

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**O SENTIDO DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE NO COTIDIANO DE
DOENTES E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Antonia Margareth Moita Sá

**Rio de Janeiro
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANTONIA MARGARETH MOITA SÁ

**O SENTIDO DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE NO COTIDIANO DE
DOENTES E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada à Escola de
Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de
Janeiro para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elisabete Pimenta Araújo Paz

**Rio de Janeiro
2007**

Sá, Antonia Margareth Moita
O sentido do tratamento para tuberculose no cotidiano de doentes
e de profissionais de saúde /Antonia Margareth Moita Sá. - Rio de
Janeiro: UFRJ/Ana Nery, 2007.
xi, 161 f. f.il., 3 cm

Orientadora: Elizabete Pimenta Araújo Paz

Tese (Doutorado)-UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2007.

Referências Bibliográficas: f. 96 – 102

1.Fenomenologia. 2.Tuberculose. 3. Atenção Básica. Paz,
Elizabete Pimenta Araújo. II. Universidade Federal do Rio de
Janeiro de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa
de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título Doutor.

CDD: 610.73

Todos os direitos reservados de acordo com a convenção internacional de direitos autorais. Nenhuma parte desta dissertação pode ser reproduzida ou utilizada seja por que meios forem – eletrônicos ou mecânicos, inclusive fotocópias ou gravações, ou por sistemas de armazenagem e recuperação de dados – sem o consentimento por escrito do autor.

O SENTIDO DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE NO COTIDIANO DE
DOENTES E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ANTONIA MARGARETH MOITA SÁ

Orientadora: Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada à Escola de
Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Aprovada por:

Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz (EEAN/UFRJ)
Presidente

Dra. Gírlene Alves da Silva (UFJF)
1º Examinador

Dr. Afrânio Lineu Kritski (UFRJ)
2º Examinador

Dr. Emanuel Carneiro Leão (IFCS/UFRJ)
3º Examinador

Dra. Ivis Emília de Oliveira Souza (EEAN/UFRJ)
4º Examinador

Suplentes

Dra. Ana Inês Sousa (EEAN/UFRJ)

Dr. Fernando Augusto Fiúza de Melo (ICF – SP)

Rio de Janeiro
Dezembro- 2007

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz. Nosso *encontro* aconteceu no ano 2000 por ocasião do Mestrado, e tem rendido excelentes frutos, por isso Betinha, agradeço imensamente pelas oportunidades de crescimento que você tem me proporcionado. Mais do que uma orientadora sempre pronta a me ajudar, uma grande amiga/irmã ganhei nessa trajetória. Obrigada. Conte sempre com minha amizade, admiração e lealdade.

Aos pacientes que assisto em meu cotidiano profissional. Vocês são a fonte mais importante de aprendizado, e o incentivo para que eu continue buscando o modo mais apropriado de cuidá-los. Obrigada.

Aos sujeitos desta pesquisa. Agradeço aos colegas de trabalho das Unidades de Saúde estudadas, que aceitaram participar deste trabalho. Obrigada pela colaboração. Sem vocês esse caminho não seria possível.

Ao Centro de Saúde Escola do Marco, pelas oportunidades de aprendizado a mim proporcionadas nestes muitos anos de trabalho.

A Universidade do Estado do Pará (UEPA), pelo incentivo à realização deste estudo.

A Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), por liberar-me das atividades assistenciais.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), por ter autorizado a obtenção de dados em duas de suas Unidades de Saúde participantes do estudo.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que participam da minha vida e ajudam a me constituir no que sou. Meu afeto e gratidão a vocês.

Aos meus pais pelo empenho com minha educação.

Aos meus irmãos Lílian e Fábio pelo amor e incentivo.

As minhas filhas Lucila e Nilze, pelo apoio aos meus sonhos. Amo vocês.

Ao meu neto, Pedro Khalil, sorriso que encanta, alegria em minha vida.

Ao filho do coração, Carlos Henrique e sua esposa Nazaré.

As filhas do coração, Mariana, Ana Luíza, Kaauthama, Pékora, Aline, Larisse e Thaís.

Às amigas Aya Cristina, Clemília Cunha, Eliene Martins, Bárbara Nogueira, Erondina Sena, Margareth Braun, Gilvanilde Tenório, Nádia Cavalcante, Marlúcia Serique, Erotildes Sales.

A Professora Célia Costa, que me mostrou as possibilidades da Saúde Pública, obrigada pelos ensinamentos e oportunidades.

Ao querido casal amigo Graça Tuma e Jonatas Rabelo.

As queridas amigas e colegas de trabalho Ivanilda, Ninarosa, Maria de Lourdes e Dorotéia, parceiras de trabalho e de sonhos na luta contra a tuberculose.

Aos colegas de trabalho do Centro de Saúde Escola do Marco.

Ao Prof. Guy Van de Beuque (in memorian). Você me acolheu em seus seminários e desvelou um mundo de possibilidades de compreensão.

RESUMO

SÁ, Antonia Margareth Moita. O sentido do tratamento para tuberculose no cotidiano de doentes e de profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 2007. TESE (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Estudo sobre o cotidiano assistencial do tratamento a pessoas portadoras de tuberculose em três Unidades Básicas de Saúde de Belém-Pará. Teve como objetivos compreender o cotidiano da dinâmica assistencial do tratamento a pessoas portadoras de tuberculose; descrever os processos associados ao enfrentamento da doença nos serviços; desvelar o sentido que funda as ações do tratamento para os profissionais e para as pessoas portadoras de tuberculose. Participaram da pesquisa vinte e um profissionais de saúde e vinte e um doentes em tratamento. O acesso ao ser ocorreu por meio de entrevista fenomenológica. O método fenomenológico de Martin Heidegger conduziu a pesquisa e sustentou a compreensão mediana e a interpretação dos discursos dos sujeitos. Três Unidades de Significação foram elaboradas: **A tuberculose expõe a fragilidade da saúde humana; A vivência do adoecer e do tratamento; A experiência de cuidar de pessoas doentes de tuberculose no cotidiano assistencial.** A analítica existencial mostrou os sujeitos imersos no cotidiano inautêntico, guiados pela atitude técnica, pelo falatório e pela ambigüidade. Mostrou que a tuberculose fragiliza a pessoa doente e tem o caráter de ameaça ao ser-com. Desvelou-se um cotidiano assistencial encoberto pela superficialidade da ocupação preocupada e exposta às limitações humanas. Concluiu-se que é possível liberar o cuidado de ser sendo impróprio à cotidianidade, se profissionais e clientes estabelecerem o diálogo como parte essencial da relação de compreensão entre dois seres. Nesta relação precisa-se escutar reciprocamente, pois escutar possibilita aceitar, acompanhar e compreender.

Palavras chaves: fenomenologia, tuberculose, atenção básica.

ABSTRACT

SÁ, Antonia Margareth Moita. The sense of the tuberculosis treatment in the daily of the patients and health professionals. Rio de Janeiro, 2007. TESE (Doctorate in Nursing)- School of Nursing Anna Nery, Federal University of the Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Study about the assistance daily of the treatment to persons bearers of tuberculosis in three Health Basic Units of Belém-Pará. It had like objectives understand the daily of the assistance dynamic of the treatment to persons bearers of tuberculosis; describe the processes associated to the confrontation of the illness in the services; unveil the sense that found the treatment actions for the professionals and for the persons bearers of tuberculosis. Participated of the research twenty and one health professionals and twenty and one in treatment. The access to the being occurred by means of phenomenological interview. The phenomenological approach of Martin Heidegger drove the research and maintained the average comprehension and the subjects' discourses interpretation. Three Units of Significance were elaborated: The tuberculosis **exposes the fragility of the human health; The experience of become sick and of the treatment; The experience of take care of sick persons of tuberculosis in the assistance daily.** The existential analytic showed the subjects immersed in the unauthentic, guided by the technical attitude, by the talking and by the ambiguity. It showed that the tuberculosis makes vulnerable weaken the sick person and has the character of threat upon being – with. It unveiled an assistance daily hidden by the superficiality of the occupation concerned and exposed to the human limitations. It concluded that is possible liberate the care of being becoming improper to the daily, if professionals and clients will establish the dialogue as essential part of the relation of comprehension between two beings. In this relation is necessary-itself listen to each other, therefore listen makes possible accept, accompany and understand.

Keywords: phenomenology, tuberculosis, basic attention.

RESUME

SÁ, Antonia Margareth Moita. Le sens du traitement pour la tuberculose dans le quotidien de malades et de professionnels de santé. Rio de Janeiro, 2007. TESE (Doctorat en Infirmier)-École d'Infirmier Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Étude sur le quotidien d'assistance du traitement a personnes porteurs de tuberculose en trois Unités Basiques de Santé de Belém-Pará. Il a eu comme objectifs comprendre le quotidien de la dynamique d'assistance du traitement a personnes porteurs de tuberculose; décrire les procédés associés au affrontement de la malade dans le service; découvrir le sens qui reconnaissent les actions du traitement pour les professionnels et pour les personnes porteurs de tuberculose. Participèrent de la recherche vingt et un professionnels de santé et vingt et un malades en traitement. L'accès au être est arrivé au moyen de entrevue phénoménologique. Le méthode phénoménologique de Martin Heidegger a conduit la recherche et a maintenu la compréhension moyenne et l'interprétation de les discours de les sujets. Trois Unités de Significacion étaient elaborées: **La tuberculose expose la fragilité de la santé humaine; L'expérience du tomber malade et du traitement; L'expérience de soigner de personnes maladies de tuberculose dans le quotidien d'assistance.** L'analytique existentiel a montré les sujets immergé dans le quotidien inauthentique, conduits par l'attitude atitude technique, par la conversation et par l'ambiguïté. Il a montré que la tuberculose fragilise la personne malade et a le caractère de menace au être-avec. Il lui-même est découvert un quotidien d'assistance caché par le superficialité de la occupation intéressée et a exposé les limitations humaines. Il a conclu qu'est possible libérer le soin d'être étant impropre au quotidien, si professionnels et clients établiront le dialogue comme part essentiel de la relation de compréhension entre deux êtres. Dans cette relation est nécessaire-lui-même écoute réciproquement, donc écouter rend possible accepter, accompagner et comprendre.

Mots clefs: phénoménologie, tuberculose, attention fondamentale.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	12
O panorama mundial da tuberculose.....	12
A situação da tuberculose no Pará.....	20
Um olhar atento à dinâmica do tratamento da tuberculose em unidades básicas.....	21
Minha aproximação profissional ao tema da atenção ao portador de tuberculose.....	24
Objeto.....	28
Objetivos.....	28
Questão norteadora do estudo.....	28
CAPÍTULO II – O CONHECIMENTO SOBRE A TUBERCULOSE	29
Aspectos gerais sobre a tuberculose.....	29
Ampliando a discussão sobre o tema.....	33
O tratamento medicamentoso da tuberculose.....	38
CAPÍTULO III – O REFERENCIALFILOSÓFICO E MÉTODO DO ESTUDO.....	47
A fenomenologia como o caminho para a investigação.....	47
A origem da fenomenologia.....	48
A fenomenologia de Heidegger.....	50
O método fenomenológico de Heidegger.....	53
Apresentando os sujeitos da pesquisa.....	55
Cenários e dinâmica de atendimento aos doentes de tuberculose.....	56
Acesso aos discursos dos sujeitos.....	61
A análise compreensiva	63
CAPÍTULO IV – UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO.....	65
UNIDADE 1 – A tuberculose expõe a fragilidade da saúde humana.....	65
1.1 - A doença é vivida com tristeza, depressão, vergonha e perplexidade pelas pessoas doentes ao terem confirmado o seu diagnóstico.....	65
1.2 - Os profissionais percebem, descrevem e significam os sentimentos que tomam os doentes ao serem atingidos pelo diagnóstico da tuberculose e procuram minimizar seu impacto.....	66
UNIDADE 2 – A vivência do adoecer e do tratamento.....	68
2.1 - Na maior parte das vezes a tuberculose é vivenciada com dificuldades que passam pelo mal-estar causado pela medicação e sintomas que afetam severamente seu equilíbrio orgânico e anseiam pela finalização do tratamento como forma de libertação destes transtornos.....	68

2.2 - Os doentes assumem a responsabilidade pelo adoecimento, pois o associam à falta de alguns cuidados com o corpo e a saúde.....	69
2.3 - No cotidiano do viver com tuberculose, o preconceito social mostra sua força entre os membros da família, em espaços privados, públicos e inclusive nos serviços de saúde, tirando a liberdade dos doentes.....	70
2.4 - A doença modifica o habitual da vida ao se mostrar no corpo por meio de cansaço, prostração, tosse. Mais alterado fica o cotidiano quando se perde a liberdade de trabalhar, estudar e exercer atividades sociais para realizar o tratamento na modalidade supervisionada.....	71
2.5 - Os doentes têm medo de transmitir a doença aos outros e assumem o isolamento como a primeira medida preventiva e necessária para não serem responsabilizados por novos adoecimentos.....	73
UNIDADE 3 - A experiência de cuidar de pessoas doentes de tuberculose no cotidiano assistencial.....	77
3.1 – Tratar de pessoas portadores de tuberculose significa para os profissionais de saúde um modo de ajudá-los a se curar, a vencer a doença.....	77
3.2 - No cotidiano dos serviços, os profissionais valorizam que os doentes cumpram o tratamento regularmente. Esta é a condição essencial à cura e ao controle da doença.....	78
3.3 - O preconceito também se faz presente no comportamento dos profissionais, pois temem a contaminação e o conseqüente adoecimento. Adotam o afastamento, principalmente se não dispõem de conhecimentos que os tranquilizem quanto à sua proteção.....	79
3.4 - Os profissionais reproduzem o discurso oficial do programa que é centrado na adesão ao tratamento, a despeito das dificuldades das pessoas doentes.....	80
CAPÍTULO V – ANALÍTICA EXISTENCIAL.....	83
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS	96
ANEXO A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética	103
ANEXO B - Autorização Institucional para realizar pesquisa	104
APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
APÊNDICE B - Entrevistas.....	106

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O panorama mundial da tuberculose

A tuberculose é um importante problema de saúde pública no Brasil, pelo expressivo quantitativo anual de adoecimentos que acomete a população. O país ocupa o 15º lugar entre os 22 países com maior incidência de casos^{1,2}. Dos casos novos da doença, mais de 23.000 por dia com aumento de 3% ao ano, 80% ocorre nesses países, sendo a Índia o primeiro colocado com 1,8 milhões de doentes ao ano, seguido da China com 1,4 milhões de casos. É uma doença que infecta um terço da população mundial com 100 milhões de novos infectados ao ano. No total são 8 milhões de casos novos anuais com 2 milhões de mortes, sendo mais de 5.000 óbitos por dia, 98% delas nos países pobres².

