A segunda parte continha questões sobre a doença, objetivando avaliar as informações recebidas no serviço e verificar se o doente sabia onde adquiriu a tuberculose.

A terceira, continha 11 questões quanto à vida pessoal do doente relacionada à doença, em busca de informações sobre a aceitação dela, comportamento de outras pessoas ao saberem de sua doença e se houve prejuízo de sua vida pessoal e profissional após adoecer.

A quarta parte visava colher informações sobre o tratamento, efeitos colaterais da medicação, se parou de tomar a medicação em algum momento do tratamento e considerações quanto à duração dele.

A quinta parte visava colher informações para a avaliação do serviço, quanto ao fornecimento de informações, à participação em

trabalhos de grupo e ao tempo decorrido entre o comparecimento no ambulatório e a consulta médica.

A sexta parte era composta de questões direcionadas aos que aderiram ou não ao tratamento supervisionado e àqueles que estabeleceram troca do tipo de tratamento durante o período. Visava obter informações sobre o conhecimento dos objetivos do tratamento supervisionado, aceitação dele pelos doentes, dificuldades para a adesão a esta estratégia e se eles recomendariam para outras pessoas esse tipo de tratamento. Buscava também informações quanto às vantagens e desvantagens dos dois tipos de tratamento oferecidos.

A sétima parte visava apurar daqueles que abandonaram o tratamento, os motivos do abandono. Questionava também o uso de bebida alcoólica.

A última parte do questionário, composta apenas de duas questões, visava obter informações sobre o conceito de saúde e a importância dela para os doentes entrevistados.

Respeitando a neutralidade requerida pelo método, as entrevistas puderam ser realizadas pela própria pesquisadora, pois ela não tinha contato com os doentes. Houve preferência para que as entrevistas fossem realizadas sempre pela mesma pessoa para evitar entendimento diverso das questões. Ocorreram no próprio ambulatório, por ocasião da consulta médica ou atendimento para o tratamento supervisionado. Todas foram realizadas a partir do quarto mês de tratamento, pois a maioria das respostas dependiam de o doente ter sido acompanhado por um período suficiente para se estudar seu grau de adesão ao programa.

Para aqueles que abandonaram o tratamento, foram realizadas três tentativas de contato, duas por carta e uma por visita domiciliar. As visitas foram realizadas por profissionais do ambulatório ou

pela pesquisadora. Quando não foi possível realizar a entrevista, foram utilizados somente os dados de prontuário para o estudo.

Os menores de 14 anos foram entrevistados em companhia de seus pais ou responsáveis, que participaram das respostas e assinaram o termo de consentimento.

Foram excluídos das entrevistas os doentes mentais institucionalizados, considerados incapazes de entender as perguntas formuladas e pela impossibilidade de se questionar o funcionário do hospital, pois nem sempre era o mesmo que os acompanhava ao ambulatório.

No início de cada entrevista, foi explicado do que tratava a pesquisa, que seria garantido o sigilo das informações obtidas e qual o destino dos dados colhidos. Uma vez obtida a concordância dos doentes para participarem da entrevista, era solicitado o preenchimento de um termo firmando o consentimento por escrito.

As entrevistas foram realizadas individualmente e programadas para durar em média 20 minutos. Optou-se por não gravá-las para evitar inibição do entrevistado. As respostas foram anotadas no próprio questionário, respeitando na íntegra o depoimento do participante.

3.5. Pesquisa nos Prontuários e Fichas de Notificação Epidemiológica

A pesquisa no prontuário e na ficha de notificação epidemiológica do doente ocorreu 7 meses após o início do tratamento, tendo sido ele entrevistado ou não. Os doentes acompanhados por 9 ou 12 meses tiveram seus prontuários analisados no 10.º ou 13.º mês, respectivamente. Foi estabelecido que a última análise de prontuário seria

realizada em 3/3/2001, 7 meses após a inscrição dos últimos doentes na pesquisa, em 31 de agosto de 2000.

Do prontuário foram extraídos dados como: duração do tratamento, tipo de tratamento (auto-administrado ou supervisionado), resultado de baciloscopia de início de tratamento, tratamento anterior, patologias associadas, renda e situação da alta (anexo n.º 7). Para a verificação desses dados, foi utilizada a folha de evolução do doente, folha de resultados de exames e ficha social. Caso não houvesse na evolução anotações sobre patologias associadas e tratamento anterior, esses dados eram verificados na ficha de notificação epidemiológica do doente.

Essa estratégia de considerar a informação independentemente do documento de onde tivesse sido extraída, visava obter o maior número de informações sobre o doente e minimizar os problemas de mal preenchimento dos documentos.

3.6. Entrevistas com a Equipe Profissional

Antes de iniciar a pesquisa, foi realizado com a equipe do ambulatório um treinamento sobre tuberculose. Esse treinamento consistiu num recordatório sobre a doença, sua forma de transmissão, os sintomas e a importância do tratamento. Realizou-se também uma atualização sobre a situação epidemiológica da doença no Brasil e no município, sua relação com a epidemia da aids e a problemática atual da multirresistência.

Foram selecionados, para participar das entrevistas, os profissionais que atuavam diretamente com os doentes de tuberculose: médicos, enfermeiras, assistente social, visitadora sanitária e auxiliar de enfermagem.

Para as entrevistas, foi criado um instrumento semi-estruturado, composto de 21 questões, sendo 8 fechadas e 13 abertas (anexo n.º 8).

Optou-se por realizar a abordagem aos funcionários após o término das entrevistas com os doentes, para evitar qualquer possibilidade de constrangimento com a presença diária da pesquisadora no ambulatório.

O questionário foi enviado em envelope fechado, identificado nominalmente, acompanhado de uma carta de apresentação assinada pela pesquisadora, que esclarecia ser a decisão de respondê-lo totalmente livre. Essa carta também esclarecia que a devolução do questionário respondido correspondia à autorização do uso das informações obtidas.

O questionário continha uma parte de identificação que dispensava o nome do profissional, mas solicitava a profissão e o tempo que trabalhava no ambulatório, especificamente na tisiologia.

A segunda parte era composta por 3 questões a respeito da doença, visando avaliar o conhecimento técnico do profissional entrevistado.

A terceira parte do questionário, com 10 questões, abordava sobre o tratamento da tuberculose, quanto ao tempo, tipo de tratamento e fatores que facilitariam ou não a adesão ao tratamento supervisionado, visando avaliar os conhecimentos da equipe quanto a esta estratégia.

A quarta parte da pesquisa era composta de 5 questões quanto à relação do profissional com o doente de tuberculose, visando identificar se os profissionais observavam diferenças entre os doentes em tratamento auto-administrado ou supervisionado e colher informações, do ponto de vista dos profissionais, do porquê o doente tem dificuldade para aderir ao tratamento supervisionado.

A quinta e última parte, composta de apenas uma pergunta, visava obter informações sobre o ponto de vista do profissional, do porquê de o doente abandonar o tratamento.

3.7. Análise dos Resultados

As informações coletadas neste estudo, através da ficha de notificação epidemiológica, do prontuário e das entrevistas com os doentes e equipe profissional, foram informatizadas e processadas através do Programa Epi-info, versão 6.04, produzido pelo *Center for Disease Control e Prevention.* A utilização desse programa possibilitou relacionar vários resultados (USA-CDC,1994b).

Todos os dados colhidos e as respostas obtidas através das entrevistas, sendo abertas ou fechadas, receberam um número. As abertas foram codificadas, respeitando-se as diferentes respostas. A ocupação foi codificada segundo a classificação de Rumel (1987). Essa codificação gerou um manual que serviu de base para a digitação dos questionários (anexo n.º 9).

Foram trabalhados dados de identificação do doente como: sexo e escolaridade por faixa etária, número de pessoas moradoras na residência, situação de emprego, horário de trabalho, ocupação e renda. Além disso, analisaram-se dados sobre a doença: duração e tipo de tratamento; patologias associadas, por sexo e tipo de tratamento; presença de tratamento anterior; baciloscopia de início de tratamento; evolução do caso; abandono por mês de ocorrência e por tipo de tratamento recebido; presença de tratamento anterior, por patologia associada. Também foram estudadas as causas de abandono.

Foi realizado, também, o estudo de dados colhidos exclusivamente nas entrevistas com os doentes: se a tuberculose tem

cura, se é transmissível, onde e quem lhe forneceu informações sobre a doença, se participou de atividades de grupo, quais os sintomas da doença, quais os primeiros sintomas que o levou a se sentir doente, onde e por que suspeitava que adquiriu a doença, se tinha informação de qual a duração do tratamento, se contou para outras pessoas que estava com tuberculose e quais as mudanças de comportamento dessas pessoas. Se não contou, qual doença disse ter. Se o próprio entrevistado, quando soube que estava com tuberculose mudou seu comportamento. Se a doença prejudicou sua vida profissional e em quê. Se sentia efeitos colaterais dos medicamentos, quais efeitos e se deixou de tomar os medicamentos em algum momento do tratamento, por quanto tempo e por qual motivo. Como considerava o tratamento do ponto de vista tempo, como se dirigia ao ambulatório, se recebia passe-saúde, tempo médio gasto na consulta e o que o serviço tinha de bom ou ruim. Foi analisado, também, se os que interromperam o tratamento tinham outra patologia associada.

Foram estudados, ainda, dados sobre o tratamento supervisionado, se o doente recebeu e quando a oferta desse tipo de tratamento, se recebeu informações sobre o objetivo desse tipo de tratamento, se aceitou participar do tratamento supervisionado ou não e por que, vantagens e desvantagens e se recomendaria o tratamento supervisionado a outras pessoas. Dos que não estavam inseridos no tratamento supervisionado também foram avaliadas as vantagens e desvantagens do tipo de tratamento em que estavam. Em outro momento, foram estudados o uso de bebida alcoólica relacionado ou não com patologia associada. Foi possível analisar, através de duas perguntas, o que significava ter saúde para essas pessoas e qual a sua importância.

O passo seguinte do estudo foi a análise dos dados colhidos das entrevistas realizadas com os profissionais do ambulatório, que consistiu em identificação, tempo de serviço no setor, sintomas da doença e a que grupo ela pertence, duração do tratamento, definição e

objetivos do tratamento supervisionado, fatores dificultantes e facilitadores para a implantação do tratamento supervisionado no ambulatório. Consistiu também em avaliar a relação dos profissionais com os doentes sendo acompanhados nos dois tipos de tratamento, quais as dificuldades do ponto de vista do doente para aderir ao tratamento supervisionado e por que ele abandona o tratamento, sendo ele supervisionado ou auto-administrado.

Para facilitar a visualização dos resultados obtidos, foram utilizados como recurso didático, tabelas e quadros, elaborados pelo programa Microsoft Excel 7.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Univerdidade Estadual Paulista, em 7 de fevereiro de 2000 (anexo n.º 10).

4. Resultados

4.1. Implantação do Tratamento Supervisionado

O atendimento ao doente de tuberculose no ambulatório de tisiologia, até 1999, era feito somente de maneira convencional, também conhecido como tratamento auto-administrado. O médico atendia o doente mensalmente, fornecia orientações sobre a medicação e a doença e a auxiliar de enfermagem as reforçava na pós-consulta.

No segundo semestre de 1998, deu-se início à abordagem da equipe para a implantação do tratamento supervisionado no ambulatório. Foram realizadas várias reuniões para esclarecimento dos objetivos do tratamento supervisionado, do papel de cada profissional e definição da rotina de acompanhamento dos doentes inseridos nessa modalidade de tratamento.

Cabe salientar que a implantação dessa proposta, como estratégia para a redução das taxas de abandono no município, exigia maior conhecimento de sua efetivação e execução. Na época havia poucas experiências no Estado de São Paulo e nenhuma na Direção Regional de Saúde (DIR X). As experiências de São Paulo, Santos, Itapevi e Ribeirão Preto não possuíam registro oficial. Optou-se por estabelecer, como base para a implantação dessa estratégia, a adaptação do conteúdo teórico conhecido, com a participação conjunta dos profissionais que atuavam com tuberculose no ambulatório e na vigilância epidemiológica.

Na primeira reunião com a equipe, esta se mostrou receptiva. Os médicos também participaram da reunião, comprometendo-se a incentivar os doentes a aderirem ao tratamento supervisionado,

triando-os para a equipe que seria responsável pelas atividades educativas mais específicas.

O início efetivo do tratamento supervisionado no ambulatório se deu em maio de 1999, seguindo normatização do Ministério da Saúde.

No início, o tratamento supervisionado não era oferecido a todos os doentes em acompanhamento no ambulatório, pois essa nova estratégia exigia uma avaliação da equipe e posteriores aprimoramentos. Foram priorizados os alcoolistas, os portadores de outras doenças associadas e pessoas com história de abandono anterior. Atualmente, o tratamento supervisionado é oferecido a todos os inscritos no programa, tendo uma média de adesão de 30% dos acompanhados.

A rotina do tratamento supervisionado (anexo n.º 2) foi adaptada à realidade do ambulatório quanto à disponibilidade de profissionais, viaturas e outros recursos necessários. Foi estabelecido que o doente deve comparecer no ambulatório, no mínimo, uma vez por semana, recebendo medicação para três dias e receber visita da assistente social ou visitadora sanitária também uma vez por semana, recebendo medicação para mais quatro dias. No dia em que o doente comparece ao ambulatório deve tomar a medicação na presença de um funcionário e lhe é oferecido um lanche, para que ele não retorne a sua residência ou local de trabalho em jejum. Todos os doentes de tuberculose acompanhados por tratamento supervisionado recebem passe-saúde, desde a implantação dessa estratégia no ambulatório, e a partir de agosto de 2000 passaram a receber, também, uma cesta básica mensal.

Durante as visitas domiciliares são observadas as condições de moradia do doente e realizado um trabalho de esclarecimento à família, que é convidada a ser cúmplice com a equipe, “supervisionando” o tratamento do familiar.

Os doentes acompanhados em tratamento supervisionado participam de atividades de grupo quinzenalmente, por ocasião do comparecimento ao ambulatório, preferencialmente com a participação da família. Essas reuniões têm duração de, no máximo, uma hora e contam sempre com a participação de um profissional de nível universitário, geralmente assistente social ou enfermeiro.

Embora a equipe se esforce para manter os doentes que apresentam risco de abandono no tratamento supervisionado, encontram-se muitas dificuldades com a viatura necessária para as visitas domiciliares que tem sua disponibilidade limitada, o que obriga o doente a comparecer ao ambulatório duas vezes por semana. Por algum tempo foi possível manter esse esquema, mas logo os doentes começaram a faltar e foi retomado o seu comparecimento obrigatório ao ambulatório apenas uma vez por semana.

Esse problema dificultou o aumento do número de doentes acompanhados, segundo a rotina estabelecida. Até junho de 2000, essa situação da viatura se mantinha, por dificuldades administrativas da Secretaria Municipal de Saúde.

4.2. Caracterização dos Doentes

Ocorreram em Bauru, no período de setembro de 1999 a agosto de 2000, 147 notificações de tuberculose. Dessas, 28 eram referentes a presidiários, 12 eram de pessoas residentes fora do município, 13 extrapulmonares, 1 mudança de diagnóstico, 3 de um mesmo doente notificado duas vezes e 90 foram de tuberculose pulmonar de residentes no município de Bauru. Foram estudados esses 90 doentes de tuberculose pulmonar, dos quais 71 (78,8%) puderam ser

entrevistados. As informações obtidas nos prontuários e nas fichas de notificação epidemiológica são referentes ao total de casos.

Dos 90 doentes de tuberculose pulmonar estudados, 61 (67,7%) eram do sexo masculino e 29 (32,2%) do sexo feminino, sendo a faixa etária predominante em ambos os sexos, a de 20 a 49 anos (72,1%), conforme tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de Tuberculose Pulmonar, segundo sexo e faixa etária. Bauru, setembro de 1999 a agosto 2000

SEXO / IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
< 15 anos	3	3,3	3	3,3	6	6,6
15 – 19	-	-	2	2,2	2	2,2
20 – 29	13	14,4	9	10,0	22	24,4
30 – 39	20	22,2	8	8,8	28	31,1
40 – 49	12	13,3	3	3,3	15	16,6
50 – 59	8	8,8	2	2,2	10	11,1
60 e +	5	5,5	2	2,2	7	7,7
TOTAL	**61**	**67,7**	**29**	**32,2**	**90**	**100,0**

Quanto à escolaridade, 58 dos 69 entrevistados (84%) relataram ter, no máximo, 7 anos de estudo. Foram excluídas 2 crianças com 3 anos, fora, portanto, da idade escolar. Foram incluídas no estudo dessa variável as outras 4 crianças menores de 15 anos, cuja idade variou de 12 a 15 anos. Foram detectadas 4 pessoas analfabetas, o que corresponde a 5,8% dos casos estudados e 2 com ensino superior

completo (2,8%). A tabela 2 mostra o grau de escolaridade dos 69 pacientes, distribuídos por sexo.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de Tuberculose Pulmonar, segundo sexo e escolaridade. Bauru, setembro de 1999 a agosto 2000

ESCOLARIDADE / SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sem Escolaridade	2	2,9	2	2,9	4	5,8
4.ª Série Incompleta	12	17,3	6	8,7	18	26,0
4.ª Série Completa	20	28,9	11	15,9	31	44,9
8.ª Série Incompleta	3	4,3	2	2,9	5	7,2
Médio Incompleto	4	5,8	-	-	4	5,8
Médio Completo	2	2,9	1	1,4	3	4,3
Superior Incompleto	1	1,4	1	1,4	2	2,9
Superior Completo	-	-	2	2,9	2	2,9
TOTAL	**44**	**63,7**	**25**	**36,2**	**69**	**100,0**

Quando pesquisado o número de pessoas moradoras na mesma residência do doente, foram encontradas 2 a 4 pessoas em 40 domicílios, 5 a 8 pessoas em mais 28 domicílios e 3 doentes moravam sozinhos.

Quanto à situação de emprego, 33 dos 65 entrevistados maiores de 15 anos (50,8%) responderam que não possuíam emprego fixo. Foram incluídos os aposentados que exerciam alguma atividade eventual.

Quando pesquisado o horário de trabalho desses doentes, foi observado que 48 deles tinham horário de trabalho livre ou não coincidente com as consultas (73,8%) e 17, horário coincidente (26,1%). Dos 48 doentes que tinham horário de trabalho livre ou não coincidente com as consultas, 15 tinham emprego fixo.

Para o estudo das ocupações, foi utilizada a classificação de Rumel (1987) e foram excluídas as duas crianças de 3 anos. Conforme mostra a tabela 3, foram obtidos como resultados: 33 doentes fora da força de trabalho (47,8%), 17 inseridos na área de serviços (24,6%), 16 trabalhadores operários (23,1%) e 3 intelectuais (4,3%). Os menores de 14 anos eram estudantes.

Quanto à renda, foi detectado que 39 dos 71 doentes entrevistados (54,9%) possuíam rendimentos abaixo de 2 salários mínimos, 24, de 2 a 5 salários mínimos (33,8%), e somente 8 acima de 5 salários (11,2%).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de Tuberculose Pulmonar, segundo sexo e ocupação. Bauru, setembro de 1999 a agosto de 2000

SEXO / OCUPAÇÃO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
INTELECTUAIS			
Administrativos	1	-	1
Cientistas e Artistas	-	1	1
Técnicos	1	-	1
Subtotal	***2***	***1***	***3***
ÁREA DE SERVIÇOS			
Serviço de Eletricidade	1	-	1
Comércio	5	1	6
Transporte	1	-	1
Comunicações	-	1	1
Prestação de Serviços	3	5	8
Subtotal	***10***	***7***	***17***
TRABALHADORES OPERÁRIOS			
Mecânica/Metalúrgica/Material Elétrico	7	-	7
Construção Civil	4	-	4
Vestuário e Artefatos de Couro	2	1	3
Madeira e Móveis	2	-	2
Subtotal	***15***	***1***	***16***
FORA DA FORÇA DE TRABALHO			
Aposentados	9	1	10
Do Lar	-	9	9
Estudantes	3	2	5
Não Trabalha	4	4	8
Desempregado	1	-	1
Subtotal	***17***	***16***	***33***
TOTAL	**44**	**25**	**69**

Dos 90 doentes estudados, 81 foram acompanhados por 6 meses, o que corresponde a 90% dos casos, 6 por 9 meses (6,6%) e 3 por um ano (3,3%). Os 3 casos acompanhados por 12 meses eram também doentes de aids.

Dos 6 casos acompanhados por 9 meses, 3 eram doentes de aids e 3 tiveram seus tratamentos prolongados por decisão médica.

Dos 90 doentes acompanhados, 65 fizeram tratamento auto-administrado (72,2%), 17 supervisionado (18,8%) e 8 misto (8,9%), conforme mostra a tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos casos de Tuberculose Pulmonar, segundo tipo de tratamento. Bauru, setembro de 1999 a agosto 2000

TIPO	N.º	PERCENTUAL
Auto-administrado	65	72,2
Supervisionado	17	18,9
Misto	8	8,9
TOTAL	**90**	**100,0**

Dos 90 doentes estudados, 26 (28,8%) apresentaram, além da tuberculose, outra doença, conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos casos de Tuberculose Pulmonar, segundo doença associada. Bauru, setembro de 1999 a agosto de 2000

PATOLOGIA	N.º	PERCENTUAL
Alcoolismo	10	38,5
Doença Mental	7	26,9
Aids	6	23,1
Diabetes	2	7,7
Drogadição	1	3,8
TOTAL	**26**	**100,0**

No grupo que apresentou doença associada, havia 5 mulheres, sendo 2 alcoolistas, 1 diabética e 2 doentes de aids.

Doze casos (13,3%) tinham sido tratados anteriormente pelo menos uma vez, sendo 3 recidivas e 9 abandonos. Desses, 6 foram acompanhados em tratamento supervisionado e 6 não, porque recusaram a oferta.

Ao aprofundar o estudo do grupo de doentes acompanhados em tratamento supervisionado ou misto, foi observado que 6 dos 25 inscritos nessas modalidades (24%) apresentavam, além de tuberculose, alcoolismo como doença associada, 1 diabetes (4%) e 1 aids (4%).

Dos 90 casos estudados, 42 apresentaram baciloscopia de início de tratamento positiva (46,6%), 22 negativa (24,4%) e 26 não realizaram esse exame (28,8%), que foi solicitado em 100% dos casos.

Treze das baciloscopias não realizadas (50,0%) correspondiam a mulheres e crianças. Os demais, 13 pessoas do sexo masculino, referiram não ter escarro. Desses, 5 eram doentes mentais.

Foram constatadas no período 2 ocorrências de óbito (2,2%) e 1 transferência de um doente mental para outro município (1,1%), restando 87 doentes para avaliação da situação de alta. A taxa de abandono no período foi de 21,1%. A taxa de cura encontrada foi de 75,5%. A tabela 6 mostra o resultado de final de tratamento dos doentes acompanhados.

Tabela 6 - Distribuição dos casos de Tuberculose Pulmonar, segundo evolução do tratamento. Bauru, setembro de 1999 a agosto de 2000

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO	N.º	PERCENTUAL
Cura	68	75,5
Abandono	19	21,1
Óbito	2	2,2
Transferência	1	1,1
TOTAL	**90**	**100,0**

Dos 19 doentes que abandonaram o tratamento, 11 o fizeram no 4.º ou 5.º mês (57,9%), 3 no terceiro mês (15,8%), 3 no segundo (15,8%) e 2 no primeiro (10,5%).

Quando pesquisada a situação dos doentes que abandonaram o tratamento, verificou-se que: 4 estavam usando bebida alcoólica, 3 pensaram que estivessem curados, 3 mudaram-se para outra cidade com a família, 3 eram doentes mentais institucionalizados, 2 estavam trabalhando fora do município, 1 tinha aids e decidiu abandonar o tratamento contra a tuberculose e tomar somente os anti-retrovirais. Não

foi possível obter informações de 3 doentes faltosos, pois o endereço fornecido não existia.

O grupo que abandonou o tratamento era composto de 15 homens e 4 mulheres. No período estudado, os homens abandonaram o tratamento 4 vezes mais do que as mulheres.

Quando se procedeu ao estudo do abandono pelo tipo de tratamento, foi constatado que somente 1 dos 19 abandonos (5,2%), ocorreu no grupo que recebia tratamento supervisionado e nenhum no grupo que recebeu o tratamento misto, conforme mostra a tabela 7.

Foram identificados também, 9 portadores de patologia associada à tuberculose (47,3%), sendo 3 com alcoolismo, 3 doentes mentais e 3 com aids, com percentuais de 15,7% cada. Desses 9 doentes, 1 era do sexo feminino, doente de aids.

Dos 19 doentes que abandonaram o tratamento, 6 eram retratamentos por abandono anterior (31,5%).

Todos os doentes que abandonaram o tratamento receberam visita domiciliar realizada por um membro da equipe do ambulatório ou pela entrevistadora.

Tabela 7 - Distribuição dos abandonos de tratamento dos casos de Tuberculose Pulmonar, segundo tipo e mês de ocorrência. Bauru, setembro de 1999 a agosto de 2000

ABANDONO	TRATAMENTO AUTO-ADMINISTRADO		TRATAMENTO SUPERVISIONADO		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1.º mês de tratamento	2	10,5	-	-	2	10,5
2.º mês de tratamento	2	10,5	1	5,3	3	15,8
3.º mês de tratamento	3	15,8	-	-	3	15,8
4.º mês de tratamento	7	36,8	-	-	7	36,8
5.º mês de tratamento	4	21,1	-	-	4	21,1
TOTAL	**18**	**94,7**	**1**	**5,3**	**19**	**100,0**

Dos 90 casos estudados, após exclusão dos 7 pacientes portadores de doença mental, restaram 83 doentes, dos quais 71 foram entrevistados (85,5%). Houve 12 perdas.

Quando questionados se a tuberculose tem cura, 69 pacientes (97,2%), responderam que sim, 1 que não tem cura (1,4%) e 1 que não sabia (1,4%). Estes 2 últimos doentes pertenciam ao grupo do tratamento supervisionado. Quanto à transmissão de uma pessoa para outra: 63 responderam que sim (88,7%), 4 que não (5,6%) e 4 que não sabiam (5,6%). Dos 4 doentes que responderam que a doença não é transmitida de uma pessoa para outra, 2 estavam em tratamento supervisionado. Dos 4 que não sabiam responder, 3 também eram do grupo em tratamento supervisionado.

Dos 71 entrevistados, 68 disseram ter recebido informações sobre a tuberculose no serviço (95,7%) dos quais, 7 apenas individualmente (10,3%) e 61 individualmente e/ou em grupo (89,7%). Três disseram que não receberam informações sobre a doença, sendo, 2 do tratamento supervisionado.

O profissional que mais forneceu essas informações ao doente foi o assistente social, seguido do enfermeiro e do médico, conforme mostra a tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos doentes de Tuberculose Pulmonar, que receberam informações sobre a doença, segundo profissional que as forneceu. Bauru, setembro de 1999 a agosto de 2000

PROFISSIONAIS QUE FORNECERAM A INFORMAÇÃO	N.º	PERCENTUAL
Enfermeiro(a) e Assistente Social	32	47,1
Assistente Social	20	29,4
Assistente Social, Enfermeiro(a) e Médico(a)	13	19,1
Enfermeiro(a) e Auxiliar de Enfermagem	3	4,4
TOTAL	**68**	**100,0**

Quando os entrevistados foram questionados quanto aos sintomas da tuberculose, a tosse esteve presente em todas as respostas (100%), seguida de febre em 81,7% e perda de peso em 45,1%.

Os entrevistados também forneceram outras respostas importantes como: suores noturnos (28,8%) e dores no corpo (11,5%). Uma pessoa respondeu que dor de cabeça e sede seriam sintomas da tuberculose.

Quando a questão sobre sintomas foi formulada de outra maneira, ou seja, quando foram questionados quais os primeiros sintomas que levaram o indivíduo a se sentir doente, a febre foi o sintoma mais relatado, individualmente ou associado a outro, estando freqüente em 45,1% das respostas, seguido da tosse (22,6%).

As demais respostas obtidas foram: fraqueza (9%), escarro com sangue (7%) e com menores freqüências, sempre associadas a outro sintoma, dores no peito e nas costas, emagrecimento, dores de cabeça, falta de ar e falta de apetite.

Quando questionados se sabiam onde e por que adquiriram a tuberculose, 44,8% responderam não saber e 20,4% responderam ter adquirido a doença de outra pessoa: familiar, amigo ou colega de trabalho. Somente um indivíduo respondeu ter adquirido a doença do ar.

Também foram fornecidas respostas como: *"gripe mal curada", "por uso de cigarro", "devido a uma facada recebida no pulmão"*.

Quando questionados sobre a duração do tratamento da tuberculose, 65 (91,5%) dos doentes responderam 6 meses. Três doentes (4,2%) responderam 9 meses e 2 deles, 12 meses (2,8%). Somente 1 respondeu que não sabia quanto tempo durava o tratamento da tuberculose (1,4%).

Dos 71 doentes entrevistados, 63 responderam que contaram para as pessoas que tinham tuberculose (88,7%) e 8 não o fizeram (11,2%). Dos que não contaram, 3 disseram ter outra doença:

pneumonia, dores nas costas ou "problema no pulmão". Dos que contaram, 92% o fizeram para amigos e familiares. Os demais referiram patrões e colegas de trabalho.

Dezessete, dos 71 doentes entrevistados (23,9%), responderam que perceberam mudanças no comportamento das

pessoas, quando souberam que eles estavam com tuberculose. Essas mudanças ocorreram na família (44,4%), entre amigos (33,3%) ou no trabalho (22,2%), conforme mostra a tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos tipos de mudanças de comportamento das pessoas, na família, no trabalho e entre amigos. Bauru, setembro de 1999 a agosto de 2000

MUDANÇAS	FAMÍLIA	TRABALHO	AMIGOS/ OUTROS	TOTAL
Separação de objetos pessoais e de quarto	3	-	-	3
Aumento da preocupação	2	-	-	2
Maior ajuda e apoio	3	-	-	3
Afastamento dos colegas	-	2	-	2
O patrão o demitiu	-	1	-	1
O patrão exigiu seu afastamento	-	1	-	1
Afastamento dos amigos	-	-	5	5
Exigência pela escola de atestado médico	-	-	1	1
TOTAL	**8**	**4**	**6**	**18***

*Houve mais de uma resposta de um entrevistado

Dos 71 doentes entrevistados, 32 responderam ter mudado seu comportamento com as pessoas quando souberam que estavam com tuberculose (45,1%), estando o afastamento freqüente em 73% das respostas e a separação de objetos de uso pessoal em 23,1%.

Um doente relatou que se afastou principalmente das crianças e outro que se afastou das pessoas somente nos primeiros 15

dias, por saber que após esse período de tratamento não estava mais transmitindo a doença.

Outras respostas relatadas foram*: "parei de fumar e/ou beber", "tive medo de morrer," "fiquei triste e deprimido," "parei de tomar gelado e café".*

Mais da metade dos doentes estudados (54,3%), revelou que a doença prejudicou sua vida profissional. Dentre estes, 47,5%, principalmente por se sentirem mais cansados para trabalhar, 17,5% por terem perdido o emprego ou parado de trabalhar (quando trabalhavam por conta própria), 12,5% estarem afastados para tratamento de saúde recebendo menor salário ou em 10% dos casos, trabalharem por conta própria e estarem produzindo menos. Os demais manifestaram outros motivos: não poder trabalhar no primeiro mês por ter estado internado, falta de disposição para trabalhos domésticos e aposentadoria.

Foi relatado por 15 doentes, 21,1% dos entrevistados, que os medicamentos lhes provocavam efeitos colaterais, estando os problemas estomacais presentes em 75% das respostas, seguidos de reações alérgicas em 17,6% dos casos.

Vinte e seis entrevistados (36,6%) admitiram ter parado de tomar os medicamentos durante o tratamento, 7 dos quais em tratamento supervisionado. Dos que interromperam a medicação,15 responderam ter parado por até 5 dias (57,7%), cinco pararam por 6 a 10 dias (19,2%), quatro de 11 a 20 dias (15,3%) e dois por mais de 30 dias (7,6%).

Os motivos mais alegados que os levaram a parar de tomar a medicação foram: esquecimento (46,2%), estar fazendo uso de bebida alcoólica ou drogas (11,5%), estar tomando muitos remédios e às vezes parar com alguns (11,5%). Um paciente alegou ter parado por se sentir curado e outro por achar que os remédios não estavam fazendo nenhum efeito.

Nove, dos 26 pacientes que pararam de tomar a medicação (34,6%), tinham outra patologia associada à tuberculose, sendo 5 alcoolistas (19,2%), 3 doentes de aids (11,5%) e 1 drogadito (3,8%). Os doentes de aids foram os que alegaram ter parado por estarem tomando muitos remédios e os alcoolistas por estarem fazendo uso de bebida alcoólica.

Quando questionados, do ponto de vista tempo, como consideravam o tratamento, 34 responderam considerá-lo longo e cansativo (47,8%) e 36 disseram que não (50,7%). Um (1,4%) respondeu: *"se não tivesse vontade de beber 'encararia' melhor o tratamento".*

Dos 71 doentes entrevistados, 55 chegavam no ambulatório de ônibus (77,4%), desses 21 recebiam sempre passe-saúde (38,2%) e 34 recebiam às vezes (61,8%). Todos os doentes em tratamento supervisionado recebiam passe-saúde todas as vezes que se dirigiam ao ambulatório para consulta médica, participação em trabalhos de grupo ou recebimento da dose supervisionada.

Os entrevistados referiram que o tempo gasto no ambulatório em dias de consulta médica era de menos de uma hora em 38,6% dos casos ou de uma a duas horas em 60%. Somente um deles disse demorar mais de duas horas no ambulatório. Outro não respondeu, pois recebia consulta domiciliar.

Quando questionados a respeito do que o serviço tinha de ruim ou o que precisaria melhorar, 6 responderam que havia muita demora entre o horário em que se apresentavam no ambulatório e a consulta com o médico (8,5%).

A tabela 10 mostra as respostas obtidas quando questionados sobre a qualidade do serviço prestado pelo ambulatório. Na pergunta sobre o que o serviço tem de bom, alguns entrevistados forneceram mais que uma resposta.

Tabela 10 - Distribuição das respostas obtidas dos doentes de Tuberculose Pulmonar, quanto à qualidade do serviço prestado. Bauru, setembro de 1999 a agosto de 2000

O que o serviço tem de bom	N.º	%	O que o serviço tem de ruim	N.º	%
O atendimento de toda a equipe	63	70,8	Nada / absolutamente nada	60	84,5
O médico	11	12,4	Ter de esperar muito tempo para consultar com o médico	6	8,5
Nunca falta remédio	7	7,9	Outras respostas	5	7,0
Fornecem informações sobre a doença	3	3,4			
Outras respostas	5	5,6			
TOTAL	**89***	**100,0**		**71**	**100,0**

* Houve o fornecimento de mais de uma resposta por alguns entrevistados.

4.2.1. Opinião dos Doentes sobre o Tratamento Supervisionado

Como relatado anteriormente, o presente estudo ocorreu no início da implantação do tratamento supervisionado no ambulatório, quando a oferta não era realizada a todos os inscritos no programa. Em decorrência desses fatos, 33 dos entrevistados (46,5%) disseram que não lhes foi oferecido o tratamento supervisionado.