Os fatores mundiais³ que contribuem para o agravamento da tuberculose são: a desigualdade social, a AIDS e o envelhecimento populacional. Nos países menos desenvolvidos, caso do Brasil, acrescente-se o desmantelamento dos sistemas de saúde pública, a falta de recursos para desenvolver programas eficazes para doenças de tratamento prolongado e a falta de articulação política, técnica, operacional e humanitária na luta contra a tuberculose^{1,2,4}. Estes fatores também fazem parte da realidade brasileira na qual se inclui o Estado do Pará. As medidas de controle até agora adotadas no âmbito dos serviços e no ensino, têm se mostrado insuficientes para alcançar os resultados necessários, já que os fatores acima descritos envolvem também políticas e ações em outras esferas de governo, não sendo exclusivas da área da saúde.

A tuberculose não apresenta variações cíclicas ou sazonais de importância prática. A prevalência observada é maior em áreas de grande concentração populacional e precárias condições socioeconômicas e sanitárias. A distribuição da doença é mundial, com

tendência decrescente da morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos. Nas áreas com elevada prevalência de infecção pelo HIV vem ocorrendo estabilização ou aumento do número de casos e óbitos por tuberculose. Estão mais sujeitos à doença os indivíduos que convivem (contatos) com doente bacilífero, determinados grupos com redução da imunidade, como os diabéticos ou silicóticos, e pessoas em uso de corticosteróides ou infectados pelo HIV^{1,2,5}. Na tabela abaixo apresenta-se a situação atual da tuberculose nos 22 países considerados prioritários às ações de controle da doença.

Tabela 1: Estimativa da carga global de tuberculose entre os países mais atingidos pela doença, no ano de 2004.

		População (milhares)	Incidência de TB (todas as formas) milhares	Incidência de TB (todas as formas) por 100.000 habitantes	Mortalidade por TB (todas as formas) por 100.000 habitantes	Prevalência de HIV nos casos incidentes de TB (%)
01	Índia	1.087.124	1.824	168	30	5,2
02	China	1.307.989	1.325	101	17	0,9
03	Indonésia	220.077	539	245	46	0,9
04	Nigéria	128.709	374	290	82	27,0
05	África do Sul	47.208	339	718	135	60,0
06	Bangladesh	139.215	319	229	51	0,1
07	Paquistão	154.794	281	181	40	0,6
08	Etiópia	75.600	267	353	79	21,0
09	Filipinas	81.617	239	293	48	0,1
10	Quênia	33.467	207	619	133	29,0
11	República Democrática do Congo	55.853	204	366	79	21,0
12	Federação Russa	143.899	166	115	21	6,8
13	Vietnã	83.123	147	176	22	3,0
14	Tanzânia	37.627	131	347	78	36,0
15	Uganda	27.821	112	402	92	19,0
16	Brasil	183.913	110	60	7,8	17,0
17	Afganistão	28.574	95	333	92	0,0
18	Tailândia	63.694	91	142	19	8,5
19	Moçambique	19.424	89	460	129	48,0
20	Zimbábue	12.936	87	674	151	68,0
21	Myanmar	50.004	85	171	21	7,1
22	Camboja	13.798	70	510	24	13,0

Fonte: PUBLIC HEALTH WATCH. Política de TB no Brasil – Uma perspectiva da sociedade civil. Rio de Janeiro: Open Society Institute, 2007, in WHO, Global Tuberculosis Control Surveillance, Financing, (Genebra: WHO, 2005), p. 28.

No Brasil, o Ministério da Saúde ao desenvolver o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), tem como um de seus objetivos a redução da presença do bacilo da tuberculose na população, através das ações de diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos, com prioridade para os casos bacilíferos^{1,6}. Aliado ao esforço que empreende para alcance desta redução, vem trabalhando em parceria com as instituições de assistência, ensino, pesquisa e organizações não-governamentais da sociedade civil para modificar os indicadores, ainda muito desfavoráveis em relação à doença, até o ano de 2009, segundo as metas pactuadas com a Organização Mundial de Saúde, que são: a detecção de 90% dos casos esperados e a cura de pelo menos 85% dos casos diagnosticados, redução do abandono para 5% dos casos tratados, diminuição da incidência em 50% e redução da mortalidade em 2/3 do número óbitos por tuberculose¹.

Para alcance destes resultados será necessário implantar o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em 100% dos municípios brasileiros, reestruturar a rede de serviços e de laboratórios, ampliar o acesso dos doentes ao diagnóstico e tratamento e a proteção dos sadios, com a vigilância epidemiológica subsidiando a tomada de decisões e adoção da estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado de curta Duração)¹.

Em nosso país a prevalência (número total de casos) estimada é de 58/100.000 habitantes, 50 milhões de infectados susceptíveis ao desenvolvimento da doença, 111.000 casos novos e 6.000 óbitos ao ano⁶. O percentual de cura é de 72%, o abandono é de 12% e 7% foram a óbito, índices que mostram grande distância entre a realidade brasileira e as metas pactuadas na Aliança Global para Controle da Tuberculose, mostrando que todos os estados brasileiros estão abaixo da meta internacional de 85% de cura^{2,6}. A doença distribui-se em todo território, com 315 municípios considerados prioritários às ações de controle por concentrarem 70% do total de casos de tuberculose do país^{2,6}.

O comportamento da tuberculose nos estados brasileiros com maior número de casos notificados em 2005 bem como o total do país está expresso na tabela 2.

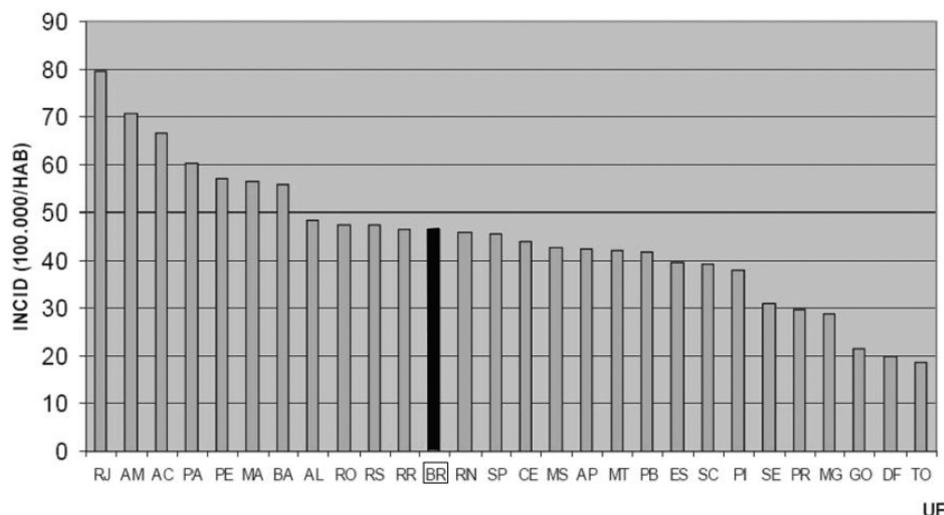
Tabela 2. Distribuição de casos notificados, curados e abandonos de tratamento de tuberculose nos oito estados brasileiros que apresentaram maior número de casos e o total do Brasil. Ano 2005.

Unidade Federada	Total de Casos	Casos Novos	Cura (casos novos)	Abandono
São Paulo	20.031	16.992	9.445	1.468
Rio de Janeiro	19.276	12.067	5.266	964
Bahia	7.868	6.303	4.456	441
Pernambuco	7.728	5.022	2.452	458
Minas Gerais	6.853	5.235	2.958	373
Rio G. do Sul	5.591	4.525	3.347	531
Ceará	4.688	3.808	2.501	267
Pará	4.023	3.394	2.330	341
Total	76.058	57.346	32.755	4.843
Total nacional	102.441	78.115	47.569	6.675

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2006.

Os dados da tabela mostram que esses oito estados respondem por 74% do total de casos notificados no país, 73% dos casos novos, 69% dos casos novos curados e 72% dos abandonos de tratamento. Apresentam a característica comum de estarem localizadas em grandes cidades destes estados, ou grandes metrópoles, como Rio de Janeiro e São Paulo. Esse quadro se deve a pandemia da infecção pelo HIV, que é o maior fator de risco para o adoecimento por tuberculose em pessoas previamente infectadas por *M. tuberculosis*, pelas precárias condições de vida e moradia que tornam a população mais susceptível ao adoecimento, completado pelos maus resultados operacionais do Programa de Controle da Tuberculose^{2,6,7}.

A taxa de incidência da doença nos estados brasileiros no ano de 2005, foi de 48/100.000 habitantes⁸, e é demonstrada no gráfico abaixo:

Gráfico 1: Taxa de incidência de tuberculose no Brasil e nos estados. Ano de 2005.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2006.

O gráfico mostra que a doença tem alta incidência no país com variações de 20 a 80/100.000 habitantes nos estados. A situação epidemiológica é mais desfavorável nos sete estados onde a incidência está acima de 50/100.000 habitantes. Desse grupo, três localizam-se na região Norte, e três na região Nordeste, as mais pobres do país. O Rio de Janeiro, apesar de ser um estado rico e desenvolvido apresenta a maior incidência do país⁸.

A doença acomete pessoas em todas as idades, mas as crianças e os idosos são os grupos mais vulneráveis. No Brasil a faixa etária que mais adoece, em números absolutos, é entre jovens e adultos. A tabela 3 mostra a incidência da doença distribuída em faixas etárias.

Tabela 3: Incidência de tuberculose por faixa etária no ano de 2005:

Idade (em anos)	Nº de casos novos	Taxa de incidência (por 100.000)	População
< 5 anos	1.246	7,64	16.306,766
5 – 9 anos	830	5,17	16.059,207
10 – 19 anos	6.321	16,94	37.315,319
20 – 39 anos	36.667	58,88	60.577,185
40 – 59 anos	25.931	70,05	37.018,005
> 60 anos	10.616	62,79	16.907,782
Total	81.611	43,78	184.184,246

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2006.