Dos 38 doentes que receberam essa oferta, 31 relataram que a mesma ocorreu no início do tratamento (81,6%) e 7 no meio dele (18,4%).

Todos os doentes que receberam a oferta de tratamento supervisionado, disseram que a equipe de saúde lhes explicou o que significaria participar dessa nova estratégia, mas quando questionados quanto ao seu entendimento sobre tratamento supervisionado, 14 deles (36,8%) responderam que significava receber remédios uma vez por semana, 17 (44,7%) deram a mesma resposta acrescida de "*mais informações sobre a doença"*. Os demais responderam: 3, *"tomar o remédio na frente de uma 'enfermeira' "* (7,9%); 2, *"fiscalizar a gente para ver se estamos tomando remédio direito"* (5,3%) *e* 2, *"receber visitas em casa"* (5,3%).

Dos 38 doentes que receberam a oferta de tratamento supervisionado, 13 não aceitaram (34,2%), desses 7 alegaram não poder aderir a essa estratégia porque trabalhavam, 2 porque teriam que faltar à escola e 2 porque moravam longe e não gostavam de acordar cedo. Um doente revelou que não queria receber visitas em sua residência e outro que havia se mudado para um bairro muito distante e teria que tomar dois ônibus para chegar até o ambulatório.

Para todos os entrevistados, sendo do grupo do tratamento supervisionado ou auto-administrado, foi perguntado quais as vantagens e desvantagens encontradas no tipo de tratamento em que eles estavam inseridos, sendo que, no grupo em tratamento supervisionado, as respostas mais freqüentes foram: receber maior atenção da equipe e informações sobre a doença (59%), poder falar com as "enfermeiras" como estava se sentindo (18,1%) e 2 disseram que 15 dias após o início do tratamento já se sentiam curados.

Do grupo acompanhado em tratamento auto-administrado, 37,8% considerava ser vantagem nesse tipo de tratamento poder ir ao ambulatório somente uma vez por mês. 17 não responderam à questão, o que corresponde a 45,9% do grupo. Apenas 23% desse grupo considerou como desvantagem perder as palestras semanais das quais os doentes em tratamento supervisionado participavam freqüentemente.

Foi observado que a maioria do grupo em tratamento supervisionado, 13 pessoas (65%), não referiu nenhuma desvantagem no tipo de tratamento no qual estavam inseridos e 5 relataram ser desvantagem ter que ir ao ambulatório uma vez por semana (25%). As tabelas 11 e 12 mostram as vantagens e desvantagens relatadas, por tipo de tratamento recebido.

Tabela 11- Distribuição das vantagens e desvantagens do tratamento supervisionado, segundo relato dos doentes entrevistados. Bauru, setembro de 1999 a agosto de 2000

TRATAMENTO SUPERVISIONADO			
VANTAGENS		**DESVANTAGENS**	
Receber mais informações sobre a doença e mais atenção da equipe	13	Nenhuma	13
Falar logo para as “enfermeiras” como se sente	4	Ter que comparecer no ambulatório semanalmente	5
Sentir-se curado 15 dias depois do início do tratamento	2	Ter que esperar para ser atendido	2
Incentivo para tomar os remédios direito	1		
Dúvidas esclarecidas rapidamente	1		
Nenhuma	1		
TOTAL	**22**		**20**

Tabela 12 - Distribuição das vantagens e desvantagens do tratamento auto-administrado, segundo relato dos doentes entrevistados. Bauru, setembro de 1999 a agosto de 2000

TRATAMENTO AUTO-ADMINISTRADO			
VANTAGENS		**DESVANTAGENS**	
Vir no ambulatório somente uma vez por mês	14	Perder as palestras semanais	6
Não faltar remédios e recebê-los gratuitamente	4	Sem resposta	20
Saber que ficará curado	1		
Não precisar sair tanto de casa	1		
Sem resposta	17		
TOTAL	**37**		**26**

Quando questionados se recomendariam o tratamento supervisionado a outras pessoas, 20 doentes que estavam nesse tipo de tratamento responderam afirmativamente. Cinco foram questionados sobre o mesmo assunto, após terem abandonado o tratamento supervisionado e também foram unânimes na resposta afirmativa. Esses 5 doentes responderam que recomendariam porque no tratamento supervisionado se recebe mais atenção e melhor acompanhamento da equipe.

Doze pessoas do grupo que estava em tratamento supervisionado (60%), quando questionadas, recomendariam esse tipo de tratamento porque se recebe mais atenção, 4 por considerarem esse tipo de tratamento bom ou ótimo, 2 "*porque a cura é mais segura e se pára de transmitir a doença para outras pessoas"*. Um respondeu *"resolve o problema*" e outro, *que "passou a se alimentar direito, porque recebeu orientação da nutricionista".*

Cinco doentes passaram do tratamento supervisionado para o auto-administrado durante o tratamento. Os motivos relatados para a ocorrência dessa mudança foram: 2 por terem voltado a trabalhar, 1 mudou-se para um bairro distante, 1 relatou ter fortes dores nas articulações, o que dificultava sua locomoção até o ambulatório, e 1 porque dava muito trabalho comparecer ao ambulatório semanalmente.

Quando questionados se faziam uso de bebida alcoólica, 10 entrevistados (14%) admitiram fazê-lo durante o tratamento, sendo 1 sempre e 9 às vezes. Trinta e seis responderam que faziam uso de bebida alcoólica antes do tratamento (50,7%), mas que haviam parado depois que souberam que estavam doentes e 25 que nunca fizeram uso de bebida alcoólica em nenhum momento de suas vidas (35,2%). Quando relacionado esse resultado com doença associada, foi observado que existiam 10 pacientes portadores de alcoolismo em acompanhamento no período.

Quando questionados quanto ao significado de saúde, 70% dos entrevistados disseram que ter saúde significava comer bem, 20,9% ter disposição para o trabalho e 9,0% sentir-se bem. Vinte e sete pessoas entrevistadas relataram outras respostas, das quais destacamos: *"A pressão estar boa," "não ter nenhum problema, inclusive espiritualmente," "ausência de qualquer problema," "ser mais alegre, mais feliz" e "não beber e não fumar".*

A última questão dirigida aos participantes das entrevistas era aberta e deu a eles liberdade para se manifestarem quanto à importância de se ter saúde. Dentre outras, foram obtidas as seguintes respostas: *"abaixo de Deus, está a saúde," "é tudo na vida," "sem saúde a pessoa não é nada," "é mais importante/melhor que tudo na vida," "é o maior bem que existe," "com saúde seguimos nossa vida em frente," "saúde em primeiro lugar," "ter saúde é a vida da pessoa," "é importante porque nos dá disposição e ânimo," "sem saúde não se faz nada," "melhor que dinheiro," "poder fazer o que quero: sair, passear, produzir," "estar de bem com a vida," "levantar com o corpo tranqüilo e descansado," "dá para trabalhar melhor," "não precisar pedir nada para ninguém," "ânimo para tratar melhor as pessoas," "poder criar os filhos," "o importante é não ficar doente," "viver bem," "sair à noite".*

4.3. Resultados das Entrevistas com a Equipe Profissional

Foi selecionada para as entrevistas a equipe técnica da tisiologia, composta de: 2 médicos, 2 enfermeiras, 1 assistente social, 1 auxiliar de enfermagem e 1 visitadora sanitária. Foram devolvidos 6 questionários preenchidos e houve uma recusa.

O questionário continha uma parte de identificação que não solicitava o nome do profissional, somente a profissão e o tempo de lotação no setor, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados, por tempo de lotação no setor

Profissional	Tempo de lotação no setor
Enfermeira I	04 anos
Enfermeira II	05 anos
Auxiliar de Enfermagem	06 anos
Assistente Social	08 anos
Médico	10 anos
Visitadora Sanitária	12 anos

Na parte que continha questões quanto à cura, ao grupo e aos sintomas da tuberculose, todos foram unânimes em responder que a doença é curável e pertence ao grupo das infecto-contagiosas.

Quanto aos sintomas, a febre e anorexia foram mencionadas por todos; a tosse, somente a auxiliar de enfermagem não a mencionou; suores noturnos não foram mencionados por uma das enfermeiras. Mencionaram ainda: dores torácicas (enfermeiras, auxiliar de enfermagem e assistente social), falta de ar (médico, auxiliar de enfermagem e assistente social), fadiga (1 enfermeira) e hemoptise (1 enfermeira e assistente social).

A terceira parte do questionário correspondia às questões pertinentes ao tratamento da doença. Todos responderam que o tempo mínimo do tratamento da tuberculose é de 6 meses.

Quando questionados sobre a definição de tratamento supervisionado, todos responderam ser o comparecimento do doente ao ambulatório para tomar medicação na frente de um profissional de saúde.

Uma das enfermeiras acrescentou: *"podendo ser diariamente ou em dias determinados pela equipe".*

Quanto aos objetivos do tratamento supervisionado, foram obtidas respostas como: diminuição do abandono, observação direta do tratamento, tratamentos corretos, aumento da responsabilidade do doente na cura da doença, cura em 6 meses, diminuição da possibilidade de resistência às drogas, conforme observado no quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição dos objetivos do tratamento supervisionado, segundo profissionais que alegaram

Profissionais/ Objetivos	**Médico**	**Enfermeira I**	**Enfermeira II**	**Assistente Social**	**Auxiliar de Enf.**	**Visitadora Sanitária**
Diminuição do abandono		X		X		X
Observação direta do tratamento		X				X
Tratamentos corretos					X	
Maior responsabilidade do paciente na cura da doença				X		
Cura em 6 meses			X			
Diminuição da resistência às drogas	X					

Quando questionados quanto às dificuldades de implantação do tratamento supervisionado no ambulatório, somente a assistente social e o médico consideraram ter sido difícil, ambos alegando falta de recursos como: viatura, lanche e passes-saúde em quantidade suficiente.

Os profissionais foram abordados quanto aos fatores que facilitam e dificultam a adesão do doente ao tratamento supervisionado. Foram considerados fatores facilitadores: distribuição de cestas básicas, presença de enfermeiro no setor, atividades educativas, trabalhos de grupo, abordagem individual e distribuição de passes-saúde. Foram referidas como dificuldades para a adesão do doente: falta de viaturas, de profissionais, de lanche para o doente, de cestas básicas, de passes de ônibus e de enfermeiro no setor.

Os quadros 4 e 5 mostram os fatores apontados pela equipe como facilitadores e dificultantes da adesão do doente ao tratamento supervisionado.

Quadro 4 - Distribuição dos fatores facilitadores para a adesão ao tratamento supervisionado, segundo profissionais que alegaram

Profissionais/ Fatores facilitadores à adesão ao TS	**Médico**	**Enfermeira I**	**Enfermeira II**	**Assistente Social**	**Auxiliar de Enf.**	**Visitadora Sanitária**
Distribuição de cestas básicas	X	X	X	X	X	X
Atividades educativas	X	X	X	X		
Abordagem individual	X	X	X	X		
Presença do enfermeiro no setor		X	X	X		
Distribuição de passes-saúde		X				

Quadro 5 - Distribuição dos fatores dificultantes para a adesão ao tratamento supervisionado, segundo profissionais que alegaram

Profissionais/ Fatores dificultantes à adesão ao TS	**Médico**	**Enfermeira I**	**Enfermeira II**	**Assistente Social**	**Auxiliar de Enf.**	**Visitadora Sanitária**
Falta de cestas básicas	X	X				
Falta de viaturas	X		X	X		
Falta profissionais e de enfermeiro	X	X	X			
Falta de passes-saúde		X			X	X
Falta de lanche	X		X	X	X	X

A quarta parte do questionário visava avaliar a relação da equipe com o doente. Quando os profissionais foram questionados se havia diferença nas suas relações com os doentes em tratamento supervisionado ou auto-administrado, as duas enfermeiras e a assistente social responderam que sim, porque o vínculo com o doente é melhor a partir do momento que ele passa a freqüentar mais vezes o ambulatório.

A auxiliar de enfermagem, a visitadora sanitária e o médico, responderam que não, os dois primeiros porque consideravam todos iguais e o médico não justificou.

Quando questionados sobre as dificuldades dos doentes para aderirem ao tratamento supervisionado, a assistente social, o médico e as duas enfermeiras, consideraram ser o trabalho a causa mais freqüente de não adesão. Foi citada como causa de não adesão, pelo médico, pela auxiliar de enfermagem e visitadora sanitária, a falta de passe-saúde.

A última questão dirigida visava avaliar, do ponto de vista dos profissionais, o porquê de o doente abandonar o tratamento, seja ele auto-administrado ou supervisionado.

O quadro 6 mostra que a resposta mais freqüente foi uso de drogas e álcool, seguida de melhora do estado geral ou sentirem-se curados, falta de entendimento quanto à necessidade do tratamento completo, falta de colaboração dos familiares, mudança de município e efeitos colaterais dos medicamentos.

Quadro 6 - Distribuição das causas de abandono de tratamento, segundo os profissionais que as alegaram

Profissionais/ Causas de abandono	**Médico**	**Enfermeira I**	**Enfermeira II**	**Assistente Social**	**Auxiliar de Enf.**	**Visitadora Sanitária**
Uso de drogas e alcoolismo		X	X	X	X	X
Melhoria do estado geral/sentirem-se curados	X	X				
Falta de entendimento quanto à necessidade de completar o tratamento			X		X	
Falta de colaboração dos familiares				X		X
Efeitos colaterais dos medicamentos	X					
Mudança de município				X		

5. Discussão dos Resultados

5.1. Implantação do Tratamento Supervisionado

O coeficiente médio de incidência da tuberculose em Bauru, no período de 1996 a 2000 foi de 48,4/100.000 habitantes, menor que o registrado em estudo realizado por Monti (1999) sobre o perfil epidemiológico, clínico e evolutivo da tuberculose na região de Bauru, no período de 1993 a 1995, que foi de 50,5, por sua vez, menor que a média de incidência nacional, que no mesmo período foi de 53,4/100.000 habitantes.

É importante ressaltar que a meta pactuada pelo município de Bauru, nos Indicadores da Atenção Básica, para 2001, é de aumento da incidência da tuberculose em 10% devido à maior busca ativa de casos novos realizada pelos Serviços Municipais de Saúde (Bauru-SMS,2001).

Municípios com incidência elevada da doença devem priorizar ações de controle, adotando medidas que proporcionem a diminuição do abandono do tratamento. Rouillon e col.(1977), Barreira (1992), Hijjar (1994), Crofton e col. (1992) e Albuquerque e col. (1996) revelam que receber o tratamento correto, com combinação apropriada de drogas, faz com que o doente em poucas semanas perca sua infecciosidade, mas logicamente, o tratamento deve continuar por um período mais prolongado e com regularidade, cabendo aos serviços garantirem a administração correta das drogas e pelo tempo necessário a todos os doentes.

A antibioticoterapia atualmente utilizada no tratamento da tuberculose é praticamente a mesma desde a década de 50, sabidamente eficaz, desde que utilizada corretamente. O esquema de tratamento já foi

mais longo e de administração oral e injetável. Enquanto não forem descobertas novas drogas, o risco de se desenvolver a tuberculose multirresistente é um perigo iminente. Atualmente tem-se conhecimento do desenvolvimento de uma pesquisa sobre a vacina gênica, realizada pelo dr. Célio Lopez Silva na Universidade de São Paulo, *câmpus* de Ribeirão Preto, que poderá ser uma alternativa nova de cura nos próximos anos, por apresentar vantagens como: prevenir o estabelecimento da infecção, eliminar a infecção, curar casos crônicos, resolver casos de tuberculose resistente, impedir a reativação da doença e encurtar o período efetivo de tratamento (Tuberculose, 1999; Fantini, 1999).

No presente estudo, optou-se por trabalhar com os casos de tuberculose pulmonar, por ser esta a forma mais freqüente e responsável pela manutenção da transmissibilidade da doença, conforme referido também nos estudos de Oliveira (1991); Paiva e col (1999); Monti (1999), Galesi (1999), Vicentim (2000) e Ventura (2001).

O processo de implantação do tratamento supervisionado no ambulatório de tisiologia de Bauru ocorreu no momento em que o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde sugeriam aos municípios a implantação dessa nova estratégia, como recurso para o controle do abandono do tratamento da tuberculose no Brasil. Conforme observado por USA-CDC (1995), Brasil-MS (1999), Morrone e col. (1999) e Oliveira & Moreira Filho (2000), com o advento de regimes terapêuticos que permitiram o encurtamento do tratamento e a auto-administração dos medicamentos, o tratamento supervisionado deixou de ser praticado em larga escala, mas, atualmente tem sido encarado como muito promissor para melhorar a taxa de cura e evitar o agravamento do problema da resistência.

Nem todos os municípios têm implantado essa proposta, possivelmente porque a mesma requer disponibilidade de recursos humanos, financeiros e reestruturação da rotina de atendimento do doente de tuberculose. Oliveira & Moreira Filho (2000) em seu estudo

sobre o abandono de tratamento e recidiva da tuberculose com doentes de Campinas, relatam que a certeza da ingestão do medicamento somente seria possível pelo tratamento supervisionado, o que não é rotina nos serviços de saúde. Morrone e col. (1999) salientam que somente serviços bem estruturados e com equipe motivada, após profunda reformulação, devem instituir o tratamento supervisionado, sob pena, se não houver êxito, de desmoralizar essa estratégia.

Doreven (2000) revela que na Angola, em plena guerra civil, foi possível implantar o tratamento supervisionado e considera como fatores fundamentais para o sucesso dessa estratégia, a motivação e treinamento dos profissionais de saúde, dos doentes e autoridades envolvidas.

O Jornal "Folha de São Paulo" em matéria veiculada em 13 de fevereiro de 2000, divulgou que diagnósticos demorados, subnotificação e tratamentos incompletos, têm sido os motivos de aumento da mortalidade por tuberculose e do aparecimento de cepas multirresistentes e que o tratamento supervisionado deve ser adotado para o controle do abandono, com o acompanhamento direto dos doentes, inclusive com a realização de visitas domiciliares (Athias,2000). A multirresistência é referida por vários autores como uma das maiores preocupações na atualidade (Hijjar, 1994; USA-CDC,1993; Campos, 1999; Campos & Melo,2000).

Desde a implantação pelo Ministério da Saúde da estratégia para os municípios prioritários houve uma certa exigência para a implantação do tratamento supervisionado e para a descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose, como forma de controle do abandono (Brasil-MS,1997b). Os programas municipais receberam documentos contendo a estratégia de abordagem para o tratamento supervisionado e o Plano Nacional de Controle da Tuberculose veio reforçar a necessidade de implantação dessa estratégia em todo território nacional (São Paulo-SES,1998b; Brasil-MS,1999).

Quando ocorreu o processo de implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru, ainda havia poucas experiências no Estado. Foi positiva a opção de se estabelecer rotinas de acompanhamento do doente, compatíveis com a realidade do serviço e também positivo o fato de o processo ter sido democraticamente discutido com toda a equipe do ambulatório e com os gerentes do serviço.

A exemplo da experiência do município de Ribeirão Preto, descrita por Muniz (1999), a proposta de implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru foi bem aceita pela equipe de saúde, fato comprovado pela postura favorável de todos os técnicos nas reuniões preparatórias. Essa equipe há anos vinha desenvolvendo um trabalho intenso na busca de resolutividade do programa, mas deparando-se com resultados de cura insatisfatórios. Confirmou-se a necessidade de estimular constantemente a equipe para o desenvolvimento de ações que promovam a participação do doente no processo de cura e de estabelecer um plano de valorização profissional e de educação continuada, sendo todos convidados a participar do processo de mudança.

O Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde orientam que a rotina do tratamento supervisionado deve estabelecer a presença do doente todos os dias no serviço, mas havendo impossibilidade do cumprimento dessa proposta é permitida a maleabidade de comparecimento em até uma vez por semana (São Paulo-SES,1998b; Brasil-MS,1999). Também para os Estados Unidos da América, o Manual de Recomendações do CDC preconiza a implantação da supervisão da dose de duas a três vezes por semana, para aqueles que não possam comparecer ao serviço diariamente (USA-CDC,1994c).

Particularmente em Bauru, não foi possível implantar a supervisão da tomada da dose diariamente. A decisão tomada em conjunto com a equipe profissional e gerentes de se estabelecer uma rotina de acompanhamento do doente somente duas vezes por semana,

foi a possível no momento, uma vez que existiam dificuldades referentes ao serviço: falta de disponibilidade de viaturas e equipe reduzida e, aos doentes: impossibilidade de comparecerem no ambulatório diariamente devido ao horário de trabalho. Para aqueles que não estavam trabalhando, também foi difícil exigir sua presença diariamente no ambulatório, porque não lhes era oferecido nenhum benefício, como passes-saúde e cestas básicas, que Sbarbaro (1997), Morrone e col.(1999), Muniz (1999) e Rocha e col. (2000) também consideram importante, embora Morrone e col. (1999) alertem para a possibilidade de o doente pretender prolongar o tratamento para não perder os benefícios. Doreven (2000) revela que mesmo sem o fornecimento de "comida", em plena guerra civil, na Angola, o programa corria muito bem, com os doentes comparecendo diariamente para a dose supervisionada.

Inicialmente havia pequena disponibilidade de passes-saúde para os doentes, porque estes eram adquiridos com recursos da prefeitura. Somente alguns meses após a implantação do tratamento supervisionado, os doentes passaram a receber cestas básicas. Quanto aos bônus de incentivo ao doente de tuberculose, criados pelo Ministério da Saúde, Bauru demorou para começar a recebê-los (Brasil-MS,1998). Os recursos oriundos desses bônus são escassos, mas são de fundamental importância para a aquisição de incentivos aos doentes como: passes-saúde e cestas básicas, sendo as últimas, muitas vezes, a principal fonte alimentar da família.

Embora no início não se oferecesse o tratamento supervisionado a todos os doentes, por necessidade de se avaliar as dificuldades dessa implantação e de adaptação da equipe, os que foram encaminhados para o tratamento supervisionado, eram os que, segundo a literatura tendem a abandonar o tratamento, como: os que haviam sido previamente tratados e os portadores de outras doenças (Crofton e col.,1992; Natal, 1997; Jamal & Palhares, 1999; Mendes, 1998; Oliveira & Moreira, 2000; Ribeiro e col., 2000; Bastian e col., 2000; Costa, Costa &

Barreto, 2000). Sbarbaro (1997) discorda da afirmação de que os doentes que não aderem ao tratamento podem ser caracterizados em algum grupo. Afirma que estes encontram-se distribuídos igualmente entre todos os subgrupos da população. Morrone e col. (1999) também verificaram em seu estudo, especificamente sobre tratamento supervisionado, que o abandono não está associado significantemente à raça, sexo, idade, escolaridade, alcoolismo e tratamento prévio.

Se o número inicial de doentes em acompanhamento supervisionado foi pequeno, posteriormente ocorreu seu aumento gradativo. Houve também observação de doentes em tratamento misto, isto é doentes que estavam em tratamento auto-administrado e passaram depois para o supervisionado. Mais do que na implantação, as dificuldades podem surgir na busca de ampliação da cobertura e manutenção do tratamento supervisionado.

O Ministério da Saúde orienta que para o início das atividades do tratamento supervisionado num ambulatório, devem ser acompanhados, no mínimo, 20% dos pacientes matriculados no programa (Hijjar,1997). No presente estudo, 18,9% foram acompanhados em tratamento supervisionado e 8,9% em misto. Nesse sentido, 27,8% dos doentes tiveram oportunidade de receber mais informações sobre a doença e criar maior vínculo com a equipe de saúde.

O ambulatório que atende os doentes de tuberculose em Bauru atua como referência para pacientes de um Hospital Filantrópico Psiquiátrico. Funcionários desse hospital acompanham os doentes na consulta médica e levam medicação para 30 dias, que eles mesmos administram. Esse grupo não foi considerado em tratamento supervisionado, pois não houve atuação da equipe do ambulatório dentro do hospital, mas essa não deixa de ser uma forma “especial” de acompanhamento de doentes de tuberculose. Uma maior integração da equipe do ambulatório de tisiologia com a equipe do hospital psiquiátrico

pode ser um fator facilitador para a implantação do tratamento supervisionado junto aos doentes mentais.

O Manual de Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica ressalta que o cuidado com os doentes mentais deve ser maior, uma vez que devido às condições de contágio e dificuldades no diagnóstico e ao estado de desnutrição, muito freqüente nesses doentes, podem surgir surtos epidêmicos da doença nesse tipo de instituição, havendo necessidade de investigação minuciosa desde o primeiro caso (São Paulo-SES,1999b).

Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro de novembro de 1999 a abril de 2000, o número de doentes acompanhados através do tratamento supervisionado foi inicialmente de 57% e, no final, 100% dos doentes já se apresentavam nessa condição (Rocha e col., 2000).

A falta de viatura para a realização de visitas domiciliares aos doentes e o fato de a equipe se dividir entre a tisiologia e outros programas parece ser um fator dificultante para se manter um número elevado de doentes acompanhados em tratamento supervisionado, diferentemente do observado por Muniz (1999) que possui em seu município equipe específica para o desenvolvimento dessa estratégia.

A implantação do tratamento supervisionado no ambulatório de Bauru foi mais do que a simples observação da tomada da medicação pelo doente, pois gerou maior compromisso por parte da equipe com o serviço, além de levá-la a repensar a prática cotidiana, priorizar as atividades educativas com os doentes e aumentar a participação do enfermeiro no setor, que passou a realizar maior número de consultas de enfermagem, fatores considerados muito importantes para a elevação das taxas de adesão ao tratamento, conforme também observado por Magaldi (1977). Souza & Tocantins (1999) consideram que o enfermeiro tem papel importante no controle da tuberculose, uma vez que participa de atividades de combate à doença em todas as suas fases:

preventiva, curativa e de treinamento e supervisão da equipe de enfermagem.

Muniz e col. (1999) revelam que o tratamento supervisionado cria novas possibilidades de se construir um modo diferente de se agir em saúde, proporcionando melhor conhecimento da realidade e manutenção de diálogos, melhor vínculo e busca de ações intercomplementares.

5.2. Caracterização dos Doentes

No presente estudo, a distribuição da tuberculose por sexo e faixa etária, mostrou a predominância do sexo masculino e da faixa etária de 20 a 49 anos, tendo sido observado um número pequeno de pessoas com idade inferior a 15 anos. Houve também a predominância de pessoas de baixa renda e com pouca escolaridade e freqüência elevada de indivíduos fora da força de trabalho. Essas características sociais e biológicas dos doentes estudados não diferem das de outros trabalhos da literatura nacional (Oliveira, 1991; Hijjar, 1994; Mendes, 1998; Monti, 1999; Paiva e col., 1999; Natal e col., 1999; Souza & Tocantins, 1999; Ventura, 2001).

Um número elevado de doentes acompanhados neste estudo (73,8%) revelou ter horário de trabalho livre ou não coincidente com as consultas e com o atendimento para tratamento supervisionado. Acreditando que essa característica não seja apenas circunstancial, ela poderá facilitar o comparecimento dos doentes ao serviço e, portanto, a ampliação da cobertura do tratamento supervisionado a curto e médio prazo.

O horário, somente diurno, de funcionamento do ambulatório, dificulta o atendimento de trabalhadores. Cebrian & Alvarez

(1969) há mais de três décadas, no Peru, também observaram essa problemática alertando para a necessidade da extensão do horário de funcionamento dos centros de saúde. Bauru possui uma unidade de atendimento de saúde ao trabalhador, que tem horário também noturno e o programa implantado, mas não realiza o tratamento da doença, sendo oportuno estudar a possibilidade de descentralização do tratamento para esse serviço. Morrone e col. (1999) referem que os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do doente ao serviço e favorecer o atendimento com presteza, o que certamente melhoraria a adesão ao tratamento.

Outras patologias associadas à tuberculose podem ser fatores predisponentes ao abandono, à mudança do esquema de tratamento, à presença de efeitos colaterais da medicação. Por isso foi pesquisada esta situação no grupo acompanhado. Os doentes co-infectados (aids/tuberculose) podem, eventualmente, deixar de tomar a medicação contra a tuberculose sem abandonar os anti-retrovirais (Tunalla e col., 2000).

Outro ponto que merece destaque é que no grupo com doença associada, embora houvesse 2 mulheres alcoolistas, estas não abandonaram o tratamento, mas 3 homens, na mesma condição, o fizeram. Ao contrário do que se esperava, neste estudo, o doente alcoolista parece não ter escondido sua condição. Sempre que questionado, revelou se ainda estava fazendo uso de bebida alcoólica ou se havia parado.

Os resultados apontam que a equipe do ambulatório segue a normatização do programa indicada no Manual de Normas para o Controle da Tuberculose solicitando baciloscopia de início de tratamento em 100% dos casos (Brasil-MS,1995). Entretanto, 30% dos pacientes não realizaram esse exame. 50% do grupo que não o realizou, era composto de mulheres e crianças que, em geral, têm dificuldades para colher o material. No grupo dos homens que não realizaram o exame, havia 5

doentes mentais, indivíduos que apresentaram dificuldades de entendimento quanto à técnica de coleta de material para baciloscopia.

O Manual de Padronização: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de Tuberculose Pulmonar Bacilífera preconiza a coleta de três amostras de material, em lugar de duas, devendo ser a 3.ª colhida no momento da entrega dos frascos. Em Bauru ocorre a coleta de duas amostras apenas, uma vez que o frasco não é entregue no ambulatório, mas no Instituto Adolfo Lutz, que não implantou ainda a rotina da terceira amostra (Hospital São Paulo,1998).

A taxa de cura da doença neste estudo foi de 75,5%, abaixo da meta preconizada pelo Ministério da Saúde de pelo menos 85%, mas acima da observada por Monti (1999), que no período de 1992 a 1995, foi de 55,3%. A taxa de abandono atingiu o índice de 21,1%, bem acima do recomendado de 5% e acima do observado por Monti (1999), de 17,4% no período de 1992 a 1995. A mortalidade foi de 2,2%. Galesi (1999), no município de São Paulo, registrou 5,8 em 1995; Monti (1999), encontrou 7,8% na região de Bauru, no período de 1992 a 1995 e Ventura (2001), na região de Botucatu, observou 6,5% no período de 1993 a 1998. É importante ressaltar que o presente estudo incluiu somente os casos de tuberculose pulmonar e os outros trabalhos referem-se a todas as formas da doença.

Os doentes que abandonaram o tratamento, o fizeram tardiamente, a maioria após o 4.º mês. A literatura aponta que os doentes tendem a abandonar o tratamento logo que se sentem curados, principalmente quando se sentem aptos para o trabalho (Mendes,1998). Sabe-se que após aproximadamente trinta dias, ocorre, na maioria dos casos, o desaparecimento dos sintomas. Uma possível explicação para esse abandono mais tardio seria um maior esclarecimento, mesmo que ainda insatisfatório, por parte da equipe de saúde a respeito da necessidade de o tratamento ser prolongado até a cura.

Gonçalvez e col. (1999) afirmam que a presença de sensações corporais desagradáveis lembra constantemente ao indivíduo que ele está com algum problema decorrente da doença. Havendo melhora ou desaparecimento dos sintomas, algumas pessoas passam a acreditar que estejam curadas. Tomar os medicamentos é admitir-se ainda doente mesmo que a doença não mais se manifeste fisicamente.

Em estudo semelhante realizado por Natal e col. (1999) no período de janeiro a agosto de 1989, os abandonos ocorreram predominantemente na primeira metade do tratamento, ou seja, até o 3.º mês.

Dos 19 doentes que abandonaram o tratamento, 5 tinham se mudado do município, sozinhos ou com toda a família. Não se tem informação se esses doentes passaram a ser acompanhados por outro serviço, pois não houve solicitação formal de transferência do caso. Essa troca de informações entre diferentes serviços de saúde ainda é falha, principalmente quando se trata de doentes institucionalizados ou presidiários, que são transferidos para outros hospitais ou presídios e não se tem conhecimento da continuidade do tratamento. Situação similar foi observada por Monti (1999) quanto aos doentes que recebiam alta hospitalar e não compareciam às Unidades de Saúde.

Três doentes não foram encontrados porque os endereços não correspondiam ao anotado em seus prontuários. É possível que o ambulatório tenha falhado na captação das informações. Também é possível que os doentes não tenham se sentido seguros para revelarem seu verdadeiro endereço à equipe, porque não queriam receber visitas domiciliares. Crofton e col. (1992) julgam ser importante saber o endereço completo do doente solicitando, além do seu, o de um amigo, familiar ou de um estabelecimento comercial próximo à sua residência que o conheça e possa ajudar a encontrá-lo.

No presente estudo o homem abandonou o tratamento 4 vezes mais do que a mulher. Portadores de patologias associadas e

retratamentos contribuíram com mais da metade dos abandonos. Em estudo realizado por Natal e col. (1999), o homem abandonou 3,5 vezes mais que a mulher. Gonçalvez e col. (1999) afirmam que os homens, principalmente os solteiros, têm maiores dificuldades de aderirem ao tratamento da tuberculose, porque não querem abandonar sua rotina de lazer e também, porque acreditam que a tuberculose possa ser solucionada sem a necessidade de se ingerir tantos medicamentos. Caldas & Queiroz (2000) encontraram resultados diferentes: as mulheres estudadas abandonaram mais (56%) do que os homens (44%).

Neste estudo pôde-se verificar que os doentes acompanhados em tratamento auto-administrado abandonaram 17,8 vezes mais que os em acompanhamento supervisionado. No estudo de Morrone e col. (1999), os doentes acompanhados em tratamento auto-administrado, abandonaram quase 4 vezes mais do que os acompanhados em tratamento supervisionado.

Ao se constatar que somente um doente em tratamento supervisionado abandonou e que este já havia retornado ao tratamento no final da pesquisa, pode se afirmar que há uma tendência favorável do tratamento supervisionado no controle do abandono, mesmo quando o acompanhamento do doente é realizado uma ou duas vezes por semana.

Realizar as entrevistas com doentes durante esta pesquisa, foi uma experiência muito gratificante, porque permitiu um melhor conhecimento do perfil dos doentes de tuberculose de Bauru e mostrou que eles não se intimidam em revelar detalhes de sua vida pessoal, quando estão bem informados quanto aos objetivos e destino dos dados colhidos. Não houve nenhuma recusa para a participação nas entrevistas. Houve 12 perdas, que ocorreram nos casos de doentes que abandonaram o tratamento antes do 4.º mês e não foram encontrados por ocasião das visitas.

Algumas questões visavam avaliar o conhecimento do doente sobre a doença. Foi possível observar que poucos erraram as

respostas quanto à cura e transmissão da doença, mas dos poucos que erraram (13,8%), a maioria estava sendo acompanhada em tratamento supervisionado. O doente acompanhado em tratamento supervisionado certamente recebeu informações sobre a doença, mas da mesma forma que Mendes (1998) constatou em seu estudo, ter sido informado não garantiu a assimilação.

O trabalho de grupo, no tratamento supervisionado, passou a ser muito valorizado pela equipe do ambulatório, porque além de ser um momento privilegiado para o fornecimento de informações sobre a doença, ocorre troca de experiências entre os doentes e seus familiares.