Vemos nesta tabela que a faixa etária que mais adoeceu foi a de 20 a 39 anos, que corresponde a 45% do total de adoecimentos. Ao somarmos esta faixa com a de 40 a 59

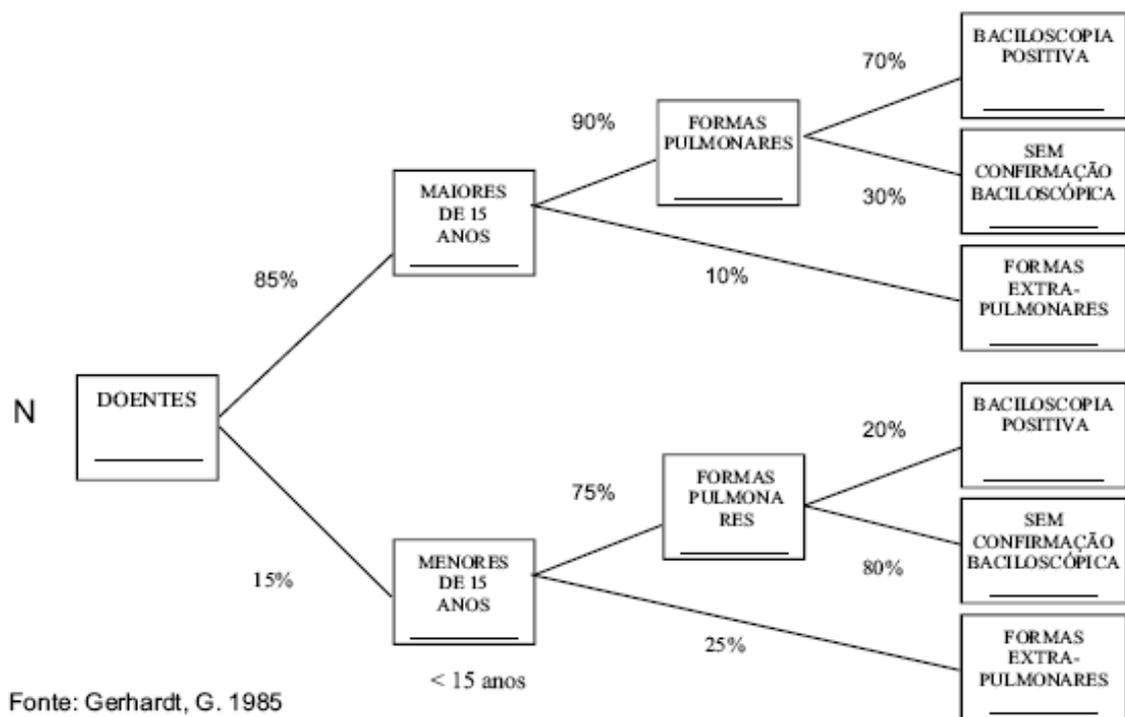
anos, tem-se 62.598 casos novos e 76% do total de casos⁸. É uma situação de grande relevância social e econômica do país, é curável e de tratamento gratuito, mas ainda provoca mortes que poderiam ser evitadas.

A doença acomete pessoas em seus melhores anos de vida em relação a estudos, profissão, trabalho e estabelecimento de relações sociais. O adoecimento leva a interrupção ou adiamento de projetos pessoais o que para alguns pode significar uma completa mudança em suas vidas. O estudo de Silva corrobora esse aspecto ao descrever as alterações no cotidiano decorrentes da nova condição da pessoa, que lhe causa debilidade física própria do processo evolutivo da doença, além de apatia e falta de vontade para fazer as atividades a que estava habituada⁹.

Outra consideração importante é a doença entre os idosos, que representam a segunda faixa de incidência, já que o envelhecimento favorece a evolução da infecção tuberculosa para tuberculose doença, pelas alterações orgânicas próprias do processo de envelhecimento, incluindo a diminuição da imunidade celular, fundamental na defesa contra a doença, situações que os tornam mais vulneráveis ao adoecimento e pela longa exposição ao bacilo¹⁰. Acrescente-se que o idoso também é submetido as desfavoráveis condições sociais e econômicas do país, que restringem o seu acesso a habitação e nutrição adequadas, tornando-os duplamente vulnerável.

A figura abaixo ilustra a proporção de adoecimentos por faixas etárias e formas clínicas.

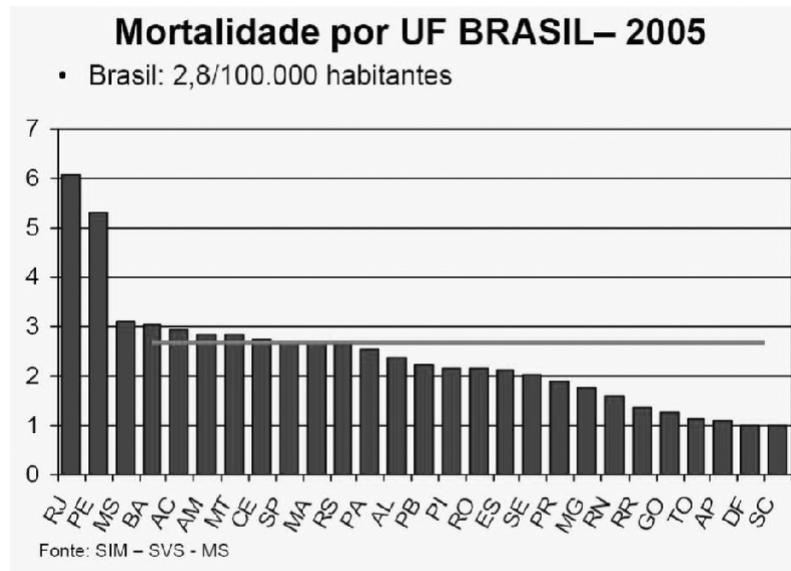
Figura 1: Distribuição da tuberculose no Brasil, segundo os grupos etários e formas clínicas.



A tuberculose pulmonar é prevalente em todas as faixas etárias, mas a forma pulmonar bacilífera com confirmação baciloscópica é maior entre adultos do que entre crianças menores de 15 anos. Esse fato ocorre porque o diagnóstico em crianças é fundamentalmente baseado na situação clínico-epidemiológica e nos achados radiológicos e não na realização de baciloscopia para confirmação do caso². A tuberculose extra pulmonar é mais prevalente em menores de 15 anos, correspondendo a 25% do total dos casos, sendo mais comuns às formas ganglionar, pleural, óssea e miliar¹¹.

O número de óbitos anuais por tuberculose permaneceu elevado no período de 2003 a 2005 com mais de 5.000 mortes/ano¹². O gráfico 2 mostra a distribuição da mortalidade nos estados durante o ano de 2005.

Gráfico 2: Mortalidade por tuberculose em estados brasileiros. Ano 2005



Esse quantitativo expressivo aponta que ainda não se conseguiu reduzir a mortalidade em 2/3 do total de casos, conforme as metas brasileiras, mantendo-se de 5 a 6 mil óbitos/ano e coeficiente em torno de 3/100.000 habitantes. Esse dado pode não refletir a realidade do país, pois há um expressivo número de óbitos notificados por causas mal definidas que varia de 12% na média do país a mais de 20% no Norte e nordeste^{1,11}.

Na análise geral apresenta-se a seguinte situação: o país tem 130 mil adoecimentos ao ano, mas só consegue notificar 100 mil, deixando 30 mil sem diagnóstico e tratamento, mantendo-se como fonte de infecção. Dos 100 mil que fazem o tratamento um número abaixo de 75 mil alcança a cura, ou seja, 20 mil permanecem doentes e mais de 5 mil morrem¹. Se somarmos os 30 mil que ficaram sem diagnóstico aos 20 mil que não conseguiram obter a cura, teremos 50 mil doentes, o que corresponde a quase metade de todos os adoecimentos. Podemos concluir dessa forma, que ainda há muito a ser feito para mudar este quadro tão desfavorável epidemiológica e socialmente.

A situação da tuberculose no Pará

O Estado do Pará tem 6.695,940 habitantes e está dividido em 143 municípios dos quais, onze são considerados prioritários para o controle da tuberculose, a saber: Altamira, Ananindeua, Belém, Breves, Itaituba, Marabá, Marituba, Paragominas, Redenção, Santarém, e Tucuruí¹³. A população no conjunto destes municípios soma um total 3.021,512 habitantes. A taxa de cura nestes municípios em 2004 foi de 74,81%, de abandono 8,33% e de óbito 3,52.

O coeficiente de incidência da tuberculose no estado, em 2004 foi de 55,70/100.000 habitantes. Estudos de coorte dos dados de 2005 mostraram os seguintes índices: incidência de 55/100.000 habitantes, 72% de cura para todas as formas e 76% para os bacilíferos. A detecção foi de 80% com um índice de abandono de 6,7%. O abandono na capital Belém é de 11,3%¹³.

O Programa de Controle da Tuberculose está implantado 86% dos municípios que compõem o Estado do Pará¹³. Os onze municípios prioritários dispõem de 221 serviços de saúde que oferecem o Programa de Controle da Tuberculose, dos quais 169 com tratamento supervisionado, segundo informações da coordenação estadual do programa, assim distribuídos:

Tabela 4: Distribuição das unidades de saúde com PCT e DOTS implantado nos municípios prioritários do estado do Pará, no ano de 2006.

Município	PCT implantado (Unidades Básicas)	DOTS implantado (Unidades Básicas)	%
Altamira	12	12	100
Itaituba	9	9	100
Marituba	11	5	45
Breves	7	0	0
Paragominas	10	10	100
Redenção	8	2	25
Ananindeua	32	26	81
Marabá	15	15	100
Santarém	33	30	90
Tucuruí	13	4	30
Belém	71	56	78
Total	221	169	76

Fonte: Pará. Secretaria Executiva de Saúde Pública. Coordenação Estadual de Pneumologia Sanitária. Pará, 2006.

O município de Belém por ser a capital do estado e apresentar maior quantitativo populacional, destaca-se como o de maior número de casos notificados e o que reúne a maior rede de serviços de saúde. Nas 29 unidades que compõem o Sistema Municipal de Saúde, não há a modalidade supervisionada de tratamento, segundo informações da Gerência Técnica Municipal do Programa, apesar de constarem oficialmente com o DOTS implantado. Com relação ao DOTS, no âmbito do Programa de Saúde da Família de Belém, segundo informação da Coordenação do Programa, cerca de 80% das 96 equipes implantadas no município realizam o tratamento para tuberculose na modalidade supervisionada.

Em um estado com as dimensões geográficas do Pará, com longas distâncias a serem percorridas entre os 143 municípios, seja por via rodoviária ou marítima, assegurar serviços de qualidade, com regularidade na distribuição de medicamentos, oferecer adequado treinamento e acompanhamento do trabalho das equipes de saúde, representa uma tarefa que exige esforço e articulação entre o nível Estadual, Regional e Municipal para conseguir melhores resultados do que estes apresentados.

Um olhar atento à dinâmica do tratamento da tuberculose em unidades básicas

A tuberculose é uma doença curável^{1,2} porém, seu tratamento é longo, podendo durar seis, nove ou doze meses, de acordo com a situação encontrada. É necessário associar no mínimo três fármacos, fato este que causa desânimo nos doentes, pois há a obrigatoriedade da ingestão diária dos remédios, preferencialmente em jejum, para melhor absorção dos fármacos.

Os fármacos anti-tuberculose (tuberculostáticos) podem provocar diversos efeitos colaterais^{14,15,16}. Alguns deles são chamados efeitos menores, sendo os mais comuns:

náusea, vômito, dor abdominal, artralgia, neuropatia periférica e prurido cutâneo, os quais são controlados ou abolidos com mudanças no horário de ingestão ou fracionamento dos remédios e uso de medicamentos que atuam nos sintomas apresentados (sintomáticos) de acordo com cada situação, fazendo com que tais efeitos cessem sem causar alterações significativas no tratamento do doente. Em relação a alguns efeitos transitórios, como o desconforto gastro intestinal muito freqüente no início do tratamento, ou mesmo efeitos permanentes como a febre, mas sem significado clínico importante, são necessárias orientações a cada doente com vistas à adesão do doente ao tratamento, durante sua vigência.

Efeitos colaterais graves também podem ser causados pelos fármacos tuberculostáticos como hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, convulsões, psicose, exantemas, diminuição da audição, anemia, vasculite, entre outros^{1,2}. Quando ocorrem esses casos, é necessário a suspensão das mesmas e monitoração laboratorial e clínica da função orgânica comprometida até que voltem aos valores normais e desapareçam os sintomas. Com a melhora, os fármacos são re-introduzidos um a um, juntamente com o acompanhamento laboratorial, até a normalização do tratamento. Algumas vezes há necessidade de substituir o medicamento que provocou as alterações e incluir injetáveis e novas associações que garantam a cura, o que pode aumentar o tempo de tratamento.

Estas situações são vivenciadas de modos variados pelos doentes. São momentos de insegurança quanto ao sucesso do tratamento, medo da morte, da perda do afeto de familiares e amigos, da disposição para trabalhar, entre outros sentimentos causados pela doença. O tratamento causa alteração em sua rotina, pois precisam ingerir grande quantidade de medicamentos diariamente e por longo tempo, além de conviver com os desconfortos próprios da doença e dos fármacos utilizados, e com as restrições

recomendadas pelos profissionais de saúde, como, por exemplo, evitar bebidas alcoólicas, fumo, observar o repouso e adotar cuidados alimentares.

As indicações terapêuticas e as mudanças nos hábitos de vida nem sempre são fáceis de serem seguidas, podendo causar desânimo nos doentes e, favorecer-lhes a irregularidade, a interrupção ou mesmo o abandono ao tratamento, porque envolvem diversos fatores⁹ nos âmbitos pessoal, familiar, social, cultural e nos serviços.

O abandono ao tratamento é considerado um dos mais sérios problemas no controle da tuberculose e traz como conseqüências a presença dos doentes representada como fonte de infecção e resistência às drogas tuberculostáticas². Essa resistência pode ser de dois tipos: adquirida ou secundária, quando a pessoa doente era inicialmente sensível aos medicamentos, mas, motivada pela irregularidade nas tomadas diárias, abandono ou novo adoecimento após cura, houve a seleção de bacilos resistentes; e resistência primária, quando a pessoa é infectada por cepas resistentes, sem nunca ter se submetido a tratamento anterior².