Outro fato que deve ser destacado é que não parece ter havido diferença na assimilação das informações oferecidas, quando ocorreram em grupo ou individualmente. Nesse ambulatório, a rotina de atendimento favorece a participação do assistente social no tratamento supervisionado e é este profissional que habitualmente informa o doente nas atividades de grupo. O enfermeiro fornece as informações através das consultas de enfermagem que ocorrem individualmente.

Cebrian & Alvarez (1969) apontam que a atribuição de trabalhos educativos deve ser de responsabilidade do enfermeiro de saúde pública. Souza & Tocantins (1999) consideram que o enfermeiro é o profissional que deve estimular as ações educativas na prevenção da tuberculose e suas complicações.

Merece destaque a referência quanto aos sintomas da doença. Quando questionados quais os sintomas da tuberculose, a tosse esteve presente em 100% das respostas e quando questionados quais os sintomas da doença que os levaram a se sentir doentes, a febre foi o sintoma mais declarado, individualmente ou associado a outro. Observa-se que a tosse é um sintoma que não impossibilita o doente de manter suas atividades cotidianas, diferentemente da febre, que provoca uma

sensação corporal muito desagradável. Vários doentes entrevistados alegaram sentirem-se mais cansados para trabalhar depois que adquiriram a tuberculose.

Oliveira (1991) na análise da sintomatologia da doença, observou que a tosse esteve presente em 61,5% dos casos e a febre em 27,6%.

A freqüência elevada da tosse reforça a necessidade de busca de casos novos através dos sintomáticos respiratórios, encaminhando para exames aqueles que a apresentem há mais de quatro semanas.

Neste estudo quando os doentes foram questionados sobre como tinham adquirido a doença, a maioria relatou não saber ou tê-la adquirido de outra pessoa, mas também foram obtidas respostas como: *"gripe mal curada", "por uso de cigarro", "devido a uma facada recebida no pulmão"*, o que revela um certo grau de desconhecimento quanto às formas de transmissão.

Em relação ao tempo do tratamento da tuberculose, foram obtidas respostas de doentes que disseram 9 e 12 meses, porque estavam inseridos neste tempo de tratamento. Estes manifestaram, portanto, a sua realidade no momento. A duração do tratamento foi considerada longa e cansativa por quase a metade dos doentes entrevistados.

Quando se pesquisou a mudança de comportamento das pessoas quando souberam que o parente ou amigo estava doente, pôde-se observar que poucas delas mudaram, revelando que a tuberculose talvez esteja sendo melhor aceita pela população em geral, diferentemente do que foi referido por Magaldi (1977) que assistiu à reação de pânico de um diretor, "*que deixou de retirar hortaliças doadas à escola, num sítio próximo, porque um dos filhos do dono havia falecido de doença pulmonar. Ao voltar de sua ida ao sítio, apavorado lavou seus*

sapatos com álcool". Observou-se, inclusive, um percentual considerável de mudanças favoráveis ao doente que expressavam maior preocupação com seu estado de saúde.

Souza & Tocantins (1999) observaram que contactantes de tuberculose multirresistente se afastaram do parente, quando tiveram informação da sua condição e passaram a dormir em quartos separados ou do lado contrário da cama. Revelaram que tomaram essas atitudes, principalmente por medo de se contaminar.

Melo (1997) cita que os egípicios isolavam seus doentes e por isso eram considerados como um dos povos mais sadios da Antigüidade. Antes da descoberta da quimioterapia os doentes de tuberculose também eram encaminhados para sanatórios onde passavam até anos de suas vidas (Barreira, 1992). Natal (1997) revela que ao longo da história foram criadas essas instituições especializadas para confinar e isolar seus doentes, com o discurso de que o objetivo era curá-los e protegê-los.

Os doentes mudaram mais seus comportamentos com as pessoas que o inverso. Pôde-se observar que 14 dos 32 que assumiram mudanças em relação às pessoas, estavam sendo acompanhados no tratamento supervisionado, ou seja, mesmo recebendo maior atenção da equipe e mais informações sobre a doença ainda se comportaram segundo tabus que os levaram a se afastarem das pessoas e separarem seus objetos de uso pessoal. O vínculo maior com a equipe também não os impediu de se sentirem tristes e deprimidos por causa da doença e de terem medo de morrer, conforme relataram nas entrevistas.

Como citado por Caldas & Queiroz (2000) existem diversos níveis de abandono do tratamento, variando desde a total recusa, ao não cumprimento da duração do tratamento ou ao uso irregular ou incorreto das drogas. Neste estudo, mais de um terço dos doentes referiram ter interrompido a medicação durante o tratamento, mesmo que por poucos dias, sendo que sete deles estavam em tratamento

supervisionado. Em relação a esses últimos, a estratégia do tratamento supervisionado parece ter sido positiva para que não abandonassem o tratamento antes da cura, mas não para evitar a suspensão da medicação por alguns dias.

Quando alegaram os motivos que os levaram a suspender o tratamento por alguns dias, revelaram esquecimento, estar fazendo uso de bebida alcoólica e pensar que estivessem curados. A equipe deve estar atenta para esclarecer os doentes que mesmo sentindo-se curados devem tomar a medicação até o final. Há falhas do serviço que podem contribuir para que o doente deixe de tomar a medicação, não podendo ser atribuída a ele toda a responsabilidade pelo sucesso do seu tratamento (Oliveira, 1991; Mendes, 1998; Caldas & Queiroz, 2000).

Vinte por cento dos entrevistados revelaram que sentiram os efeitos colaterais da medicação, sendo os de ordem estomacal mais freqüentes. Os mesmos efeitos colaterais foram relatados por doentes de tuberculose entrevistados por Cebrian & Alvarez (1969). É preciso que nos primeiros meses de tratamento o doente receba atendimento da equipe semanalmente, estando ou não em tratamento supervisionado. Gonçalvez e col. (1999) revelam que alguns doentes consideravam os medicamentos muito "fortes", o suficiente para afetar outras partes do corpo, comentando às vezes: *"conserta uma coisa e estraga outra".*

Crofton e col. (1992) consideram muito importante que a equipe explique ao doente que há possibilidade do aparecimento de efeitos colaterais da medicação logo na primeira consulta e o que cada droga pode causar, mostrando o comprimido e explicando cada efeito colateral ligado a ele.

Lima e col (1997) afirmam que doentes co-infectados (aids/tuberculose), apresentam mais freqüentemente intolerância medicamentosa (icterícia e reações alérgicas), quando comparados com os que estão somente em tratamento de tuberculose.

Vários autores (Rouillon e col, 1977; Oliveira, 1991; Natal, 1997; Caldas & Queiroz, 2000; Chaulet, 1991; Gonçalvez e col, 1999; Natal & Elias, 2000) constataram que a distância entre a residência do doente e a Unidade de Saúde pode ser um fator dificultante para a adesão ao tratamento, embora essa não seja a causa mais relevante. Magaldi (1975), em estudo realizado na região de Botucatu, observou que a distância do serviço à residência do doente, não influenciou no grau de abandono do tratamento. Questiona-se a hipótese de o fornecimento de passe-saúde ser suficiente para vencer a barreira que a distância causa no tratamento do doente.

A aceitação dos doentes quanto ao serviço foi surpreendentemente boa, tanto para aqueles em tratamento supervisionado quanto no auto-administrado. Em ambos os grupos a atenção recebida da equipe foi muito valorizada, destacando-se também, o recebimento de informações sobre a doença.

Quando os doentes entrevistados foram questionados especificamente sobre o tratamento supervisionado, mostraram que estavam esclarecidos sobre a estratégia, mas as respostas: "*tomar medicamentos sob a fiscalização de alguém" e "receber remédios semanalmente",* foram bastante evidentes no entendimento deles, ficando em segundo plano o *"recebimento de mais informação sobre a doença" e "maior participação no próprio tratamento".*

Comparecer no ambulatório uma vez por semana é um fator revelado como dificultante, o que leva a crer que a freqüência diária seria muito difícil. Horários de trabalho coincidentes com o horário de funcionamento do ambulatório, foi um motivo freqüentemente apresentado para a falta de adesão do doente ao tratamento supervisionado. Essas constatações demonstram que para melhor êxito do tratamento supervisionado seria preciso vinculá-lo aos Programas Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Morrone e col,1999; Brasil, 1999; Rocha e col. 2000; Hijjar, 1997; Natal &

Elias, 2000). Devemos esclarecer que o município de Bauru não possui Programa de Saúde da Família implantado e a implantação do Programa de Agentes Comunitários ocorreu recentemente, apenas em dois bairros, estando o acompanhamento dos doentes de tuberculose por esses profissionais ainda em fase de discussão.

Mais de um terço dos doentes em tratamento auto-administrado (37,8%), consideraram vantagem não ter que comparecer sempre no ambulatório e apenas 23% deles consideraram desvantagem perder as palestras e atividades de grupo, uma vez que também recebiam informações sobre a doença. As respostas sugerem ainda que esses doentes sentiam-se mais valorizados ao receberem informações individuais do que em grupo.

Muniz (1999) revela que o doente sente-se valorizado quando acompanhado através do tratamento supervisionado, pois o vínculo com a equipe é maior e ele percebe que ela está preocupada com a evolução da sua doença e sua cura.

Tendo ou não trocado o tratamento supervisionado pelo auto-administrado, todos recomendariam esse tipo de acompanhamento para outras pessoas, inclusive aqueles que referiram como desvantagem do tratamento supervisionado ter que comparecer no ambulatório mais vezes.

Foram surpreendentes as manifestações fornecidas pelos doentes sobre o que significa ter saúde. Pode-se verificar que em se tratando de pessoas que apresentam tantas carências, de ordem social, psíquica e econômica, a saúde passa a ser um bem precioso.

5.3. Entrevistas com a Equipe Profissional

Neste estudo praticamente toda a equipe profissional do ambulatório de tisiologia respondeu às entrevistas que foram realizadas através do envio do questionário em envelope fechado, a cada um deles, para que se sentissem mais à vontade. Somente um médico não devolveu o questionário respondido. Muniz (1999) procedeu de forma diferente em seu estudo, entrevistando a equipe pessoalmente e gravando as respostas.

Como citado anteriormente parte da equipe que trabalha no ambulatório de tisiologia se divide em atividades de outros programas (aids, doenças sexualmente transmissíveis e hanseníase), entretanto todos estão no setor há mais de quatro anos, sendo que o médico e a visitadora sanitária trabalham há mais de dez, fator que não se mostrou dificultante para a aceitação das mudanças ocorridas por ocasião da implantação do tratamento supervisionado.

Manter a equipe da tisiologia informada foi um fator que favoreceu a melhoria do atendimento prestado aos doentes, de maneira semelhante ao observado por Albuquerque e col.(1996), Mendes (1998), Muniz (1999), Rocha e col. (2000) e Doreven (2000).

O Manual de Padronização: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de Tuberculose Pulmonar Bacilífera informa que para o controle da transmissão da tuberculose, devem ser consideradas, entre outras medidas administrativas, treinamentos constantes e não pontuais de toda a equipe profissional (Hospital São Paulo,1998).

Nas entrevistas observou-se que a equipe do ambulatório não tinha dúvidas nas respostas quanto à doença, aos sintomas e ao tratamento, mas quando questionados quanto à definição de tratamento supervisionado, suas respostas ficaram restritas à supervisão da dose, o que está correto do ponto de vista teórico, mas deixa a desejar quanto à

definição do DOTS, que é muito mais que a simples observação da tomada dos medicamentos por parte do doente. Essa manifestação revela a realidade do momento das entrevistas, uma vez que os resultados da implantação do tratamento supervisionado ainda não eram conhecidos. O conceito que a equipe tinha de tratamento supervisionado ser principalmente a observação direta da tomada de medicação, foi repassado para os doentes, que deram a mesma resposta.

Sobre os objetivos do tratamento supervisionado, a equipe respondeu ser principalmente a cura do doente. Também foram fornecidas respostas como: *"tratamentos corretos", "cura em 6 meses" e "diminuição do abandono".*

As respostas quanto às dificuldades de implantação do tratamento supervisionado no ambulatório mostram claramente que a equipe não considerou difícil a implantação e que problemas apresentados, como falta de viatura e de passes-saúde suficientes já estavam controlados no final da pesquisa. Não se verificou nenhuma dificuldade de ordem técnica, mas nos comentários da equipe, ficou muito evidente a necessidade de apoio logístico da instituição para que o tratamento supervisionado tenha sucesso, com facilitação para as visitas domiciliares e com a oferta de incentivos para o doente. Muniz (1999) revela que a princípio também não tinha viatura disponível para o programa o dia todo e que foi de fundamental importância a disponibilização desse recurso para o desempenho das ações programadas.

Parte importante da equipe (médicos, auxiliar de enfermagem e visitadora sanitária) declarou que não houve mudanças no relacionamento com os doentes em tratamento supervisionado. Isso pode ter sido o reflexo da realidade do momento, que disponibilizava esses profissionais para o atendimento direto dos doentes somente em dias de consulta médica. Os que os acompanhavam diretamente (enfermeiros e

assistente social), responderam que o vínculo era muito maior, uma vez que conviviam com o doente mais freqüentemente.

A equipe considerou que por parte dos doentes, o trabalho é um fator muito dificultante para a adesão ao tratamento supervisionado.

A equipe foi quase unânime, (somente o médico não mencionou) em afirmar que drogas e alcoolismo são causas de abandono do tratamento. O médico relatou causas mais freqüentemente observadas por ele, como melhoria do estado geral e efeitos colaterais da medicação.

Quando questionados sobre os motivos que levam os doentes a abandonarem o tratamento, os profissionais referiram causas ligadas principalmente aos próprios doentes, não havendo nenhuma citação de responsabilidade do serviço, o que pode indicar que a equipe esteja segura quanto ao trabalho que desenvolve, sempre em busca da melhoria do atendimento prestado e da maior vinculação com o doente.

6. Considerações Finais

A implantação do tratamento supervisionado no ambulatório de tisiologia de Bauru pode ser considerada um avanço do Programa Municipal de Controle da Tuberculose, principalmente por ter proporcionado maior integração da equipe e dos gerentes do serviço. A concordância dos profissionais com a implantação dessa nova estratégia, demonstra a persistência, no serviço público, da vontade de melhorar sua prática e, que a acomodação e o conformismo não são características desse grupo.

A implantação do tratamento supervisionado de maneira gradativa e adaptada para duas vezes por semana, ocorreu devido às dificuldades operacionais concretas que a equipe identificava. Mesmo assim parece ter sido acertada, porque houve a expansão da cobertura logo nos meses subseqüentes e a ocorrência do abandono no grupo de doentes em tratamento supervisionado foi reduzida. A elaboração de rotinas para os procedimentos implantados representou um esforço importante para a organização do serviço frente à nova estratégia. Isto permitiu à equipe enfrentar e superar as dificuldades e os imprevistos que surgiram nos primeiros meses de atividade.

Os bons resultados iniciais, ainda que modestos, evidenciados por esta primeira avaliação, poderão contribuir para que se dê continuidade ao tratamento supervisionado, ampliando sua cobertura, descentralizando suas atividades através de parcerias com outros serviços e programas de saúde, implantando ações de supervisão continuada e aumentando o número de profissionais comprometidos. A avaliação contínua dos resultados poderá representar o estímulo necessário e indispensável à continuidade das atividades propostas, além de permitir sua readequação constante.

O grupo de doentes de tuberculose pulmonar estudado era composto por adultos jovens, principalmente do sexo masculino, de baixa escolaridade e pequeno poder aquisitivo com, na maioria das vezes, ocupação indefinida.

A limitação da oferta para participarem do tratamento supervisionado pode ter restringido a variedade de suas observações a respeito das dificuldades em aderir.

As dificuldades alegadas pelos doentes abordados foram, além da distância, principalmente o horário de trabalho coincidente com o horário de funcionamento do ambulatório. A possibilidade de mudança nos horários de atendimento de alguns serviços de saúde deve ser cuidadosamente pensada e, ainda, a descentralização do atendimento de doentes de tuberculose através do maior envolvimento dos profissionais do Hospital Psiquiátrico, do Ambulatório de Saúde do Trabalhador e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Evidentemente, que se o município pudesse contar também com a implantação do Programa de Saúde da Família e com a expansão do Programa de Agentes Comunitários para maior número de bairros, o controle dos doentes de tuberculose e o desenvolvimento de ações de prevenção, poderiam dar um salto de qualidade.

Este estudo mostra que uma das contribuições importantes da implantação do tratamento supervisionado foi o estímulo para que os profissionais de saúde envolvidos, retomassem com empenho sua função educativa no controle da tuberculose.

As entrevistas com os doentes mostraram que eles se sentiam muito valorizados por receberem informações sobre a doença, tanto individuais quanto em grupo.

Por outro lado, era previsível que o empenho dos profissionais na parte educativa não tivesse, nesse primeiro momento, a repercussão e o impacto esperado, junto aos doentes. Esses

permanecem com sua própria representação da doença, com múltiplos fatores interferindo, entre eles o preconceito milenar a respeito da tuberculose, cujos mitos e crendices ainda são evidentes na sociedade contemporânea.

Houve maior grau de mudanças de comportamento dos doentes em relação às pessoas do que o inverso, possivelmente fundamentadas nos conhecimentos leigos previamente adquiridos e incorporados de forma consciente ou inconsciente, expressadas através de atitudes como: parar de fumar, de beber, de tomar café, de tomar gelado e também, sentir tristeza, depressão e medo de morrer.

As declarações dos doentes mostram claramente não apenas o impacto da doença em suas vidas e na de seus familiares, bem como, a necessidade de os profissionais relevarem sempre tal impacto e enfrentarem, sem desistir, as dificuldades de um longo processo educativo mútuo exigido por uma doença com as características da tuberculose.