Dependendo do fármaco ao qual o bacilo é resistente é possível fazer a substituição, e continuar o tratamento com os fármacos disponíveis na rotina. Porém, quando o doente apresenta resistência a mais de dois fármacos nas quais estejam incluídas a rifampicina e a isoniazida, tem-se o diagnóstico de tuberculose multirresistente (TBMR), que exige a transferência para uma unidade de referência especializada em TBMR, onde será feito o tratamento próprio para a situação, com associação de cinco fármacos ingeridos no decurso de 18 meses, mas com uma efetividade menor que às referentes aos esquemas de primeira linha e, a um custo muitas vezes maior².

No âmbito dos serviços de saúde cuidam-se de doentes em uma ampla faixa etária que vai da infância à velhice e com condições socioeconômicas variáveis. Alguns apresentam doenças de base como diabetes, artrite reumatóide e outras, precisando de

manejo diferenciado em relação às orientações dietéticas, controle glicêmico, e tempo de tratamento, pois são doentes imunodeprimidos. Outros têm apoio social precário, solidão, depressão, alcoolismo, situações que interferem na regularidade do tratamento e favorecem desfechos negativos como abandono ou falência aos esquemas disponíveis, o que coloca em risco suas vidas e a dos demais. Caso não recuperem sua saúde, permanecerão como fonte de infecção para a família e a comunidade, além de causarem impacto negativo sobre os indicadores da doença.

Minha aproximação profissional ao tema da atenção ao portador de tuberculose

A problemática tuberculose é parte importante de minha trajetória profissional, além de representar uma séria questão de saúde pública, considerada uma emergência mundial^{1,2} sobre a qual penso existirem lacunas no conhecimento, que podem dificultar a dinâmica da assistência aos portadores desta doença^{14,17}. Tais lacunas que ainda representam grandes obstáculos ao seu controle em vários países, contribuem para manutenção do quadro desfavorável que ainda persiste, com altos índices de abandono e baixa efetividade do tratamento^{14,18}. Compreender como se processam as dificuldades para as pessoas doentes e para os profissionais de saúde, particularmente naqueles que realizam as atividades do programa de controle, é um dos passos necessários para as esperadas mudanças de atitudes que permitem maior efetividade das ações assistenciais.

Em 23 anos como enfermeira, todos dedicados ao trabalho em Saúde Pública, através de atividades de assistência, gerência e ensino de enfermagem, sempre tive uma predileção diferenciada pelas atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento a pessoas portadoras de doenças transmissíveis, em especial a hanseníase e a tuberculose, problemas de saúde endêmicos em meu estado natal, o Pará na região amazônica.

Ao longo desses anos tenho adquirido conhecimentos com treinamentos em serviço, cursos de capacitação, acompanhamento de pesquisas e seus resultados, participação em eventos científicos e, principalmente, aprendido muito com os doentes que representam a fonte originária, a gênese da experiência de viver o processo de adoecimento e, portanto, têm propriedade para expressar o que é ser doente, lutar para vencer a doença e ainda se manterem emocionalmente equilibrados para dar conta de seu papel na família e na sociedade.

Procuro adotar atitudes que favoreçam a aproximação com os sintomáticos respiratórios que buscam os serviços e as pessoas doentes que precisarão iniciar o tratamento. Tais atitudes dizem respeito a uma orientação individualizada sobre os procedimentos necessários ao esclarecimento do diagnóstico, opções de horários para o atendimento com outros profissionais da equipe, esclarecimento de dúvidas para diminuir-lhes a ansiedade frente aos sintomas que apresentam, entre outras. Essas atitudes serão de fundamental importância para estabelecer vínculos de confiança e de co-responsabilização pelo tratamento, porque cada um é respeitado em sua individualidade. Entendo que o afeto é fundamental em nossa profissão, não apenas em sentido moral (gostar de alguém), mas, em sentido original, que é ser afetado pelas situações que se apresentam na vida, e o adoecimento dessas pessoas me afeta de modo significativo porque quando doentes, enfrentam dificuldades maiores em suas vidas, chegando por vezes a parecerem intransponíveis, e por isso, o meu empenho em ajudá-los da forma mais efetiva possível.

Nesse fazer cotidiano, procuro conciliar os aspectos técnicos e normativos necessários ao desenvolvimento do Programa com a individualidade dos doentes porque creio ser fundamental entender como a pessoa se sente por estar doente. Ocorre que estes aspectos normativos, muitas vezes, esbarram nas diferenças pessoais e, se não forem levadas em conta, haverá grande probabilidade de insucesso, e por isso, estou sempre

procurando a forma mais apropriada de lidar com as situações dos doentes, utilizando o conhecimento técnico científico, fundamental para tomar medidas que corrijam os problemas para o seguimento do tratamento.

Como enfermeira e docente acompanho doentes em terapia supervisionada para tuberculose, DOTS (Tratamento Diretamente Observado de curta Duração), tendo antes passado mais de 15 anos assistindo-os em terapia auto administrada (TAA). Vivencio no dia a dia da assistência, as dificuldades encontradas para conduzir o programa da forma mais adequada. Trata-se de dificuldades técnicas na adoção de condutas diagnósticas e terapêuticas por parte dos profissionais^{14,15,19}, de acesso ao serviço, da rejeição ao diagnóstico e tratamento por parte de alguns doentes^{14,16}, momentos em que se faz necessário intervir, mostrando que é fundamental realizar o tratamento no tempo prescrito, pois esta é única maneira de que dispomos atualmente para eliminar a doença.

O tratamento supervisionado enquanto uma estratégia assistencial oportuniza o encontro diário com os doentes, possibilita o diálogo, o incentivo à continuidade do tratamento, mesmo em presença de dificuldades como os sintomas desagradáveis provocados pelo uso dos remédios para algumas pessoas ou a lenta evolução do quadro clínico para outras. Em minha experiência, o espaço assistencial do DOTS pode favorecer a discussão sobre a doença e as dificuldades para as pessoas e para os serviços, no que diz respeito ao êxito do tratamento.

No ambiente assistencial de uma unidade-escola, onde atuo como responsável pelo tratamento de pessoas portadoras de tuberculose, procura-se prestar um atendimento multidisciplinar com participação de outros profissionais como fisioterapeuta, psicólogo, médico, como forma de dar maior suporte ao doente. A presença de estudantes de diferentes cursos (enfermagem, medicina, fisioterapia e terapia ocupacional) estimula que se realizem de modo mais freqüente, palestras educativas formais e conversas informais

sobre o adoecimento, a doença, a transmissibilidade (possibilidade mais preocupante para os familiares), o tratamento, trabalho, sexualidade, lazer, o relacionamento social e familiar, estabelecendo-se vínculos de confiança entre os doentes e a equipe de saúde, e entre os próprios doentes, que permitem a troca de experiências, o estabelecimento de laços de solidariedade e o incentivo àqueles que iniciam o tratamento.

Enquanto unidade de formação profissional para o sistema de saúde, seus profissionais estão empenhados em aprimorar estratégias assistenciais que tragam resultados positivos àqueles que utilizam os serviços. Baseados nessa orientação a equipe está empenhada em usar recursos e meios que permitam que as pessoas em tratamento tenham o mínimo de desconforto possível, e não somente garantir a ingestão vigiada da medicação.

Através da oportunidade de realizar o curso de doutorado e com a intenção de estudar a dinâmica do tratamento para doentes com tuberculose, proponho este estudo pela importância que tem para quem se responsabiliza pela cura de pessoas com tuberculose, a compreensão da dinâmica do tratamento de uma doença que tem um poder devastador, pois a estrutura pessoal e social das pessoas doentes pode mudar radicalmente a partir do diagnóstico. Considero ser fundamental para os serviços e seus profissionais que ambos possam ser efetivos naquilo que se propõem: curar os doentes de tuberculose.

Vemos que os serviços apresentam problemas na concretização do programa que passam por limitações técnicas, dificuldades materiais e de relacionamento entre o profissional de saúde e o doente. Parece haver barreiras de comunicação que impedem o profissional de “ver” os problemas pessoais dos doentes em tratamento, escondendo o que há de essencial no outro que está sendo assistido: como a pessoa se sente por estar doente, o que significa estar tomando remédios “fortes” que comprometem sua qualidade de vida, e qual ajuda necessita para cumprir as exigências que trazem a cura.

A tuberculose enquanto doença situada na pessoa tem características inerentes ao modo de ser de cada indivíduo (orgânicas, culturais e psicológicas), mas também guarda relação com aspectos sociais, dentre os quais o atendimento prestado pelos profissionais de saúde. Considero que estes elementos estão imbricados tanto na decisão pela busca do tratamento como no seu manejo pelo profissional, e as relações que se estabelecem podem ser decisivas para o sucesso ou não do processo de enfrentamento de uma doença de grande impacto existencial como a tuberculose, que envergonha e estigmatiza quem a tem. Com esta reflexão e apoiada na vivência profissional de cuidar de pessoas com este agravo, trago como **objeto** desta investigação, o cotidiano assistencial do tratamento a pessoas portadoras de tuberculose em Unidades Básicas de Saúde de Belém-Pará. Os **objetivos** do estudo foram: compreender o cotidiano da dinâmica assistencial do tratamento a pessoas portadoras de tuberculose; descrever os processos associados ao enfrentamento da doença nos serviços; desvelar o sentido que funda as ações do tratamento para os profissionais e para as pessoas portadores de tuberculose.

Para alcance dos objetivos propostos, estabeleceu-se como questão norteadora do estudo: Como é o seu dia-a-dia assistindo/recebendo o tratamento contra a tuberculose?

CAPÍTULO II

O CONHECIMENTO SOBRE A TUBERCULOSE

Aspectos gerais sobre a tuberculose

Este capítulo traz informações sobre parte do conhecimento existente em tuberculose, os aspectos mais estudados na sua problemática, tais como as manifestações clínicas apresentadas pelos portadores, diagnóstico, tratamento, manejo dos casos e estudos sobre a situação da doença na atualidade.

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que se dissemina através de gotículas de saliva contendo bacilos expelidos por um doente de tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Essas gotículas, quando inaladas por pessoas saudáveis, geralmente em ambientes fechados, provocam a infecção tuberculosa^{1,5}. A probabilidade de o indivíduo vir a ser infectado, e de que essa infecção evolua para a doença, depende de múltiplas causas, destacando-se, dentre estas, as precárias condições socioeconômicas, algumas doenças como diabetes mellitus, silicose, neoplasias e infecção pelo HIV e pelo uso prolongado de corticóides ou outros imunossupressores e uso de drogas. Após a infecção pelo *M. tuberculosis*, transcorrem, em média, 4 a 12 semanas para a detecção das lesões primárias. A maioria dos novos casos de doença pulmonar ocorre em torno de 12 meses após a infecção inicial^{1,2,5}.

A evolução do quadro clínico dependerá de o indivíduo estar sendo infectado pela primeira vez (primo-infecção) ou reinfectado (reinfecção exógena). A primo-infecção pode causar a doença na dependência da patogenicidade do bacilo, da fonte de infecção e das

características genéticas dos indivíduos infectados. Em novo contato, após uma infecção natural ou induzida pela vacina BCG-ID (Bacilo de Calmett Guérin), a resistência dependerá da resposta imunológica e da intensidade do contato^{5,7}. A intensidade do contato é uma das condições que fazem com que a tuberculose esteja associada à população de baixa renda. Nesta camada social, famílias numerosas convivem muito proximamente em casas pequenas, mal ventiladas e úmidas, favorecendo a transmissão do bacilo⁷.

A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente com tuberculose pulmonar, lançam no ar gotículas contaminadas de tamanhos variados. As gotículas mais pesadas se depositam rapidamente e as mais leves permanecem em suspensão no ar, ou porque são pequenas ou porque sofrem evaporação. Somente os núcleos secos das gotículas (núcleo de Wells) com diâmetros de até 5 μ e com 1 a 2 bacilos em suspensão podem atingir os bronquíolos e alvéolos e iniciarem a multiplicação. As gotículas médias são, na sua maioria, retidas pela mucosa do trato respiratório superior e removidas dos brônquios através do mecanismo mucociliar. Os bacilos assim removidos são deglutidos, inativados pelo suco gástrico e eliminados nas fezes. Os que se depositam nas roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersarão em aerossóis e, por isto, não desempenham papel importante na transmissão^{5,7}.

A transmissão se dá enquanto o doente com a forma clínica de tuberculose pulmonar bacilífera não tiver iniciado o tratamento. Com o esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida gradativamente, para níveis insignificantes em 15 a 30 dias. Calcula-se que, durante um ano, um doente bacilífero sem tratamento, infecte de 10 a 15 pessoas em uma comunidade, dependendo da proximidade e intensidade do contato e da favorabilidade do ambiente^{1,2,5,7}. A infecção pelo bacilo da tuberculose pode ocorrer em qualquer idade, mas no Brasil geralmente acontece na infância. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da tuberculose contraem a doença. A infecção tuberculosa, sem doença, significa que os bacilos estão presentes no organismo, mas o sistema imune os mantém sob controle.