O abandono no grupo de doentes acompanhados em tratamento auto-administrado foi significativamente maior do que no grupo acompanhado em tratamento supervisionado, apesar de os primeiros doentes em tratamento supervisionado serem justamente aqueles com maior dificuldade de adesão.

Mais de um terço dos doentes entrevistados interrompeu a medicação por alguns dias durante o tratamento, mesmo estando parte deles sendo acompanhados em tratamento supervisionado. Essa realidade mostra a necessidade de busca de novas formas de abordagem dos doentes, no intuito de tentar minimizar essa forma subliminar de abandono, que pode ser responsável por uma resposta menos favorável à terapia, por algumas recidivas e até pela possível evolução para a multirresistência.

Embora mais da metade dos doentes tenha considerado o tratamento longo e cansativo e 21% deles tenham revelado a presença de efeitos colaterais atribuídos aos medicamentos, surpreendentemente, os doentes que interromperam o tratamento por alguns dias, deram outras explicações para esse comportamento, alegando esquecimento ou o uso de bebidas alcóolicas e outras drogas.

Ao concluirmos que a taxa de abandono encontrada ainda está muito elevada e que a taxa de cura da doença permanece insatisfatória, entendemos que o tratamento supervisionado não deve ser considerado a única solução para a problemática da tuberculose, mesmo que propicie aos serviços repensarem suas práticas em busca de novas formas de controle do abandono e redução da multirresistência.

Cabe aos gestores evitarem a descontinuidade das ações de controle da doença e garantirem a manutenção de equipes estruturadas e motivadas. É importante a interação das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, para disponibilizar os recursos cognitivos, técnico-normativos e financeiros, necessários ao efetivo controle da doença no país.

Referências Bibliográficas[*]

ALBUQUERQUE, A., MONTENEGRO, C., TEIXEIRA, M. G., MIRANDA, J.A.N. O Processo de Administração do Programa. *Bol. Epidemiol. Sanit.,* v.4, n. esp., p.8,11,26-7,1996.

ATHIAS, G. Mortes por tuberculose aumentam 55%. *Folha de S.Paulo,* São Paulo, 11 dez. 2000. Cotidiano, p.C1.

BARREIRA, I. A. *A enfermeira Ananéri no "País do Futuro"; a aventura da luta contra a tuberculose.* Rio de Janeiro, 1992. 335 p. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BASTIAN, I., RIGOUTS, L., VAN DEUN, A., PORTAELS, F. Directly observed treatment, short-course strategy na multidrug-resistant tuberculosis: are any modifications required? *Bull. W.H.O.,* v.78, p.238-51, 2000.

BAURU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Atividades,*1999. 71p.

BAURU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório da Conferência Municipal de Saúde,* 1998. 12p.

[*] UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Coordenadoria Geral de Bibliotecas. *Normas para publicações da UNESP*. *São* Paulo: Editora UNESP, 1994. v.2: Referências Bibliográficas.
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. *List of journals indexed in Index Medicus***.** Washington, 1997. 240p.

BAURU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão, 1999 – 2000.* Bauru, 2000. 47p.

BAURU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Indicadores da Atenção Básica,* Bauru, 2001. 1p.

BAURU. Secretaria de Estado da Saúde. Direção Regional de Saúde X. *Relatório EpiTb 1996-2000,* Bauru, 2001. 10p.

BETHLEM, N. O ressurgimento da tuberculose – Introdução à reunião do II fórum sobre tuberculose, realizado na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro. *Pulmão*, v.5, n.8, p.61-2, 1996.

BRAGA, J. C. S., PAULA, S. G. *Saúde e previdência:* estudos de política social. São Paulo: CEBES - HUCITEC, 1981. p.140.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. *Controle da tuberculose: uma proposta de interação ensino-serviço.* Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de normas para o controle da tuberculose.* 4.ª ed. Brasília, 1995. (Série A: Normas e Manuais Técnicos,13).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, 1997a. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia

Sanitária. *Controle da Tuberculose: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários 1996-1998*. Brasília, 1997b. p.10-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3739, 16 out. 1998. Estabelece códigos na tabela SIA/SUS para tratamento supervisionado com alta por cura em tuberculose. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 206 E, p.4, 1998. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Plano Nacional de Controle da Tuberculose.* Brasília, 1999. 184p.

BRÓLIO, R., LIMA FILHO, T. M. Tuberculose Pulmonar. In: VERONESI, R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 6.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976. cap.39, p.317-20, 326.

CALDAS, A. J. M. , QUEIROZ, L. S. Causas de Abandono ao Tratamento de Tuberculose em São Luís-M. A. *Rev*. Nurs., v.21, p.13-5, 2000.

CAMPOS, H. S. Mycobacterium tuberculosis resistente: de onde vem a resistência? *Bol. Pneumol. Sanit.*, v.7, p.51-64, 1999.

CAMPOS, H. S., MELO, F. A. F. Efetividade do esquema 3 (3 SZEEt/QEt) no retratamento da tuberculose na rotina das unidades de saúde. *Bol. Pneumol. Sanit.,* v. 8, p.7-14,2000.

CEBRIAN, J. ALVAREZ, J. P. Causas del tratamiento irregular de los tuberculosos en una unidad de salud. *Bol. Sanit. Panam.,* v.2, p.43-51, 1969.

CHAULET, P. Cumplimiento de quimioterapia de la tuberculosis. Responsabilidades del Ministerio de Salud y de los médicos. *Bol. Unión Int. Contra Tuberc. Enferm. Respir.,* v.66, p.35-7,1991.

CHERETIEN, J. Tuberculosis y VIH – El dúo maldito. *Bol. Unión Int. Contra Tuberc. Enferm. Respir.,* v.65, p.27-9,1990.

COSTA, J. G. Q., COSTA, A., BARRETO, M. L. Pacientes com mais de uma notificação de tuberculose: implicações para o controle. *Bol. Pneumol. Sanit.,* v.8, p.42-5, 2000.

CROFTON, J., NORMAN, H., MILLER, F. *Clínical Tuberculosis*. London: Macmillan Press, 1992. p.144-6.

DOREVEN, R. F. C. O controle da tuberculose em plena guerra civil – Uma experiência em Angola. *Bol. Pneumol. Sanit.,* v.8, p.53-8, 2000.

ENGELS, F. *A Situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. 2.ª ed. São Paulo: Global, 1985. p.118.

FANTINI, S. Da lavoura ao laboratório. *Conexão Paulista,* v.3, n.26, p.20-3, 1999.

FERNANDES, M. D. T., ALMEIDA, A . B. S. , NASCIMENTO, D. R. *Memória da tuberculose:* acervo de depoimentos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: Casa Oswaldo Cruz/Fundação Nacional de Saúde: Centro de Referência Prof. Hélio Fraga: Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, 1993. p.14-5.

FUJIWARA, P. I., LARKIN, C., FRIEDEN, T. R. Directly observed teraphy in New York City. *Clin. Chest Med.,* v.18, p.135-48, 1997.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2000.* Resultados do Universo relativos às características da população e dos domicílios - São Paulo. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

FUNDAÇÃO SEADE. *São Paulo em Dados*. Disponível em:<http://www.seade.gov.br> Acesso em: 28 mar. 2001.

GALESI, V. M. N. *Mortalidade por tuberculose no município de São Paulo, análise de uma década, 1986 a 1995.* São Paulo, 1999. 99p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Universidade de São Paulo.

GONÇALVEZ, H., COSTA, J. S. D., MENEZES, A. M. B., KNAUTH, D., LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde Pública,* v.15, p.1-17,1999.

HIJJAR, M. A. Tuberculose – problema atual. *J. Bras. Med.,* v.66, p.123-45,1994.

HIJJAR, M. A. Controle da Tuberculose no Brasil – A estratégia do Plano Emergencial. *Bol. Pneumol. Sanit.,* v.5, p.78–9, 1997.

HOSPITAL SÃO PAULO. UNIFESP. *Manual de padronização:* diagnóstico, tratamento e prevenção de tuberculose pulmonar bacilífera, 1998. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1998. 38p.

JAMAL, L. F., PALHARES, M. C. A. Tuberculose em pacientes infectados pelo HIV – Experiência de um serviço de referência para DST/AIDS, em São Paulo. *Bol. Pneumol. Sanit.,* v.7, p.87-90,1999.

LIMA, M. M., BELLUOMINI, M., ALMEIDA, M. M. M. B., ARANTES, G. R. Co-infecção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. *Rev. Saúde Pública,* v.31, p.217-20,1997.

MAGALDI, C. M. *Tuberculose Pulmonar:* estudo epidemiológico nos municípios de Botucatu, Conchas, São Manoel e Avaré, de 1963 a 1972. Avaliação das Atividades anti-tuberculose do Centro de Saúde de Botucatu, de 1963 a 1972. Botucatu, 1975. 340p. Tese (Livre-docência na área de Epidemiologia) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

MAGALDI, C. M. Há recursos. Por que fracassa o controle da tuberculose? R*ev. Saúde em Debate,* v. 5, p.25-30, 1977.

MANN, T. *A Montanha mágica.* 2.ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1952. p.58.

MELO, F. A. F. Questões e respostas sobre a tuberculose. *Bol. Pneumol. Sanit.,* v.5, p.63-77,1997.

MENDES, T. M. C. *A Clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose*: Campinas, 1998. 218p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

MINAYO, M. C. F. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 2. ª ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. p.108.

MONTI, J. F. C. *Perfil epidemiológico, clínico e evolutivo da tuberculose na região de Bauru - SP.* Botucatu, 1999. 125p. Dissertação (Mestrado em Doenças Tropicais) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

MORRONE, N., SOLHA, M. S. S., CRUVINEL, M. C., MORRONE Jr., N., FREIRE, J. A. S., BARBOSA, Z. L. M. Tuberculose: tratamento supervisionado "vs." tratamento auto-administrado – Experiência ambulatorial em instituição filantrópica e revisão da literatura. *J. Pneumol.,* v.25, p.198-206, 1999.

MUNIZ, J. N. *O Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção da equipe de saúde.* Ribeirão Preto, 1999.155p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MUNIZ, J. N., VILLA ,T. C. S., PERSOLLI, C. E. Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto – novo modo de agir em saúde. *Bol. Pneumol. Sanit.*, v.7, p.33-42,1999.

NATAL, S. Revisão Bibliográfica – Tratamento da Tuberculose: Causas da não aderência. *Bol. Pneumol. Sanit. ,* v.5, p.51-71, 1997.

NATAL, S., VALENTE, J., GERHARDT, G., PENNA, M. L. Modelo de Predição para o Abandono do Tratamento da Tuberculose Pulmonar. *Bol. Pneumol. Sanit* v.7, p.65-78, 1999.

NATAL, S., ELIAS, M. V. Projeto de Análise de Informação para Tuberculose. *Bol. Pneumol. Sanit.* v.8, p15-22, 2000.

OLIVEIRA, H. B. *Estudo do Tratamento da Tuberculose na Rede Pública do Município de Campinas,* 1991. 122p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas.

OLIVEIRA, H. B., MOREIRA, D. C. F. Abandono e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993 – 1994. *Rev. Saúde Pública,* v.34, p.437-43, 2000.

PAIVA, A. M., CARNAÚBA JR., D., SANTANA, J. J., GUIMARÃES, M., ARAÚJO, M. H., SANTOS T. P. Impacto das ações implantadas no programa da tuberculose do hospital universitário-UFAL sobre as taxas de abandono de tratamentto. *Bol. Pneumol. Sanit*, v.7, p.45-50,1999.

PEREIRA, M. G. Interpretação da relação causal. In: _____. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.4,406.

RIBEIRO, S. A., AMADO, V. M., CAMELIER, A. A., FERNANDES, M. M. A., SCHENKMAN S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *J. Pneumol.,* v.26, p.291-6, 2000.

ROCHA, A. L. C., MAXIMIANO JR., J. M., GONÇALVEZ, S. M., FERREIRA, L. H., OLIVEIRA, M. J. P. R., HIJJAR, M. A., RUFFINO NETTO, A., GARCIA, S. M. B. A. Implantação de modelo de excelência no controle da tuberculose na área programática 4, município do Rio de Janeiro – Relato de um começo promissor. *Bol. Pneumol. Sanit.,* v.8, p.33-40, 2000.

ROUILLON, A., PERDRIZET, S., PARROT, R., WAALER, H. *Metodos de control de la tuberculosis.* Washington: Organizacion Panamericana de la Salud, 1977 30p.(*Publicação científica* ,345)

RUFFINO NETTO, A. Brasil e a tuberculose: doença emergente ou reemergente? *Bol. Pneumol. Sanit .,* v.5, p.3-4, 1997.

RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. *Bol. Pneumol. Sanit.,* v.7, p.17,1999.

RUMEL, D. *Indicadores de mortalidade por categoria ocupacional e nível social.* São Paulo, 1987*.* 125p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose e Outras Pneumopatias. *A Tuberculose no Estado de São Paulo*. 1998a. 10p. (Mimeogr.)

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose e Outras Pneumopatias. *Estratégia de abordagem para o tratamento supervisionado.* São Paulo, 1998b. 1p. (Mimeogr.)

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose e Outras Pneumopatias. *Tratamento Supervisionado.* São Paulo, 1999a. 13p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde - Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose e Outras Pneumopatias. *Treinamento básico de vigilância epidemiológica-TBVE.* São Paulo, 1999b. 72p.

SOUZA, F. B. A., TOCANTINS, F. R. Contactantes de doentes com tuberculose multirresistente – possibilidade de intensificar a ação da enfermagem. *Bol. Pneumol. Sanit. ,* v.7, p.19-32,1999.

SBARBARO, J. A. Directly observed terapy: who is reponsible? *Clin. Chest Med.,* v.18, p.131-3, 1997.

TUBERCULOSE: prevenindo e tratando. *Notícias FAPESP*, n.43, p.16-19, 1999.

TUNALA, L., PAIVA, V. VENTURA-FELIPE, E., SANTOS, T. L. L., SANTOS, N., HEARST, N. *Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde.* In: TEIXEIRA, P. R., PAIVA, V., SHIMMA E. *Tá difícil de engolir*? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000. cap. 3, p.84-6.

U.S.A. Center for Disease Control and Prevention C.D.C *Initial therapy for tuberculosis in the era of multidrug resistance:* recommendations of the Advisory Council for Elimination of Tuberculosis. Atlanta, 1993.p.1-7. v.44(RR-7).

U.S.A. Center for Disease Control and Prevention C.D.C. American Thoracic Society. *Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children*. Atlanta, 1994a. v.149, p.1359-74.

U.S.A. Center for Disease Control and Prevention C.D.C *Epi Info, Version 6*: a word processing database and statitics program for epidemiology in microcomputers. Atlanta, 1994b.

U.S.A. Center for Disease Control and Prevention C.D.C. *Improving patient adherence to tuberculosis treatment*. Atlanta, 1994c. p.19.

U.S.A. Center for Disease Control and Prevention C.D.C. Department of health & human services. *Controlling Tb in Correctional Facilities* Atlanta, 1995. v.404, p.36-7.

VICENTIN, G. *Evolução da mortalidade por tuberculose no município do Rio de Janeiro, 1979-1995.* São Paulo, 2000. 158p. Dissertação (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Universidade de São Paulo.

VENTURA, A. V. *Aspectos epidemiológicos da tuberculose na região de saúde de Botucatu-S.P. - 1993-1998.* Botucatu, 2001. 121p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

WASKMAN, S. A. Primórdios da História da Tuberculose – Métodos Empíricos de Tratamento. In: _____. *A vitória sobre a Tuberculose.* São Paulo: Cultrix ltda, 1964. p.21, 48.

Rotina de atendimento do doente em tratamento auto-administrado

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Programa Municipal de Controle da Tuberculose

Rotina de Acompanhamento do Doente de Tuberculose em Tratamento Auto-administrado

1. Entende-se por tratamento auto-administrado aquele em que o doente leva mensalmente a medicação para tomar em sua residência;

2. Devem ser acompanhados, dessa maneira, os doentes de tuberculose impedidos de participar do tratamento supervisionado, que é prioritário a este;

3. O doente acompanhado em tratamento auto-administrado deve, no primeiro mês de tratamento, receber consulta de enfermagem e medicação a cada 7 dias e ser orientado para que a qualquer sinal de intolerância medicamentosa compareça ao ambulatório;

4. Nos meses subseqüentes, o doente receberá medicação para 30 dias, devendo ser criteriosamente observada a data de retorno ao ambulatório, evitando-se que o doente fique sem medicação entre um agendamento e outro;

5. Todo doente deve ser pesado mensalmente;

6. O doente deve ser orientado pelo enfermeiro, auxiliares de enfermagem ou farmacêutico, na pós-consulta, quanto à administração de seus medicamentos, sendo sempre enfocada a importância da regularidade do tratamento;

7. No primeiro mês de tratamento, o doente deve receber visita domiciliar, quando o profissional deve observar as condições de moradia no que diz respeito a: número de moradores na residência, luminosidade, incidência de luz solar, arejamento e condições de higiene;

8. Os doentes devem ter sua ficha social preenchida e os que necessitarem podem receber benefícios como: cestas básicas e passes-saúde;

9. Todo doente deve ser convidado a participar de trabalhos de grupo, preferencialmente com a participação de seus familiares, ocasião que receberão orientações sobre a doença, importância do tratamento, prevenção e transmissão.