Após a inalação, ocorre uma resistência inespecífica do homem contra a instalação dos bacilos, devido, inicialmente, às barreiras físicas como os pelos nasais, à angulação das vias aéreas, o turbilhonamento aéreo, a secreção traqueobrônquica e, o mais importante, o clearance mucociliar. Apesar da relativa eficiência desse sistema de defesa e dependendo do número de bacilos inalados, alguns atingem os alvéolos pulmonares e a infecção tuberculosa tem início. Na prática, a resistência natural parece estar relacionada com a maior ou menor velocidade com que o hospedeiro infectado é capaz de desenvolver sua resistência ou imunidade adquirida específica⁷.

A extrema pobreza, moradia e alimentação inadequadas, promiscuidade e baixa escolaridade estão entre os principais fatores sociais associados à infecção e ao adoecimento, mostrando que a transmissão da tuberculose está diretamente ligada às condições de vida da população^{14,15,20,21}.

No dia-a-dia do atendimento nos deparamos frequentemente com doentes e seus contatos (pessoas que coabitam com um doente bacilífero), em desfavorável condição de vida e, muitas vezes, ficamos limitados em nossa esfera de atuação, pois, enquanto profissionais dos serviços de saúde, sozinhos não conseguimos intervir de modo a produzir impacto em uma situação tão complexa. O serviço de saúde consegue tratar pessoas doentes, mas não consegue mudar os fatores sociais que determinam a doença porque ela também se encontra ligada a causas estruturantes que estão fora da esfera de governabilidade da saúde, por isso, é fundamental garantir não somente o acesso ao diagnóstico e tratamento, mas, que haja ações conjuntas com outros órgãos do campo social que promovam a melhoria das condições de vida dos doentes e da população como um todo^{20,21}.

O bacilo da tuberculose ou bacilo de Koch acomete mais frequentemente os pulmões, seguido dos gânglios, pleura, rins, cérebro e ossos. Cerca de 10% das pessoas infectadas adoecem ao longo de sua vida, quando o sistema imune não mais consegue manter os bacilos sob controle e estes se multiplicam, causando a doença. Doenças de base

como o diabetes mellitus, infecção pelo HIV, afecções renais crônicas, tratamentos com terapias imunossupressoras e estados de desnutrição favorecem a instalação da doença de modo mais precoce^{1,5,7}.

Para o diagnóstico e controle da tuberculose, o método mais largamente utilizado nos serviços de saúde é a pesquisa bacteriológica direta. É um método barato e de fácil execução que permite identificar a fonte de infecção, que nesse caso, é o doente bacilífero. Este exame é precedido pela história clínica do paciente que inclui o contato com portador de tuberculose, presença de sinais e sintomas sugestivos da doença (tosse por mais de três semanas, febre (moderada, de caráter intermitente, geralmente vespertina ou noturna), perda de peso, astenia, dor torácica, dispnéia e sudorese noturna, tratamento anterior para tuberculose e fatores de risco ao seu desenvolvimento como o HIV positivo, diabetes, câncer e etilismo^{1,2,5}.

A cultura do bacilo de Koch com tipificação do microorganismo e teste de sensibilidade às drogas anti-tuberculosas é indicada para casos suspeitos com baciloscopia persistentemente negativa e quadro clínico compatível com a tuberculose, na co-infecção TB-HIV, nos casos de falência aos esquemas de primeira linha e no diagnóstico da TBMR. O raio-x de tórax serve como método complementar de diagnóstico, no acompanhamento do tratamento, na co-infecção TB-HIV e para avaliar os comunicantes. Outros exames como a tomografia computadorizada de tórax e técnicas de biologia molecular, pelo seu maior custo e complexidade encontram-se disponíveis somente em centros de maior complexidade^{2,5}.

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos sensíveis aos fármacos, desde que seja instituída a terapia adequada, de modo ininterrupto e, preferencialmente, com supervisão da ingestão dos medicamentos, priorizando os doentes bacilíferos para eliminação das fontes de infecção^{1,2,5,7}.

Ampliando a discussão sobre o tema

A magnitude do problema da tuberculose fez com que diversos organismos tais como a Organização Mundial de Saúde, o Centers for Disease Control (CDC)-Atlanta, o Banco Mundial, a Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA) e outras instituições se reunissem para criar o programa “STOP TB” e pensar em estratégias para obter soluções para o controle da doença nos países prioritários e naqueles onde ela já estava controlada e passaram a apresentar um aumento do número de casos^{3,6}.

Por seu significado social e epidemiológico tornam-se necessários estudos de natureza experimental que avancem na elucidação dos mecanismos de adoecimento e do controle da doença na população. Do mesmo modo, estudos qualitativos que privilegiem a compreensão da natureza do adoecer na pessoa e a complexidade deste processo, também são importantes, pois, apesar dos avanços tecnológicos e da disponibilidade de meios de diagnóstico e fármacos eficientes, a tuberculose continua avançando nos países pobres, e recrudescendo nos países ricos com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)²².

A tuberculose ao longo dos tempos tem mostrado que se mantém forte, tanto na dimensão individual quanto na social. Ao longo da história as diferentes concepções sobre a doença (hereditariedade, constituição favorável, condições precárias de vida, incluindo moradia, alimentação e trabalho) determinaram o comportamento das práticas de saúde em relação ao seu controle, pois ora o indivíduo era encarado como vítima do desenvolvimento social, ora como culpado por não ter sabido preservar a saúde. Essas representações influenciam, em cada época, as políticas públicas para o controle da doença e o seu manejo nos serviços de saúde²³.

A falta inicial de instrumentos eficazes recomendava o isolamento, mudança de ares e de comportamentos como forma de obter a cura, que era muito baixa. Com a

descoberta dos medicamentos específicos, acreditou-se que o problema da tuberculose seria resolvido, fato que não ocorreu, como mostram os indicadores mundiais da doença²². A disponibilidade de drogas e meios diagnósticos não garantiu a cura de todos os doentes, entre outros motivos, porque ainda são adotadas políticas autoritárias de controle que não levam em conta as perspectivas do doente²³.

Tratar uma pessoa doente não se resume apenas em fornecer a medicação: trata-se de ser humano profissional cuidando de outro ser humano. Este fenômeno precisa ser esclarecido e compreendido. Quando consideramos o outro na sua dimensão existencial, colocamos em prática um modo peculiar de tratar que extrapola a dimensão da tecnologia que habitualmente se utiliza nos espaços assistenciais. Este outro modo leva em conta a dimensão do cuidar que envolve a consideração e a tolerância pela pessoa que busca ajuda e resposta para uma situação ou problema de saúde. Considerar aspectos relativos ao adoecimento, ao tratamento, ao afastamento social, às limitações cotidianas, às condições de vida do doente e a expectativa da cura são fatores determinantes para o sucesso do tratamento que não podem ser ignorados.

O êxito do tratamento depende, em parte, da disponibilidade de profissionais de saúde treinados para fornecer corretamente o diagnóstico, tratar e acompanhar os casos e que sejam comprometidos com a causa da eliminação da doença; da garantia de fácil acesso do doente ao serviço de saúde, laboratório para diagnóstico e controle baciloscópico mensal e fornecimento ininterrupto dos medicamentos. Além desses aspectos organizacionais, atividades educativas que abordem a doença, o tratamento e as conseqüências de sua interrupção ou abandono, e a valorização de queixas referidas pelos doentes, podem estabelecer vínculos de confiança entre a equipe de saúde e a comunidade em geral. A outra parte do êxito do tratamento dependerá do desejo e empenho da pessoa doente para manter-se no tratamento até a obtenção da cura.

No trabalho sobre a experiência da Sociedade de Química Fina para o combate a Doenças Tropicais em uma região pobre no Estado do Rio de Janeiro, Costa Netto mostra a tuberculose como um dos elos de uma cadeia de miséria, completados pela falta de renda, fome, falta de qualificação e educação para o trabalho²¹. O autor oferece sugestões para se chegar à efetiva eliminação da doença, com adoção de novos paradigmas para seu controle, o desenvolvimento de remédios menos tóxicos e ações transformadoras do quadro de miséria, possibilitando aos moradores qualificação e trabalho que gere renda e condições de sustento e recuperação da cidadania²¹.

Diversos estudos epidemiológicos foram desenvolvidos no país com objetivo de medir a magnitude, a transcendência e relevância da doença. O estudo de Nascimento trata da incidência de tuberculose na infância no Sudeste do Brasil, com um modelo descritivo a partir de dados secundários de 40 municípios de uma região entre São Paulo e Rio de Janeiro, com uma população de 1.800.000 habitantes²⁴. A incidência encontrada foi de 10,4/100.000 habitantes, possivelmente por piora da situação sócio-econômica e dos serviços de saúde, abandono de tratamento por parte dos adultos, e falhas na notificação e segmento dos doentes.

O trabalho sobre mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no Rio de Janeiro, mostrou a correlação entre a maioria dos indicadores sócio-econômicos estudados (renda, escolaridade, moradia) e o coeficiente de mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes/ano, reiterando a necessidade de combater as más condições de vida²⁵.

Estudo de natureza epidemiológica sobre o perfil e a evolução dos casos notificados e tratados, por um período de dez anos, em um Centro de Saúde Escola de São Paulo ratificam a maior ocorrência de tuberculose entre os indivíduos do sexo masculino, dentro de uma faixa etária predominante situada entre 30 e 49 anos com apresentação pulmonar bacilífera da doença²⁶. O índice de saída por cura foi de 72,4% e de abandono 12,4%. Este

estudo oferece como sugestão a implantação do tratamento supervisionado para melhorar o desfecho dos casos tratados.

Outra pesquisa, também realizada no estado do Rio de Janeiro, comprovou a ocorrência de subnotificação, diagnóstico tardio e descumprimentos das normas do Ministério da Saúde, principalmente quanto ao esquema de retratamento e a solicitação de teste para o HIV²⁷. Esses fatores contribuem para que o estado detenha os mais altos índices de mortalidade do país (6,7/100.000 habitantes)¹¹.

Os resultados acima citados implicam a questão: o que justifica o descumprimento de uma norma simples e clara como a de retratamento? Que reflexões se pode fazer quanto aos alcances de uma atitude inadequada, principalmente ante o problema da multirresistência? Parece que há dificuldades por parte dos serviços em seguir as normas técnicas disponíveis no manual, o qual contém informações suficientes para tomada de decisões em relação à maior parte dos problemas encontrados no dia-a-dia da assistência entre os sintomáticos respiratórios e os doentes inscritos no programa.

Outros estudos corroboram as situações acima citadas^{18,28,29,30} e mostram a baixa efetividade do programa com altos índices de abandono e de cura, necessidade de implementar atividades da assistência, de investir em capacitação dos recursos humanos responsáveis pelo programa, valorizar o relacionamento com os pacientes e melhorar a qualidade das informações, entre outras.

Há também, dificuldade de acesso ao atendimento nos serviços com conseqüente demora no diagnóstico e no tratamento, apesar dos avanços tecnológicos e dos meios disponíveis para diagnosticar e tratar os portadores^{19,31}. A demora em diagnosticar a doença traz sérias conseqüências em âmbito individual, pois a doença continua em processo de evolução e causará danos proporcionais ao tempo de espera pelo diagnóstico e que influirão em sua qualidade de vida pós-cura, com a instalação de seqüelas. Essa pessoa

doente e sem tratamento permanece como fonte de infecção para seus contatos, e assim, mantém-se a cadeia de transmissão da doença.

O desconhecimento sobre a doença afeta a realização do tratamento e o modo como o doente se relaciona social e familiarmente^{26,32}. Como ele geralmente desconhece os modos de prevenção, há tendência ao afastamento como forma de evitar o contágio em outras pessoas. Muitos aspectos das suas necessidades humanas básicas se tornam deficientes, principalmente aqueles ligados ao afeto, a sexualidade e a convivência próxima às pessoas, já que estas também sentem medo de adoecer. O conhecimento sobre a doença, o modo de transmissão e de prevenção são considerados elementos essenciais para o atendimento e favorecem a adesão ao tratamento^{2,14}, e parecem pouco valorizados.

Estudo na área de enfermagem com portadores de tuberculose em tratamento, utilizando o método de representação social mostrou a doença como curável. No entanto, o medo da morte é um sentimento que acompanha os doentes, principalmente na presença de tosse com hemoptise, sendo freqüente o auto-isolamento da família e dos amigos por se considerarem nocivos ao bem estar comum³².

Estudo descritivo com pessoas que realizaram retratamento motivado por abandono ou recidiva no município de Campinas-SP apontou, entre outros resultados, a predominância de abandonos em relação às recidivas, alto índice de tratamento irregular entre os recidivantes, situações que podem propiciar o desenvolvimento de resistência aos medicamentos e que encontram explicação na “falência” dos serviços de saúde¹¹. Ruffino Neto cita exemplos da Paraíba e de Cuiabá, locais que tiveram significativa redução em seus percentuais de abandono (12% para 1,9% e 50% para 4%, respectivamente) apenas com alterações em seus processos de trabalho (implantação do tratamento supervisionado,

envolvimento de gestores, coordenadores e equipes de saúde) sem precisar mexer nas estruturas do serviço⁶.