Rotina de atendimento do doente em tratamento supervisionado

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Programa Municipal de Controle da Tuberculose

Rotina de Acompanhamento do Doente de Tuberculose em Tratamento Supervisionado

1. O Tratamento Supervisionado para pacientes portadores de tuberculose, foi instituído pelo Ministério da Saúde com o objetivo de evitar o abandono do tratamento e consequentemente o aparecimento de cepas mais resistentes;

2. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) instituiu, a partir do mês de maio de 1999 o tratamento supervisionado a grupos de doentes em acompanhamento na Seção de Moléstias Infecciosas (SMI), sendo os primeiros inscritos, aqueles considerados resistentes ao tratamento, com histórico de faltas ao atendimento, portadores de outras patologias associadas e outros doentes que a equipe julgar necessário;

3. Esse tipo de tratamento deve ser ofertado a todos os doentes em acompanhamento, inclusive aos presidiários, que seguirão rotina especial estabelecida por técnicos daquela instituição;

4. O doente deve participar de atendimento prévio com o enfermeiro ou com assistente social, individualmente ou em grupo, para receber informações quanto à rotina e importância da sua participação no tratamento supervisionado;

5. O doente que aderir ao tratamento supervisionado deverá comparecer no ambulatório semanalmente, para tomar a medicação na presença de um funcionário da unidade (assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou visitador sanitário). Este receberá, também semanalmente, uma visita em seu domicílio, quando novamente tomará a medicação na presença de um funcionário;

6. O intervalo entre a vinda do doente no ambulatório e a ida do funcionário na sua residência deve ser de 3 a 4 dias;

7. No ato da visita domiciliar, o funcionário que a estiver realizando deve observar as condições de moradia do doente no que diz respeito a: número de moradores na residência, luminosidade, incidência de luz solar, arejamento e condições de higiene;

8. O doente em tratamento supervisionado não deve, em hipótese alguma, receber medicação para 30 dias, pois esse procedimento é desestimulante para a prática do tratamento supervisionado. Receberá no dia que comparecer ao ambulatório, medicamentos para dois ou três dias, até a visita do profissional que, nesta ocasião, deixará em sua residência medicamentos para os próximos dias até sua ida ao ambulatório;

9. Quando, no ato da visita domiciliar, o funcionário não encontrar o doente, deve deixar a medicação do dia com um familiar e retornar no dia seguinte à residência para dar continuidade ao tratamento. O doente deve ser informado antecipadamente dos dias e horários em que receberá as visitas;

10. É importante identificar um familiar que assuma o tratamento em conjunto com o doente e que seja seu "tutor" e um aliado do serviço na supervisão do tratamento. Esse familiar deve ser questionado quanto à visão que a família tem sobre a doença e quanto ao comportamento do doente acompanhado (uso de álcool, aderência ao tratamento, etc.);

11. Todos os doentes devem ser pesados mensalmente;

12. Deve ser oferecido um lanche aos doentes que comparecerem ao ambulatório, 30 minutos após tomarem a medicação, para que não retornem aos seus lares ou local de trabalho em jejum;

13. Será entregue uma cesta básica mensal ao doente em tratamento supervisionado, visando, através dessa suplementação alimentar, à melhoria do seu quadro nutricional. Será fornecido também, passe-saúde todas as vezes que o doente comparecer ao ambulatório.

14. Devem ser realizadas reuniões com os pacientes em acompanhamento, mensalmente, para avaliação do esquema implantado. Essas reuniões devem coincidir com os grupos educativos e com o dia que o doente recebe medicação no ambulatório. Nesta oportunidade, o profissional deve questioná-lo quanto à sua adaptação ao tratamento supervisionado, suas dificuldades (transporte, demora no atendimento, atrasos no trabalho, etc.) e quanto às facilidades obtidas (lembrança de tomar a medicação, melhoria dos sintomas , apoio recebido, etc.);

15. Todos os doentes devem ter a ficha de acompanhamento social preenchida;

16. Os profissionais devem realizar as anotações em prontuário a cada atendimento, com carimbo e assinatura de quem realizou o procedimento.

Boletim Mensal de Atualização de Casos de Tuberculose

PRODESP HLD.I.517 – 230101 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE CÓDIGOS EMISSÃO: / /

BOLETIM DE ATUALIZAÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE 1=CURA 4=MUD DIAG 7=EM TRAT C/ JUST

COORTE: PACIENTES QUE INICIARAM TRATAMENTO EM / 2=ABAND 5=ÓBITO TB 8=EM TRAT S/ JUST

SERVIÇO DE SAÚDE: ERSA: 23 3=TRANF 6=OBITO N/TB 9= FALENCIA 10=OUTRA

PRONTUÁRIO	NOME DO PACIENTE	HIV	INICIO DO TRATAMENTO		NÚMERO PRODESP	SITUAÇÃO EM		OBSERVAÇÕES/CAUSAS (*)
			DATA	BAC		COD (*)	DATA	
				-				

SITUAÇÃO NO SETIMO MÊS	CURA	ABAND	TRANSF	OBITO TB	OBITO N-TB	TRAT C/ JUST	TRAT S/ JUST	FALENCIA	MUD DIAG	OUTRA	TOTAL PACIENTES
(TOTAIS)											

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO : NOME FUNÇÃO:

Planilha de acompanhamento do doente de tuberculose em tratamento supervisionado

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DO DOENTE DE TUBERCULOSE EM TRATAMENTO SUPERVISIONADO

Mês ____ / Ano ____

Assinatura e carimbo do responsável _____

Nome do doente	N.º do Prontuário	Data do início do tratamento	Data do comparecimento na unidade para recebimento da medicação	Data das visitas domiciliares para fornecimento da medicação	Participação em trabalhos de grupo

Entrevista aplicada ao doente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimento

Estamos realizando um projeto de pesquisa que visa observar se as estratégias de tratamento adotadas no controle da tuberculose são eficazes. Para esta pesquisa, estão sendo extraídos dados de prontuários e de fichas dos doentes arquivadas no ambulatório e, também, colhidos depoimentos da equipe de atendimento.

Para a análise completa desta problemática solicitamos que o senhor(a) responda o questionário abaixo, que consta de 50 perguntas, com tempo médio de duração de 30 minutos.

Esta é uma decisão pessoal e sua vontade será totalmente respeitada.

Esclarecemos que será mantido todo sigilo das informações obtidas.

O resultado desta pesquisa será revertido em melhorias ao atendimento do doente de tuberculose do nosso município, tendo o(a) senhor(a) importante papel neste processo.

_____
Rosilene M. Reigota

Autorização:

Eu, ----------, concordo em responder este questionário, autorizando o uso de gravador, a anotação do que eu disser e a utilização do meu depoimento no projeto de pesquisa que me foi esclarecido por Rosilene Maria dos Santos Reigota. Estou ciente de que este questionário é sigiloso.

_____

ENTREVISTA APLICADA AO DOENTE

I. Identificação do doente

Nome _____ N.º _____
Idade _____ Sexo _____
Escolaridade: _____
Endereço: _____
Quantas pessoas moram em sua residência? _____
Possui emprego fixo? ( ) Sim ( ) Não
O que você faz?
Qual seu horário de trabalho? _____
Renda _____

II. Quanto à doença

2.1. A tuberculose tem cura?
( ) Sim ( ) Não

2.2. A tuberculose passa de uma pessoa para outra?
( ) Sim ( ) Não

2.3. Onde e por que você acha que adquiriu a tuberculose?
_____
_____
_____

2.4. Quais são os sintomas da tuberculose?
( ) tosse ( ) perda de peso
( ) febre ( ) desânimo
( ) calafrios ( ) diarréia
outros: _____

2.5. Quais os primeiros sintomas que o levaram a se sentir doente?
_____
_____

III. Quanto à vida pessoal

3.1. Você contou para as pessoas que estava com tuberculose?
( ) Sim ( ) Não
Para quem?
_____
_____

Em caso negativo, você disse ter outra doença que não tuberculose?
( ) Sim ( ) Não
Qual: _____

3.2. As pessoas mudaram de comportamento com você depois que souberam da sua doença?

( ) Sim ( ) Não

Em que sentido?

Na família_____

No trabalho _____

Outras _____

_____

3.3. Você mudou seu comportamento com as pessoas depois que soube que estava com tuberculose?

( ) Sim ( ) Não

Em que sentido?

_____

3.4. A doença prejudicou sua vida profissional?

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, em quê?

( ) Sente-se mais cansado para ir trabalhar

( ) Falta no trabalho porque tem que ir à Unidade consultar

( ) Perdeu o emprego ou parou de trabalhar

( ) Trabalha por conta própria e está produzindo menos

( ) outros motivos _____

IV. Quanto ao tratamento

4.1. Quanto tempo dura o tratamento da tuberculose ?

( ) 1 mês ( ) 2 meses

( ) 3 meses ( ) 6 meses

( ) 9 meses ( ) 12 meses

( ) Não sei

4.2. Você se sente bem tomando os remédios?

( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for negativa, responder a pergunta seguinte, caso contrário pular para a de número 4.4.

4.3. Quais os efeitos desagradáveis que os remédios provocam?

_____

_____

4.4. Você já sentiu vontade de parar de tomar os medicamentos?

( ) Sim ( ) Não

4.5 Você já parou de tomar os medicamentos durante o tratamento?

( ) Sim ( ) Não

Se a resposta anterior for positiva, por quanto tempo?
( ) 1 a 5 dias
( ) 6 a 10 dias
( ) 11 a 20 dias
( ) 21 a 30 dias
( ) Mais de 30 dias seguidos.
Por quê:
_____
_____

4.6. Do ponto de vista *tempo,* como você considera o tratamento?
_____
_____

V. Quanto ao serviço

5.1. Você recebeu informações sobre a tuberculose, no serviço de saúde?
( ) Sim ( ) Não

Em se tratando de resposta afirmativa, responda as próximas duas perguntas:

5.2. Como foram repassadas as informações?
( ) Individualmente
( ) Em grupo
( ) Em grupo com a participação de familiares
( ) Das duas maneiras

5.3. Quem forneceu essas informações?
( ) Enfermeiros
( ) Auxiliares de enfermagem
( ) Médicos
( ) Assistentes sociais
( ) outros profissionais

5.4. De que maneira você vai até o serviço de saúde?
( ) Ônibus
( ) Carro
( ) A pé
( ) Outra maneira _____

5.5. O serviço fornece passe saúde?
( ) sempre
( ) Nunca
( ) Às vezes

5.6 Quanto tempo você fica no serviço quando vai consultar?
_____
_____
_____

5.7. O que o serviço tem de ruim?

_____
_____
_____

5.8. O que o serviço tem de bom?

VI. Quanto ao Tratamento Supervisionado

(Para aqueles que não aderiram ao tratamento supervisionado)

6.1. A equipe de saúde do ambulatório lhe ofereceu o tratamento supervisionado?

( ) Sim ( ) Não

6.2. Quando foi feita essa oferta?

( ) Na primeira consulta
( ) No meio do tratamento
( ) No final do Tratamento

6.3. A equipe de saúde lhe explicou o que é tratamento supervisionado?

( ) Sim ( ) Não

6.4. O que você entende por tratamento supervisionado?

_____
_____
_____

6.5. Se o tratamento supervisionado lhe foi oferecido, por que você não aceitou?

_____
_____
_____

6.6. Quais as vantagens e desvantagens no tipo de tratamento que você faz?

_____
_____
_____

Para aqueles que aderiram ao tratamento supervisionado:

6.7. O que você está achando do tratamento supervisionado?

_____
_____
_____

6.8. Quais as vantagens e desvantagens de ser acompanhado nesse tipo de tratamento?

_____
_____
_____

6.9. Você recomendaria esse tipo de tratamento a outras pessoas?
( ) Sim ( ) Não
Por quê? _____

Para aqueles que aderiram ao tratamento supervisionado e trocaram, passando para a auto-administração.

6.10. Por que você deixou o tratamento supervisionado?

_____
_____
_____

6.11. Você recomendaria o tratamento supervisionado para mais alguém?
( ) Sim ( ) Não

Por quê? _____

6.12. Quais as vantagens e desvantagens do tipo de tratamento que você faz agora?

_____
_____
_____

VII. Quanto ao abandono:

7.1. Por que você abandonou o tratamento?
( ) Os remédios lhe fizeram se sentir mal
( ) Achou que estava curado
( ) Não apresentava mais os sintomas, embora soubesse que não estava curado
( ) Não sabia que não podia parar de tomar a medicação
( ) Começou a trabalhar e não tinha mais tempo para se tratar
( ) Estava fazendo uso de bebida alcoólica
( ) Outros motivos _____

7.2. Você faz uso de bebida alcoólica?

( ) Durante o tratamento, sempre
( ) Durante o tratamento, às vezes
( ) Antes do tratamento fazia, mas parou
( ) Não toma bebida alcoólica

VIII. Quanto ao conceito de saúde

8.1. O que significa ter saúde para você?

( ) Comer bem
( ) Sentir-se bem
( ) Ter disposição para o trabalho
( ) Outras coisas, _____

8.2. Qual a importância de ter saúde?

_____
_____

Dados extraídos do prontuário ou da ficha de notificação epidemiológica do doente

Dados extraídos do prontuário e da ficha de notificação epidemiológica do doente

1. Nome: _____ N.º _____
2. Sexo: _____
3. Idade: _____
4. Duração do tratamento: _____
5. Início do tratamento em: _____
6. Tipo de tratamento (auto-administrado ou supervisionado): _____
7. Outras patologias associadas: _____
8. Alta por: Cura no __ mês
   Abandono no ____ mês
   Óbito no ___ mês
9. Presença de tratamento anterior: ( ) Sim. Há _____ tempo. ( ) Não
10. Baciloscopia: ( ) realizada ( ) não realizada
11. Observações: _____

.....

Dados extraídos do prontuário e da ficha de notificação epidemiológica do doente

1. Nome: _____ N.º _____
2. Sexo: _____
3. Idade: _____
4. Duração do tratamento: _____
5. Início do tratamento em: _____
6. Tipo de tratamento (auto-administrado ou supervisionado): _____
7. Outras patologias associadas: _____
8. Alta por: Cura no __ mês
   Abandono no ____ mês
   Óbito no ___ mês
9. Presença de tratamento anterior: ( ) Sim. Há _____ tempo. ( ) Não
10. Baciloscopia: ( ) realizada ( ) não realizada
11. Observações: _____

.....

Entrevista aplicada à equipe de saúde do ambulatório

ENTREVISTA APLICADA À EQUIPE DE SAÚDE DO AMBULATÓRIO

I. Identificação

Data da entrevista: ____/____/____
Profissão _____
Há quanto tempo trabalha nesta seção? _____

II. Quanto à doença

2.1 . A tuberculose tem cura?
( ) Sim ( ) Não

2.2. A que grupo de doenças a tuberculose pertence?_____

2.3. Quais são os sintomas da Tuberculose Pulmonar?
_____
_____

III. Quanto ao tratamento

3.1. Quanto tempo dura, no mínimo, o tratamento da tuberculose?
( ) 1 mês ( ) 2 meses
( ) 3 meses ( ) 6 meses
( ) 9 meses ( ) 12 meses

3.2. O que é tratamento supervisionado?_____
_____
_____

3.3. Quais os objetivos do tratamento supervisionado?_____
_____
_____

3.4. A implantação do tratamento supervisionado neste ambulatório foi difícil?
( ) Sim ( ) Não

3.5. Se foi difícil, por quê?
( ) Falta de pessoal
( ) Falta de apoio da coordenação do programa
( ) Falta de recursos, como: viatura, lanche para o doente, passe-saúde
( ) Dificuldades para convencer o doente a aderir a esse tipo de tratamento
( ) Falta de envolvimento de toda a equipe do ambulatório
( ) Outros motivos: _____
_____
_____

3.6. Na sua opinião, quais o fatores que facilitam e/ou dificultam a adesão do doente ao tratamento supervisionado?

Facilitam:
( ) Distribuição de cestas básicas
( ) Presença de enfermeiro no setor
( ) Realização de atividades educativas
( ) Abordagem individual ao doente
( ) Nenhum
( ) Outros: _____

Dificultam:
( ) Falta de Viatura
( ) Falta de profissionais
( ) Falta de lanche para o doente tomar após a administração da dose
( ) Falta de cesta básica
( ) Nenhum
( ) Outros: _____

IV. Quanto à relação com o doente

4.1. Você considera que a sua relação com os doentes em tratamento supervisionado é diferente da relação com os doentes em tratamento auto-administrado?

( ) Sim ( ) Não

Por quê?

_____
_____

4.2. Qual o melhor momento para abordar o doente na tentativa de convencê-lo a participar do tratamento supervisionado?

( ) Na abordagem individual
( ) Em atividade de grupo
( ) No início do tratamento
( ) Em qualquer momento do tratamento
( ) Na visita domiciliar
( ) Outro: _____

4.3. Na sua opinião, quais as dificuldades do doente em aceitar o tratamento supervisionado?

_____
_____
_____

V. Quanto ao abandono

5.1. Na sua opinião, por que o doente abandona o tratamento?

_____
_____
_____

Manual de codificação dos dados

MANUAL DE CODIFICAÇÃO

Códigos	**Variáveis**
Número de ordem	__
Número de prontuário	____
Nome	< A __ >
Endereço	_____
Idade	##
Sexo	_
1. M	
2. F	
Escolaridade	##
1. Analfabeto/sem escolaridade formal	
2. Até 4.ª série incompleta	
3. 4.ª série completa (inclui 5.ª, 6.ª e 7.ª)	
4. 8.ª série completa	
5. Ensino médio incompleto	
6. Ensino médio completo	
7. Ensino superior incompleto	
8. Ensino superior completo	
9. Sem informação	
Número de pessoas na residência	##
Emprego fixo	_
1. Sim	
2. Não	
Ocupação	__
1. Atendente de Sorveteria	
2. Aposentado/ aposentado rural	
3. Auxiliar Geral	
4. Auxiliar de Pedreiro	
5. Auxiliar de Confecção	
6. Auxiliar de Produção	
7. Atendente de recepção	
8. Artesão	
9. Balconista	
10. Doméstica	
11. Do lar	
12. Desempregado	
13. Eletricista	

Códigos **Variáveis**

14. Estudante
15. Encarregado de depósito
16. Engenheira
17. Frentista de Posto de Gasolina
18. Guarda Noturno
19. Jardineiro
20. Motorista
21. Não trabalha
22. Operador de Produção
23. Operador de Máquinas
24. Pedreiro
25. Passadeira
26. Secretária
27. Tapeceiro
28. Técnico de Raio X
29. Vendedor
30. Publicitária

Horário de Trabalho _

1. Livre
2. Coincidente com o horário de consulta
3. Não coincidente com o horário de consulta

Renda ####,##

1. < de 1 s. m.
2. de 1 a 2 s.m.
3. de 2 a 3 s.m.
4. de 3 a 5 s.m.
5. de 5 e + s.m.

Duração do tratamento _

1. 6 meses
2. 9 meses
3. 12 meses

Tipo de tratamento _

1. Auto-administrado
2. Supervisionado
3. Os dois

Outras patologias associadas _

1. Alcoolismo
2. Diabetes
3. Aids
4. Doença Mental
5. Drogadição

Códigos **Variáveis**

Alta por cura _
1. 7.º mês
2. 10.º mês
3. 13.º mês
4. Prolongamento do tratamento

Em branco - Óbitos

Alta por abandono _
1. 1.º mês
2. 2.º mês
3. 3.º mês
4. 4.º mês
5. 5.º mês
6. 6.º mês
7. Mais de 6 meses

Presença de tratamento anterior _
1. Sim
2. Não

Baciloscopia _
1. Positiva
2. Negativa
3. Não realizada

A tuberculose tem cura? _
1. Sim
2. Não

A tuberculose passa de uma pessoa para outra? _
1.Sim
2.Não
3.Não Sabe

Onde adquiriu? _
1. Em bares, noitadas
2. No ônibus
3. Na favela
4. No trabalho – (trabalha em hospital, outro trabalha em câmaras frias, outro dono de bar)
5. Não sabe

Por que adquiriu? _ _
1. Friagem
2. Gripe/ pneumonia mal curada
3. Muita bebida
4. Noites mal dormidas
5. Teve tuberculose anos atrás e a doença voltou

Códigos **Variáveis**

6. Acidente – facada no pulmão
7. Estava enfraquecido devido à AIDS
8. Estava enfraquecido devido ao Diabetes
9. Alimentava-se mal
10. Fazendo uso de cigarro
11. Fazendo uso de drogas
12. Pegou de pessoas da família
13. Pegou de colega de trabalho/amigo
14. Pegou de estranhos/ desconhecidos
15. Pegou de outro paciente em hospital
16. Pegou do ar
17. Porque trabalha em ambiente fechado
18. Pneumonia mal curada
19. Estava fraco
20. Estava trabalhando muito
21. Não sabe
22. 3, 9 e 10
23. 9, 19 e 20

Quais os sintomas da tuberculose? _

1. Tosse
2. Febre
3. Calafrios
4. Perda de peso
5. Desânimo
6. 1,2,4
7. 1,2,4,5,
8. 1,2,3,4
9. 1 e 4

Outros. __

1. Escarro com sangue
2. Suores noturnos
3. Fraqueza/ cansaço
4. Dor no peito
5. Dores nas costas
6. Dores no corpo
7. Perda de apetite
8. Dor de cabeça
9. Muita sede

Códigos **Variáveis**

10. Suores noturnos, falta de ar, dores nas costas
11. 1 e 2
12. 1 e 3
13. 3 e 5
14. 1 e 5
15. 2 e 4
16. 4 e 7
17. 2 e 6
18. 2 e 8
19. 2 e 3
20. 4 e 9
21. 3 e 4
22. Nenhum

Quais os primeiros sintomas que levaram você a se sentir doente? __

1. Febre
2. Escarro com sangue
3. Fraqueza / cansaço
4. Tosse
5. Dor no peito
6. Dor nas costas
7. Emagrecimento
8. 1 e 3
9. 3 e 4
10. 1 e 4
11. 4 e 5
12. 4 e 6
13. 2 e 4
14. Febre e dor de cabeça
15. 1 e 7
16. Tosse e falta de ar
17. 2 e 6
18. Febre, fraqueza e falta de apetite.
19. 1, 3 e 4
20. 1, 4 e 5
21. 5 e 6
22. 1 e 6

Contou para as pessoas? _

1. Sim
2. Não

Códigos **Variáveis**

Em caso positivo, para quem? _
1. Familiares - esposa e filhos
2. Amigos
3. Patrão
4. Colegas de Trabalho
5. 1 e 2
6. 1, 2 e 3
7. 1 e 3
8. 1 e 4

Em caso negativo, disse ter outra doença? _
1. Sim
2. Não

Qual doença? _
1. Pneumonia
2. Dores nas costas
3. Tratamento do pulmão

As pessoas mudaram o comportamento com você depois que souberam da sua doença? _
1.Sim
2.Não

Sendo a resposta positiva, em que sentido?

Na família _
1. A esposa separou pratos, copos, toalhas e outros utensílios
2. A esposa pediu para que dormissem separados
3. Passou a receber mais ajuda e apoio
4. Ficaram preocupados
5. Sem resposta

No trabalho _ _
6. Os colegas ficaram espantados
7. O patrão o despediu por medo de adquirir a doença
8. Os colegas se afastaram
9. O patrão exigiu seu afastamento para se tratar
10. Sem resposta

Outros/amigos _ _
11. Se afastaram
12. Dão conselhos
13. Exigência de atestado médico na escola
14. Sem resposta

Códigos **Variáveis**

Você mudou seu comportamento com as pessoas depois que soube que estava com tuberculose? _

1.Sim
2.Não

Em que sentido?

Em relação às pessoas _

1. Separou copos e talheres
2. Passou a sair pouco de casa para não incomodar as pessoas com sua tosse
3. Se afastou de todos por sentir vergonha, sentir-se mal, não queria ver ninguém
4. Se afastou de crianças
5. Se afastou das pessoas somente nos primeiros 15 dias de tratamento
6. Passou a dormir em quarto separado
7. 4 e 6
8. 1 e 3

Outras mudanças _ _

9. Parou de tomar gelado e café
10. Ficou depressivo e triste
11. Se achou feio devido a urticária desenvolvida por causa dos medicamentos
12. Parou de fazer uso de bebidas alcoólicas
13. Parou de fumar
14. Teve medo de morrer
15. 13 e 14
16. 12 e 13

A doença prejudicou sua vida profissional? _

1.Sim
2.Não

Prejudicou em quê? _

1.Sente-se mais cansado para trabalhar
2.Perdeu o emprego ou parou de trabalhar
3.Trabalha por conta própria e está produzindo menos

Outros motivos _

4. No primeiro mês não pôde trabalhar porque ficou internado
5. Aposentou-se por invalidez
6. Está afastado para tratamento médico, recebendo menor salário
7. Falta de disposição para os trabalhos domésticos
8. Não trabalha

Códigos **Variáveis**

Quanto tempo dura o tratamento da tuberculose? _
1. 6 meses
2. 9 meses
3.12 meses
4.Não sei

Você se sente bem tomando os remédios? _
1.Sim
2.Não

Efeitos desagradáveis remédios provocam? _
1. Problemas estomacais – vômitos, náuseas, enjôo, peso no estômago, azia
2. Reação alérgica
3. Aumento de espinhas e problemas estomacais
4. Diarréia
5. Língua dormente
6. Formigamento nas mãos
7. Sonolência
8. 1 e 4
9. 1 e 6

Parou de tomar os medicamentos durante o tratamento? _
1.Sim
2.Não

Se a resposta for positiva, por quanto tempo? _
1. 1 a 5 dias
2. 6 a 10
3.11 a 20
4.mais de 30 dias seguidos

Por quê? _ _
1. Viagem
2. Esquecimento
3. Sentia-se mal com os remédios, não se importava com a cura, usa drogas
4. Uso de bebidas alcoólicas
5. Sentiu-se curado / bem
6. Enjoou de tomar remédios todo dia
7. Achou que os remédios não estavam fazendo efeito
8. Toma muitos remédios, às vezes pára alguns
9. Sem resposta
10. 5 e 6
11. 7 e 8
12. 3,4

Códigos **Variáveis**

Do ponto de vista tempo, como você considera o tratamento? _
1. Longo / cansativo
2. Dá para "encarar", suportar / não é longo
3. É tranqüilo
4. Rápido
5. Se não tivesse vontade de beber, "encararia" melhor
6. 1 e 5

Você recebeu informações sobre a tuberculose no serviço de saúde? _
1. Sim
2. Não

Como foram passadas as informações? _
1.Individualmente
2.Em grupo
3.Em grupo com a participação de familiares
4.1 e 2
5. 2 e 3

Quem forneceu essas informações? _
1.Enfermeiros
2.Auxiliares de enfermagem
3.Médicos
4. Assistente social
5.Outros profissionais
6.1 e 4
7.1 e 2
8.1,3 e 4
9.2,3,4 e 5

Acesso ao ambulatório. _
1.Ônibus
2.Carro
3.A pé

Outra maneira.
4.Recebe consulta domiciliar
5.Moto
6.Ambulância

Códigos **Variáveis**

O serviço fornece passe saúde? _
1.Sempre
2.Nunca
3.Às vezes

Quanto tempo você fica no serviço quando vem consultar? _
1. Menos de uma hora
2. De 1 a 2 horas
3. Mais de duas horas

O que o serviço tem de ruim? _
1. Nada / absolutamente nada
2. Tem que esperar muito para a consulta com o médico
3. Faltou uns comprimidos entre um atendimento e outro porque a data do retorno foi mal calculada
4. O jardim é feio e cheio de mato
5. É longe de casa
6. Não tem aparelho de raio X aqui

O que o serviço tem de bom? _ _
1. O atendimento de toda a equipe é muito bom
2. O médico é bom/excelente
3. Nunca falta remédio
4. Fornecem informações sobre a doença, o atendimento da equipe é bom, o médico é bom
5. O ambiente é diferenciado
6. Recebemos visita em casa quando "desaparecemos"
7. Sem resposta
8. 1 e 6
9. 3 e 4
10. 1,2 e 3
11. 1 e 2

A equipe de saúde do ambulatório lhe ofereceu o tratamento supervisionado? _
1.Sim
2.Não

Quando foi feita esta oferta? _
1.Na primeira consulta
2.No meio do tratamento

A equipe de saúde lhe explicou o que é tratamento supervisionado? _
1.Sim
2.Não

Códigos **Variáveis**

O que você entende por Tratamento Supervisionado? _

1. Receber remédios uma vez por semana
2. Receber mais informações sobre a doença e remédio uma vez por semana
3. Receber visitas em casa
4. Fiscalizar a gente para ver se estamos tomando o remédio direito
5. Tomar remédios na frente de uma "enfermeira"
6. Ser atendido sempre pela equipe da unidade / receber maior atenção
7. Receber mais informações sobre a doença e para curar mais rápido
8. 2 e 3
9. 1 e 2

Se o Tratamento Supervisionado lhe foi oferecido, por que você não aceitou? _

1. Porque teria que faltar uma vez por semana na escola
2. Porque não gosto de acordar cedo e não quer receber visitas em casa
3. Porque acha que não precisa de ninguém administrando seu tratamento
4. Porque trabalha
5. Porque mora longe e não gosta de acordar cedo

Vantagens e desvantagens no tipo de tratamento que você faz?

Vantagens supervisionado _

1. Recebo mais informações sobre a doença
2. Recebo mais atenção da equipe
3. É possível falar para as "enfermeiras" como estou me sentindo
4. 15 dias depois já me sentia melhor
5. A cura é mais rápida, porque a gente não pára de tomar os remédios
6. Incentivo para tomarmos o remédio direito
7. Não atrapalha vir tanto aqui
8. As minhas dúvidas são rapidamente esclarecidas
9. Nenhuma

Desvantagens supervisionado __

10. Ter que vir aqui uma vez por semana
11. Atrapalha para trabalhar
12. Ter que esperar para ser atendido
13. Nenhuma

Vantagens auto-administrado __

14. Não falta remédio
15. Vir no ambulatório somente uma vez por mês
16. Recebo os medicamentos gratuitamente

Códigos **Variáveis**

17. Não perder dia de trabalho par vir no ambulatório
18. Saber que ficarei curado
19. Não precisar faltar à escola para vir no ambulatório uma vez por semana
20. Não precisar sair tanto de casa
21. Sem resposta (referente aqueles que responderam não quanto a oferta do TS)

Desvantagens auto-administrado __

22.Perco as palestras semanais
23.Nenhuma
23. Sem resposta (referente aqueles que responderam não quanto a oferta do TS)

Para aqueles que aderiram ao Tratamento Supervisionado

Você recomendaria este tipo de tratamento a outras pessoas? _

1. Sim
2. Não

Por quê? _

1. No T.S. se recebe mais atenção
2. É bom / ótimo
3. Se toma o remédio direito
4. Se alimenta direito porque recebe orientação da nutricionista
5. A cura é mais segura e não se transmite para outras pessoas
6. Resolve o problema

Para aqueles que aderiram ao Tratamento Supervisionado e trocaram, passando para o auto-administrado

Por que você deixou o Tratamento Supervisionado? _

1. Tem dores nas articulações e isto dificulta sua vinda no ambulatório
2. Começou a trabalhar
3. Mudou-se para um bairro muito distante
4. Dá muito trabalho vir no ambulatório semanalmente

Você recomendaria o Tratamento Supervisionado para mais alguém? _

1.Sim
2.Não

Por quê? _

1. Recebe maior atenção e acompanhamento da equipe

Por que você abandonou o tratamento? _

1.Os remédios lhe fizeram se sentir mal
2.Achou que estava curado
3.Não apresentava mais os sintomas, embora soubesse que não estava curado
4.Começou a trabalhar e não tinha mais tempo para se tratar

Códigos **Variáveis**

5.Estava fazendo uso de bebida alcoólica
Outros motivos _
6.Drogas
Você faz uso de bebida alcoólica? _
1.Durante o tratamento, sempre
2.Durante o tratamento, às vezes
3.Antes do tratamento fazia, mas parou
4. Não toma bebida alcoólica
O que significa ter saúde para você? __
1.Comer bem
2.Sentir-se bem
3.Ter disposição para o trabalho
4.1 e 2
5.1,2 e 3
6.1 e 3
Outras coisas. __
7.A pressão estar boa
8..Não ter nenhum problema, inclusive espiritualmente
9.Passear mais
10.Ausência de qualquer problema
11.Estar física e mentalmente bem
12.Ter força para viver / disposição
13.Não sentir nada
14.Ter disposição para praticar esportes
15.Ser mais alegre / feliz
16.Não beber, não fumar
17.Dormir bem
18.Falta de preocupação
61.Qual a importância de ter saúde? __
1. "Abaixo de Deus, é a Saúde"
2. É tudo na vida
3. Sem Saúde a pessoa não é nada
4. É mais importante/melhor que tudo na vida
5. É o maior "bem" que existe
6. Com Saúde seguimos nossa vida em frente
7. Saúde em primeiro lugar
8. Ter Saúde é a vida da pessoa
9. É importante porque nos dá disposição / ânimo
10. Sem Saúde não se faz nada
11. Melhor que dinheiro
12. Poder fazer o que quero – sair, passear, produzir

Códigos **Variáveis**

13. Estar de bem com a vida
14. Levantar com o corpo tranqüilo e descansado
15. Dá para trabalhar melhor
16. Não precisar pedir nada para ninguém
17. Ânimo para tratar melhor as pessoas
18. Poder criar os filhos
19. O importante é não ficar doente
20. Viver bem
21. Tanto faz
22. Sair à noite
23. 15 e 22

Resumo

O presente estudo descreve a implantação do tratamento supervisionado no ambulatório de tisiologia do município de Bauru-SP. São abordadas as dificuldades iniciais do serviço e dos próprios doentes para aderirem a essa estratégia. Foram utilizadas informações extraídas dos prontuários e fichas de notificação epidemiológica de 90 doentes de tuberculose pulmonar, residentes em Bauru e das entrevistas realizadas com 71 deles e com os profissionais do serviço. Houve predominância do sexo masculino, da faixa etária de 20 a 49 anos, da baixa escolaridade e do pequeno poder aquisitivo. Foram acompanhados em tratamento supervisionado 18,9% dos doentes e 8,9% em misto. Houve uma taxa de cura de 75,5% e uma taxa de abandono de 21,1%, sendo 17,8 vezes menor nos doentes que fizeram o tratamento supervisionado, 4 vezes maior entre os homens e mais freqüente entre os doentes em retratamento e com outras patologias associadas. A principal dificuldade referida para aderir ao tratamento supervisionado foi o horário de trabalho. Nas entrevistas, 14% dos doentes mostraram ainda um certo grau de desconhecimento sobre as formas de transmissão da doença e as condições para a cura, apesar de o trabalho educativo ter sido intensificado pelos profissionais. Os doentes referiram a tosse e a febre como os sintomas iniciais mais relevantes. Um terço dos doentes interromperam a ingestão da medicação por vários dias. Metade dos doentes alegaram prejuízos em sua vida profissional por causa da tuberculose e muitos referiram mudanças em seus hábitos. Conclui-se que o tratamento supervisionado contribuiu significativamente para a redução do abandono e recomenda-se, além da motivação constante dos profissionais, a descentralização da estratégia e das ações do programa de controle da tuberculose.

Unitermos: *controle da tuberculose; tratamento supervisionado; abandono do tratamento.*

Autorizo a reprodução deste trabalho com a identificação de fonte e autoria.

Botucatu, 20 de agosto de 2001

Rosilene Maria dos Santos Reigota