Os estudos até aqui apresentados não esgotam a ampla literatura existente a respeito do tema, mas apresentam parte de como o tema da tuberculose vem sendo tratado na pesquisa na área da saúde. Os estudos experimentais e epidemiológicos ainda são predominantes, o que reforça a necessidade de investigar a tuberculose não somente para obter-se dados acerca da generalização da doença, mas como forma de aplicarmos o conhecimento que eles proporcionam em prol da realização da pessoa que cuidamos.

O tratamento medicamentoso da tuberculose

Desde 1979 o Ministério da Saúde² preconiza dois esquemas de tratamento: um de primeira linha, para doentes virgens de tratamento, o Esquema I e um de reserva, o esquema III, para os casos de falência ao esquema I. Para os casos de meningoencefalite tuberculosa é indicado o esquema II, com duração de nove meses associado de corticoterapia sistêmica por quatro meses. Em 1995, foi instituído o esquema I reforçado (IR) para os casos de retratamento motivados por abandono ou recidiva².

O esquema I tem duração de seis meses dividido em uma fase de ataque (dois meses) com uso de rifampicina (R), isoniazida (H) e pirazinamida (Z) e uma fase de manutenção (quatro meses) com rifampicina e isoniazida. O esquema III dura doze meses com três meses de uso de estreptomicina (S), pirazinamida (Z), etambutol (E) e etionamida (Et), e nove meses de etambutol e etionamida. O esquema IR tem duração de seis meses dividido em uma fase de dois meses com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol e quatro meses de rifampicina, isoniazida e etambutol^{1,2}.

Estes regimes de tratamento considerados de curta duração foram adotados a partir de 1979 em regime ambulatorial, diário e auto-administrado, modalidade que se mantém até os dias de hoje². Em 1996, o Ministério da Saúde passou a recomendar a adoção da terapia supervisionada dos medicamentos, pelo menos três vezes por semana na primeira fase do tratamento e duas vezes na segunda fase, medida importante para diminuir o abandono ao tratamento aumentando sua efetividade^{2,6,33}, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. A adoção dessa modalidade de tratamento no país se deu a partir de 1998.

Para os pacientes não curados com estes esquemas, chamados de tuberculosos multirresistentes, o Ministério da Saúde recomendou, a partir de 2000, a adoção de um esquema alternativo, com duração de 18 meses, sob supervisão, com as seguintes drogas: amicacina por 12 meses, ofloxacina, terizidona, etambutol e clofazimina por 18 meses².

Uma das estratégias mais recomendadas pela OMS^{5,6} e outros organismos internacionais envolvidos na luta contra a tuberculose é o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS). Em diversos países com taxas de cura abaixo de 50% como China, Peru e Bangladesh, a adoção do tratamento supervisionado³ elevou as taxas de cura numa proporção de 80% a 95%.

O tratamento diretamente observado de curta duração (DOTS) é fator essencial para se promover o real e efetivo controle da tuberculose^{5,6}. DOTS compreende um conjunto de medidas definidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde baseadas em cinco elementos:

- Compromisso político com a implementação e sustentabilidade do programa de controle da tuberculose;
- Detecção de casos, por meio de baciloscopia de escarro, entre sintomáticos respiratórios da demanda dos serviços gerais de saúde;

- Tratamento padronizado, de curta duração, diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução, para todos os casos com baciloscopia de escarro positiva;
- Provisão regular de medicamentos tuberculostáticos;
- Sistema de informação que permita avaliar a detecção de casos, o resultado do tratamento de casos individuais e o desempenho do programa.

O DOTS tem como principal sustentáculo à observação direta da tomada de medicamento para tuberculose em pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana, até o seu final. Objetiva aumentar a adesão ao tratamento, intensificar o diagnóstico entre os bacilíferos (as fontes de infecção), aumentar a cura e reduzir o risco de transmissão da doença^{5,6}.

A coordenação do Programa recomenda como estratégia importante para o controle da tuberculose a descentralização de suas ações e integração ao processo de trabalho da atenção básica, incluindo o Programa Saúde da Família (PSF). Com estas medidas objetiva-se garantir a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento. O tratamento supervisionado deve ser priorizado para todos os casos de tuberculose pulmonar positivos ao escarro. A supervisão da ingestão dos medicamentos deve ser realizada em local de escolha do paciente, que pode ser a unidade de saúde, a residência ou o local de trabalho, podendo ser administrada por um trabalhador de saúde ou familiar devidamente orientado para essa atividade^{1,5,6}.

A hospitalização é indicada somente em algumas situações especiais como: meningite tuberculosa, indicações cirúrgicas em decorrência da doença, complicações graves, intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório, intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas graves, estado geral que não permita tratamento em ambulatório, em casos sociais, como ausência de residência fixa, ou grupos especiais, com maior possibilidade de abandono, especialmente se for caso de retratamento ou falência. O período de internação

deve ser reduzido ao mínimo necessário, independentemente do resultado do exame bacteriológico^{1,5,7}.

No Brasil, a adoção do tratamento supervisionado se deu a partir de 1998, contudo, sua cobertura ainda é baixa. Dados da OMS informam que até o ano de 2000, somente 32% da população brasileira que adoeceu de tuberculose teve acesso ao tratamento supervisionado^{6,31}.

O tratamento supervisionado é um modo diferente de administrar os medicamentos antituberculose no qual o profissional de saúde ou cuidador observa o paciente ingerir os medicamentos do início ao fim tratamento, sem mudanças no esquema terapêutico. A estratégia deve ser conduzida por equipe de saúde treinada e comprometida, dispor de laboratório equipado e sistema de informação para acompanhar o tratamento das pessoas, evolução clínica e resultados e oferecer incentivos aos doentes como alimentação e transporte. Esta modalidade de tratamento trabalha com a co-responsabilização pela cura entre o doente e o serviço de saúde³⁴.

Devem ser priorizadas para DOTS as seguintes situações: doentes bacilíferos, abandonos de tratamentos anteriores, recidivas, alcoolistas, drogaditos, pessoas com precário apoio social, co-infectados TB/HIV, detentos e outras pessoas que vivem em instituições fechadas tais como asilos e albergues^{2,5,7}. Também é importante considerar que na organização da estratégia DOTS deve haver flexibilidade no atendimento, conciliando as necessidades dos doentes às condições de operacionalização do serviço com definição conjunta sobre a melhor alternativa para observar a ingestão dos medicamentos. Melhorar a busca de casos, examinar os comunicantes e acompanhar adequadamente o tratamento das pessoas doentes com avaliação clínica e baciloscópica e atenção aos aspectos pessoais e sociais destes são também elementos fundamentais para uma boa assistência e que influenciam na adesão ao tratamento.

Esta modalidade pode favorecer a não-interrupção do tratamento pela garantia da correta ingestão diária dos medicamentos e traz benefícios indiscutíveis tais como: curar os doentes, diminuir a possibilidade de agravamento e a necessidade de internação, evitar a multirresistência e restabelecer as atividades cotidianas em poucos dias. Também previne o surgimento de novos infectados pela cura das fontes de infecção²⁰. O emprego de tratamento supervisionado objetiva modificar o perfil epidemiológico da tuberculose. Sua efetividade sem necessidade de hospitalização torna o tratamento de baixo custo, com diminuição das taxas de abandono, elevação das taxas de cura, e redução da transmissão e do risco de desenvolvimento de resistência às drogas²⁰, mostrados em estudos abaixo.

Experiências de implantação do tratamento supervisionado em alguns municípios de São Paulo^{35,36} e no município do Rio de Janeiro³⁴ mostraram resultados positivos em relação à organização dos serviços, maior adesão dos portadores ao tratamento e menores taxas de abandono. Esses resultados, aliados às experiências mundiais^{37,38,39} levaram o Ministério da Saúde a recomendar essa estratégia para os serviços de saúde como forma de alcançar as metas pactuadas com a OMS para eliminação da tuberculose^{2,33}.

A análise do tratamento supervisionado implantado em um município de São Paulo com o objetivo de caracterizar o processo de construção e organização desta prática sob a ótica dos profissionais de saúde envolvidos no processo de trabalho, concluiu que a estratégia DOTS possibilita a reorganização das ações da equipe, reestrutura rotinas internas e promove a redefinição de funções e papéis, estabelecendo novas relações de trabalho³⁵.

Ensaio clínico randomizado, controlado, multicêntrico, realizado em duas unidades de saúde no Brasil, com objetivo de determinar a efetividade de um esquema de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, em comparação com um esquema intermitente auto-administrado e um terceiro regime diário auto-administrado para tratar

tuberculose no Brasil, não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre as modalidades comparadas com relação à efetividade⁴⁰.

Estudo realizado sobre a adesão ao tratamento da tuberculose mostrou a importância de se compreender que há fatores de diversas naturezas envolvidos na adesão ao tratamento que passam pelas concepções sobre a doença, condições sociais, familiares, gênero, crenças populares e reações aos medicamentos, entre outros. Mostrou também que as preocupações se voltam para a clínica, deixando de fora o ponto de vista do paciente bem como o seu contexto social¹⁶.

Uma pesquisa qualitativa sobre o tratamento supervisionado para tuberculose sob a percepção do doente mostrou que as maiores vantagens (fortalezas) percebidas no processo de adoecimento e no tratamento foram: a medicação gratuita, o fornecimento de cesta básica e vale transporte³⁶. A supervisão da tomada dos medicamentos através da visita domiciliar permite o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e os doentes e suas famílias. As desvantagens (debilidades) foram: a fiscalização na ingestão dos medicamentos e a dependência do horário da visita para ingestão dos medicamentos. Entre outros resultados, o estudo mostrou que são reconhecidos como fatores de adesão ao tratamento a família, ao exercer incentivo e apoio ao doente, e a equipe de saúde, ao prestar assistência de qualidade.

A implantação da estratégia DOTS na cidade do Rio de Janeiro apontou resultados favoráveis em dois anos de desenvolvimento de projetos piloto. Concluiu-se que o índice de cura entre os casos novos que realizaram tratamento supervisionado foi de 81%, contra 71% entre os casos novos que realizaram tratamento auto-administrado. A adoção do DOTS também melhorou a qualidade do programa nos locais onde a estratégia foi implantada neste município³⁴.

A avaliação da eficácia da estratégia DOTS em um serviço municipal de saúde mostrou que, com essa modalidade de tratamento, foi possível atingir 85% de cura entre os doentes tratados e diminuição de 50% na taxa de abandono de tratamento em relação ao índice brasileiro⁴¹. O resultado desse e dos outros estudos aqui citados, mostram a necessidade de adoção do DOTS como uma importante medida para melhorar a qualidade do Programa de Controle da Tuberculose e alcance de metas aceitáveis.

Ao fazer uma comparação entre a terapia auto-administrada na qual o doente comparece ao serviço uma vez ao mês e é responsável pela tomada diária dos medicamentos, e a terapia supervisionada onde se mantém contato freqüente com o doente, pode-se dizer que as vantagens desta em detrimento daquela, são inegavelmente maiores no que diz respeito ao manejo da situação, considerando que na terapia auto-administrada as pessoas doentes assumem sozinhas os possíveis inconvenientes e dificuldades do tratamento, como os efeitos adversos das drogas que favorecem a irregularidade no seu uso e o conseqüente abandono do tratamento.

Os trabalhos até aqui citados mostram que é possível melhorar a qualidade do programa de controle da tuberculose, com impacto favorável na sociedade e nos indicadores da doença no Brasil. A tecnologia para o controle é conhecida e encontra-se disponível. Há, porém, necessidade de ampliar ações a todos os municípios e investir mais na qualificação profissional para o manejo da doença, aliada às ações intersetoriais que interfiram em outros fatores de adoecimento, entre os quais o acesso à educação, trabalho, renda e alimentação adequadas.

Reforçando a idéia da importância do esforço conjunto para vencer a tuberculose vale destacar a afirmativa de Ruffino Neto⁴² quando diz:

“A desigualdade social é o componente mais importante na compreensão do problema da tuberculose, pois, esta gera pobreza e todas as suas conseqüências: más condições de vida, de nutrição, de educação, etc. tornando as pessoas vulneráveis ao adoecimento” (p. 308).

O autor fala também do desafio que é compreender a carga da tuberculose e que as metodologias do tipo quantitativas mostram-se insuficientes para responder a questões tão complexas, considerando que também é necessária a utilização de metodologias qualitativas para avançar na compreensão desta doença.

Desenvolver pesquisas de natureza compreensiva nos parece oportuno e pertinente quanto ao tema da tuberculose como forma de ampliar a compreensão sobre a doença, suas concepções e significados, sobre o processo de adoecimento, a decisão de aderir ou não ao tratamento e os fatores envolvidos nesta atitude bem como a condução adequada dos casos, valorizando-se a singularidade em um programa que oferece normas padronizadas a todas as pessoas doentes. Essa compreensão é necessária tanto para as pessoas portadoras em tratamento como para os profissionais que atuam no programa de controle desta doença^{14,16,17}.

É inegável que os serviços de saúde precisam ampliar o acesso das pessoas ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose, bem como oferecer serviços de qualidade através de capacitações e atualizações das equipes de saúde, porque o conhecimento é fundamental para a adoção das medidas pertinentes a cada caso, evitando-se o surgimento da multirresistência às drogas e o sofrimento humano¹⁵. Também é fundamental compreender que o homem não pode ser reduzido somente aos aspectos técnicos inerentes ao manejo do tratamento, deve-se também considerar a sua humanidade, sua história.

O serviço de saúde tem grande importância na resolução do problema da tuberculose em sua esfera de atuação. Entretanto, os outros elos que compõem a cadeia de miséria desta doença precisam ser desfeitos, entre eles a falta de educação, de qualificação para o trabalho e para a obtenção de renda, de condições de acesso à moradia adequada, alimentação e a outras necessidades básicas. Como pode ser constatado, serviços de qualidade, DOTS e outras providências no âmbito da saúde não são suficientes, sozinhas,

para resolver esta grave questão de saúde pública, contudo, são as medidas que cabem aos serviços.

Compreendo que o DOTS ou qualquer outro modelo de abordagem adotado para o controle desta doença, apresentará sempre limitações, porque estão em jogo relações humanas complexas e aspectos como o risco de morte, de novos adoecimentos, (des) compromisso, desconforto, perdas e a expectativa da cura. Qualquer estratégia que estiver pautada exclusivamente na ciência biomédica e desconsiderar os elementos constitutivos da vida humana haverá o risco de apresentar sempre uma probabilidade de insucesso, pois o homem tem múltiplas aspirações, necessidades e diferentes constituições, tanto que é chamado de indivíduo, aquele que não se divide, que é **único**.

CAPÍTULO III

O REFERENCIAL FILOSÓFICO E O METODO DO ESTUDO

A fenomenologia como o caminho para investigação

O convívio com portadores de tuberculose em tratamento diário com terapia supervisionada e mensal com a auto-administrada tem-me levado a refletir sobre o modo como ocorre, geralmente, a assistência nos serviços de saúde. Conciliar os aspectos técnicos e normativos do Programa com a singularidade do homem, é um desafio para quem deseja compreender a dimensão e o significado da doença para quem a tem. Neste sentido, a fenomenologia se apresenta como uma alternativa viável à consecução deste objetivo.

A fenomenologia é uma possibilidade de investigação apropriada ao conhecimento e compreensão da estrutura vivencial do homem, aqui neste estudo, como uma enfermidade severa, indo ao encontro do profissional de saúde em busca de solução para o seu problema. Heidegger⁴³ diz que em sua essência, o homem é “necessitado de ajuda, porque está sempre em perigo de se perder e de não dar conta de si mesmo”.

Se pensarmos no homem vivendo com tuberculose, essa necessidade vem sob a forma de entrega ao tratamento. Tratar a pessoa com tuberculose é parte das obrigações cotidianas do profissional e também um dos seus modos de ser no mundo: ocupando-se com o outro. A ajuda se realiza basicamente por meio do tratamento medicamentoso, quando poderia alcançar outros aspectos constitutivos da existência: o cuidado, o zelo, a compreensão.

Sobre a pertinência do enfoque fenomenológico em estudos de natureza compreensiva Forghieri⁴⁴ fala que:

[...] “o enfoque fenomenológico como aquele que realmente abarca o existir humano em sua totalidade, abrangendo a tristeza e a alegria, a angústia e a tranqüilidade, a raiva e o amor, a vida e a morte, como pólos que se articulam numa única estrutura e cuja vivência dá a cada um dos extremos, aparentemente opostos, o seu real significado” [...]. (p. 9)

Malveira⁴⁵, em seu estudo sobre o cuidado de crianças em serviços básicos de saúde, destaca que a fenomenologia é uma ciência descritiva que descreve o existir humano, recuperando-o em sua estrutura fundante. Essa recuperação é a busca do sentido encoberto por trás de um fazer rotineiro e mecânico, seja por parte dos profissionais ou pelos doentes.

O princípio básico da fenomenologia⁴⁶ é “ir às próprias coisas” (p.11), ir ao próprio fenômeno para desvendá-lo tal como “se mostra em si mesmo”, independente de teorias a seu respeito, partilhar de sua gênese, colocando-se na mesma dimensão e interesse dele. Para Martins e Bicudo⁴⁶, a fenomenologia é um modo ‘radical’ de pensar, quando busca em seu movimento próprio, “estabelecer uma nova perspectiva para ver o fenômeno” (p.11), partindo de um olhar atento, um olhar que ‘vê’ o ser dos entes colocando-se de imediato no mesmo horizonte destes. Olhar atentamente para um fenômeno familiar como a rotina do tratamento de tuberculose, significará a possibilidade de transcendê-lo (prerrogativa exclusiva do homem) possibilitando melhores resultados.

A origem da fenomenologia

Franz Brentano foi o precursor da fenomenologia ao resgatar o conceito de intencionalidade da filosofia tomista, no final do século XIX. Para Tomás de Aquino⁴⁷, há duas formas de existência: as coisas existindo fora da alma (*extra animam*) e as coisas existindo na alma (*in intellectum*). A verdade surge da correspondência entre as coisas criadas e o intelecto. Brentano⁴⁸ procurou estabelecer critérios de demarcação entre

fenômeno físico (processos fisiológicos, somáticos) e fenômeno mental. Estes são dados da consciência e se revelam para a consciência. Somente o fenômeno mental tem a propriedade de ser intencional e a peculiaridade de estar dirigido intencionalmente para o objeto. Portanto, intencionalidade é ser objetivo em sentido imanente porque o ato mental contém em si o objeto (conteúdo) para o qual ele está voltado: in-existe como tal no próprio ato mental.

Husserl, que foi discípulo de Brentano, conservou a idéia básica de que a intencionalidade é a característica peculiar da experiência de ser consciente de alguma coisa não, porém, como característica dos fenômenos mentais⁴⁹. Afasta-se então das idéias psicologizantes de seu mestre e rompe com a idéia de intencionalidade imanente. Para Husserl a intencionalidade não é imanente, pois o referencial é externo à consciência. Portanto, deve haver elementos no conteúdo fenomenológico de um ato mental que determinem no próprio ato o tipo de relação (representação, julgamento, percepção, lembrança, sensação), tomando-o como objeto de uma representação, como percepção, lembrança, algo que está para além de suas fronteiras.

Husserl⁵⁰ anunciou o surgimento de uma fenomenologia transcendental e não meramente descritiva, psicológica, no modo como se percebe um eu empírico que tem vivências variadas acerca de um mundo constituído, posto diante de nós, sem atitude crítica. Esta é a consciência do senso comum que não evidencia a existência do mundo, não compreende nem justifica sua constituição.

O filósofo adota o método e a atitude fenomenológica como modo de captar o mundo como essência (fenômeno). É a máxima husserliana “às coisas mesmas”, modo de ver capaz de mostrar as características essenciais das coisas, principalmente sua substancialidade. Todo o esforço de Husserl foi voltado para criar uma ciência rigorosa que tinha como propósito compreender o conhecimento, a validade, a justificação, a

possibilidade, ver a totalidade dos fenômenos para que o verdadeiro possa se mostrar e chegar à essência do conhecimento⁵¹. Para Husserl, a fenomenologia é uma construção da consciência intencional. Este é um ponto de diferença com Heidegger, que diz: para que haja consciência intencional, já tem que ter havido fenomenologia, já tem que ter se instalado e se articulado em relações uma série de fenômenos. Mais originária do que a intencionalidade constitutiva da consciência, o que elabora a fenomenologia é o próprio fenômeno. Desse modo, o fenômeno é a própria fenomenologia e só por isso é que a consciência intencional pode reconstruir o que o fenômeno já tem edificado e proposto por ser e para ser fenômeno.

Martin Heidegger, discípulo de Husserl, afasta-se então das idéias do mestre no que diz respeito ao princípio da fenomenologia: “às coisas mesmas”. Para Husserl o princípio é a consciência e sua intencionalidade, para Heidegger é o ser do ente em seu movimento de desvelamento e ocultação⁵².

A fenomenologia de Heidegger

Para Heidegger⁵³, a fenomenologia é o caminho para a compreensão do sentido do ser, “por deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo” (p.65). Ver a coisa no mundo e no modo em que ela se dá (na mesma dimensão), em seu sentido vital, existente, no universo de sentidos no qual ela se encontra mergulhada.

O ser é pressuposto de transcendência porque se move para além dos limites que definem as características dos gêneros, espécies e indivíduos para realizar sua humanidade. A dinâmica de realizar sentido é a força de realização do homem. O sentido do ser nunca acaba. Todo homem, de alguma forma (na vida cotidiana, no trabalho, na filosofia, na arte, na doença), vive a força movente desta situação a qual está na base de todo

questionamento⁵³. O homem está sempre abrindo possibilidades de novas experiências. Por isso, nossa identidade não é acabada, é construída de modo contínuo. Não ser também faz parte do nosso existir e corresponde aos atropelos de nossas realizações, portanto, o conceito de ser é indefinível e decorre de sua transcendência, mas, é evidente por si⁵³.

O significado do ser não é um mistério que “jaz atrás do ser”, mas “simplesmente o sentido, seja qual for o termo existente no interior de nossas linguagens e compreensões originárias”⁵⁴. Ser é força, princípio de realidade e deve ser visto a partir do âmbito em que o ente opera sua realidade, o faz ser o que é. Atrás dos fenômenos da fenomenologia nada existe porque o fenômeno já é a própria causa do real.

Ao ser de cada um de nós, Heidegger denominou *Da-sein*, *Pre-sença*, abertura para o mundo, modo de ser do homem, ente dotado de privilégio ôntico (modo de realização concreto) e ontológico (a fonte, o princípio que possibilita a realização) porque seu modo de ser concreto é a compreensão de seu modo próprio de ser. É privilegiado porque é regido por leis próprias, específicas que marcam sua identidade. É capaz de se interrogar, conceituar, fundamentar, estabelecer relações, compreender-se a partir de sua existência como um ser de possibilidades. A *Pre-sença* se encontra lançada nessas possibilidades e nelas realiza seu *pro-jeto*, seu poder ser através da cura⁵³.

As possibilidades da *Pre-sença* são vividas no mundo, que é seu atributo. Mundo e homem formam uma estrutura originária, inseparável e totalizante; é a única forma de existir do homem. *Ser-no-mundo* é um fenômeno de encontro, de compreensão de colocar-se na dimensão própria das coisas, é a estrutura existencial fundamental constitutiva da *Pre-sença*, onde ela exerce seus diferentes modos de ser, de modo compartilhado e com capacidade de compreender sua própria existência e a ela dar significado⁵⁵. *Ser-com* é a forma como o ser se relaciona, atua, pensa, e vive com seus semelhantes, é uma estrutura de realização⁵³.

Para Heidegger, o ponto de partida da análise da *Pre-sença* é o cotidiano, o modo de vida básico, habitual e banal do homem (instalado no feito) no dia-a-dia de suas ocupações e pre-ocupações, onde já ocorre uma compreensão pré-reflexiva de seu existir⁵³. O cotidiano é o ponto de ligação entre o homem e o mundo, o espaço dos relacionamentos sociais, afetivos, familiares e profissionais, é onde o ser se encobre ou se mostra, por isso, é tomado como ponto de partida da análise deste ser.

O cotidiano é um espaço relacional privilegiado onde a *Pre-sença* assume diferentes modos de ser, cada um com sua orientação prévia. Trata-se de um espaço que tem caráter de publicidade, de coisa pública, conhecida e que tenta uniformizar, encobrir e responder por todos. É paradoxal, pois as diferenças pessoais sejam de caráter biológico, social ou existencial teimam em se revelar diante de procedimentos padronizados como os que rotineiramente são feitos nos serviços.

A cotidianidade é o indiferente “antes de tudo e na maioria das vezes”. Pelo fato de ser parte de nós ela geralmente é ignorada⁵⁶. “Aquilo que é onticamente mais próximo e mais familiar é ontologicamente o mais distante, desconhecido e constantemente ignorado em seu sentido ontológico” (p. 25). Nesta cotidianidade habitualmente não interpretada por todos nós, estamos sempre nos encontrando com os outros e neste encontro estabelecemos relações mais ou menos significativas.

O espaço assistencial do DOTS aponta essas diferenças pelo contato diário com os doentes, possibilitando equilíbrio entre as normas padronizadas e as diferenças pessoais. Esse é um espaço decisivo em que pode ser estabelecido um compromisso entre o doente e os profissionais de saúde; é a diferença entre um tratamento irregular com possibilidade de abandono, falência, seleção de bacilos multi-resistentes, óbito ou um tratamento bem conduzido com cuidado e zelo para com as pessoas doentes, comprometidos com seu bem-estar e que lhes proporcione a cura.

O modo padronizado de assistir observado na rotina dos serviços de saúde corresponde ao modo de ser do impessoal, do neutro, vivido na cotidianidade mediana⁵³. “O impessoal, que não é nada determinado, mas que são todos, embora não como soma, prescreve o modo de ser da cotidianidade” (p.179). O cotidiano é vivido de modo normal, nivelando todas as possibilidades de ser. “Toda primazia é silenciosamente esmagada” (p.180), banalizada, como se já fosse compreendida. A singularidade dos sujeitos é sufocada e atraída para um modo de ser que não exige a responsabilização, pois o impessoal se responsabiliza e responde por todos de modo superficial e facilitado. O quem da convivência cotidiana é o ninguém, o *a gente*. Ao contrário, assumindo o modo libertador como direção prévia, abre-se em novas possibilidades para o homem crescer e cumprir as possibilidades dentro daquelas em que ele se acha mergulhado, existencialmente constituído, como *ser-com*.

O método fenomenológico de Heidegger

O método fenomenológico de Heidegger é a descrição da gênese do fenômeno, da estrutura da vida, descrição de essências, de modos de ser tornando-os visíveis, é “ir às coisas”, deixando que estas dirijam a investigação. O termo fenomenologia deve ser explicitado, clarificado, para ser adequadamente compreendido. A palavra fenômeno (*fainomenon*) significa o que se mostra, se revela e pertence à raiz *fainestai* que é a forma média de *faino*: trazer à luz do dia. *Faino* pertence à raiz *fa*: luz, claridade, o meio em que alguma coisa pode se revelar e se tornar visível a si mesmo (como compreensão de realidade)⁵⁷. Portanto, fenômeno é o que se mostra em si mesmo, desde si mesmo e significa um modo privilegiado de realização, de encontro com a própria coisa, sem

mediação, na qual o homem vê sentido, força de realização do que se mostra dela passa a fazer parte⁵³.

O logos é o sentido a partir do qual se vê (no sentido de compreender). Logos fala e mostra, revela disso que se fala a partir do que se fala (apofanses). O ser verdadeiro do logos retira do seu velamento o ente sobre o qual se discorre, é descobrir como realização histórica. Portanto, logos é fala (mostra a partir de...), razão (puro deixar e fazer ver), verdade (desvelamento)⁵³.

Para Heidegger⁵³ fenomenologia significa “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo” (p.65). É a via de acesso para a compreensão do ser dos entes, que se encontra velado ou só se mostra desfigurado, mas que pertence essencialmente ao que se mostra diretamente e na maioria das vezes, a ponto de constituir o seu sentido e seu fundamento. Neste método, questiona-se o ente para desvelar o ser. “Questionar é procurar cientemente o ente naquilo que ele é e como ele é” (p. 30). Em seu conteúdo mais próprio deve esclarecer o ser das coisas tornando visível o que raramente se mostra: a essência.

Na investigação da estrutura formal da questão do ser, três pólos se articulam. O **questionado**, aquilo que questionamos e que é o ponto de partida do questionar. O **perguntado** que é o sentido do real, ainda desconhecido para nós e o **interrogado**, aquilo que interrogamos para obter a respeito do questionado. É a articulação do questionado com o perguntado que torna possível a abertura para o sentido do ser. É a integração entre o que eu sei com o que eu não sei^{53,58}.

Busquei desvelar o sentido do ser dos entes, o portador de tuberculose e o profissional que atua com o tratamento, sentido este que não se mostra em sua essência, mas se encontra contido em suas realizações e, a partir do desvelamento obtido, compreender o que se passa na dinâmica do cotidiano assistencial do tratamento.

Apresentando os sujeitos da pesquisa

Participaram deste estudo 42 sujeitos, entre pessoas doentes em tratamento de tuberculose e profissionais de saúde, os quais constituíram dois grupos, o de profissionais denominado Grupo I e o dos doentes em tratamento, denominado Grupo II.

O Grupo I foi composto por 21 profissionais de saúde que exercem atividades assistenciais no Programa de Controle da Tuberculose em três Unidades Básicas de Saúde. Os critérios para participação no estudo foram: atuar nas ações do Programa e concordar em conceder a entrevista. Foram entrevistadas oito enfermeiras, três médicos clínicos, duas médicas pneumologistas, três assistentes sociais, uma psicóloga, três técnicos de enfermagem, sendo dois homens e dezenove mulheres. Excluiu-se do estudo os profissionais que se encontravam afastados do trabalho por motivo de férias, licença ou outra razão no período da obtenção dos dados.

O Grupo II foi composto por 21 pessoas portadoras de tuberculose em tratamento há pelo menos 30 dias, nas modalidades auto administrada e supervisionada, maiores de 18 anos, incluindo os casos novos, abandonos de tratamentos anteriores, recidivas e falências. Estes dois critérios determinaram a inclusão dos sujeitos no estudo, considerando-se que por se tratar da descrição de uma experiência vivencial sobre o tratamento da tuberculose, os participantes precisariam ter uma reflexão sobre a mesma para poderem expressar seu vivido. Foi uma amostra intencional que se propôs a ser representativa da vivência de realizar o tratamento para tuberculose, abrangendo a fase inicial e a fase de manutenção.

A composição do grupo segundo a faixa etária ficou assim distribuída: onze pessoas na faixa de 20-29 anos, quatro na faixa de 30-39 anos, três na faixa de 40-49 anos, um na faixa de 50-59 anos e dois na faixa de 60 anos e mais. Quanto ao sexo onze eram do sexo feminino e dez do sexo masculino. Em relação à ocupação participaram do estudo:

desempregados, pescadores, bancários, autônomos, enfermeiros, militares, estudantes e donas de casa.

Cenários e dinâmica de atendimento aos doentes de tuberculose

Este estudo foi desenvolvido nas Unidades Municipais de Saúde do Telégrafo e do Guamá, e no de Saúde no Centro de Saúde Escola do Marco/UEPA, instituição pública pertencente à Universidade do Estado do Pará. Trata-se de serviços de saúde que realizam as atividades do Programa de Controle da Tuberculose nas modalidades auto-administrada e supervisionada no município de Belém.

Unidade Municipal de Saúde do Telégrafo

A Unidade do Telégrafo é uma Unidade Básica de Saúde localizada no bairro do Telégrafo e oferece emergência para as 24 horas e programas de saúde preconizados pela Política de Atenção Básica através da Portaria GM 648 de 28/03/2006 do Ministério da Saúde, voltados para a eliminação da Hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e diabetes mellitus, a saúde da mulher, do idoso, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança e a saúde bucal. Dispõe de equipes multiprofissionais para atendimento de emergência e para atenção básica. A unidade possui laboratório próprio de análises clínicas, e também é a referência para quatro Equipes de Saúde da Família, sendo que, uma destas funciona nas dependências da própria Unidade.

Nesta Unidade o Programa de Controle da Tuberculose funciona do seguinte modo: os sintomáticos respiratórios são atendidos por demanda espontânea, momento em que o profissional solicita a microscopia direta do escarro em duas amostras. O doente vai ao laboratório para agendar a entrega do material (escarro) conforme a disponibilidade de vaga. Em caso de resultado positivo é marcada uma consulta médica para o mesmo dia

com início imediato do tratamento. Aqueles que apresentam resultado negativo são encaminhados para o serviço de referência estadual para continuidade da investigação diagnóstica.

A notificação e as anotações no livro de controle são de responsabilidade da enfermeira. O médico faz consultas e palestras, quando solicitado. A busca de faltosos ao tratamento é feita por contato telefônico ou visita à casa do doente, quando este reside próximo ou quando há disponibilidade de transporte. A maioria dos doentes realiza o tratamento na modalidade auto-administrada, reservando-se o tratamento supervisionado para aqueles que apresentaram falência aos esquemas de primeira linha (I e I R). O esquema de tratamento supervisionado (Esquema III) é realizado com orientação explícita da unidade de referência estadual. Entretanto, a Unidade do Telégrafo não fornece ao doente, recursos facilitadores para seguimento do tratamento com supervisão diária, sendo de sua responsabilidade a despesa com deslocamento para tomada da medicação.

A Unidade do Telégrafo recebe os sintomáticos respiratórios encaminhados pelas quatro equipes de Saúde da Família do bairro, para realizar o diagnóstico baciloscópico e iniciar o tratamento. As equipes de Saúde da Família fazem o acompanhamento dos pacientes em tratamento com regime auto-administrado realizando visitas periódicas, mais freqüentemente do ACS, para acompanhar a evolução do estado de saúde, realizar orientações sobre exames dos comunicantes, cuidados pessoais e acompanhar a adesão ao tratamento.

Com relação aos ambientes para atendimento aos sintomáticos respiratórios e portadores de tuberculose, esta unidade não dispõe de espaços exclusivos. A maioria dos consultórios possui ar refrigerado comum e os profissionais não utilizam a máscara N95, recomendada para locais sem adequada ventilação e os doentes e sintomáticos não utilizam

a máscara comum. Nos consultórios sem climatizador, a ventilação é deficiente e o atendimento também se faz sem uso da máscara de proteção.

Unidade Municipal de Saúde do Guamá

A Unidade do Guamá é uma Unidade Básica de Saúde localizada no bairro do Guamá que funciona nos moldes da Unidade Municipal de Saúde do Telégrafo. É referência para 13 Equipes de Saúde da Família localizadas no bairro.

Nesta unidade o Programa de Controle da Tuberculose funciona do seguinte modo: o sintomático respiratório é encaminhado à enfermeira que solicita o exame de microscopia direta do escarro em duas amostras. As pessoas com resultados positivos são encaminhadas ao médico para notificação e início do tratamento no mesmo dia da consulta. Aqueles que apresentam resultado negativo são encaminhados para o serviço de referência estadual para dar continuidade à investigação diagnóstica.

Os atendimentos de rotina aos doentes de tuberculose são feitos pelo médico clínico, pneumologista, enfermeiro, assistente social e técnico de enfermagem. O psicólogo faz um trabalho de apoio quando há dificuldade de adesão ao tratamento e problemas sociais ou de relacionamento familiar. Os doentes são procedentes dos mais diversos bairros de Belém e de municípios da área ribeirinha, dada a proximidade desta Unidade com a área portuária. Os casos diagnosticados que não pertencem à área de abrangência da Unidade são notificados, inicia-se o tratamento e os doentes são transferidos para suas unidades de origem para continuidade do mesmo.

A maioria dos doentes é tratada na modalidade auto-administrada, mesmo em casos de abandono e de recidivas. O tratamento supervisionado, também realizado na Instituição, é reservado para os casos de falência aos esquemas I e IR porque já vêm com indicação expressa da referência estadual. No entanto a Unidade não dispõe de nenhum tipo de

estratégia facilitadora, como o vale-transporte, por exemplo, e o doente precisa custear seu deslocamento até a unidade para a ingestão dos medicamentos. Não há busca de faltosos nos domicílios porque inexistem visitadores, mas aqueles que possuem telefone são contatados pela unidade por este meio. Se houver disponibilidade de transporte (que pertence ao Nível Central) a assistente social vai até a casa do faltoso, mas mesmo com levantamento semanal dos faltosos, pouco pode ser feito.

As treze Unidades de Saúde da Família do bairro têm a mesma conduta que as Unidades do bairro do Telégrafo, realizando apenas as visitas de acompanhamento as pessoas em tratamento residentes em seus territórios.

Esta unidade a exemplo da Unidade do Telégrafo não dispõe de espaços exclusivos para o atendimento do Programa de Controle da Tuberculose, porém é mais ampla, com melhores espaços de circulação para os usuários e dispõe de sala para coleta do escarro. A maioria dos consultórios possui ar refrigerado comum, e o atendimento é realizado sem o uso da máscara N95 pelos profissionais, e da máscara comum pelos doentes e sintomáticos respiratórios.

Centro de Saúde Escola do Marco

O Centro de Saúde Escola do Marco é uma policlínica que oferece serviços da Atenção Básica e especializados. Conta com equipe multiprofissional e laboratórios de análises clínicas, patológicas, citopatologia, triagem neonatal, micologia, bioquímica e ultra-sonografia para apoio diagnóstico. Na Atenção Básica, oferece quase todos os Programas de Saúde recomendados pelo Ministério da Saúde e na Atenção Especializada funciona como Referência Estadual e Municipal em diversas especialidades médicas como: dermatologia, endocrinologia, oftalmologia, cardiologia, otorrinolaringologia, pneumologia. Oferece serviços de fisioterapia e terapia ocupacional, eletrocardiografia e

ciclo ergométrico que funcionam também como referência estadual e para o município de Belém.

No diagnóstico e controle da tuberculose a Unidade funciona com dois níveis de complexidade: a atenção básica e a referência estadual especializada. Na atenção básica o sintomático respiratório é atendido na recepção encaminhado ao serviço de controle de doenças transmissíveis, onde o técnico de enfermagem solicita o exame de escarro. Também podem ser identificados por outros profissionais durante os atendimentos, e que já solicitam o exame de escarro. Na atenção especializada serve de apoio ao diagnóstico da tuberculose pulmonar com escarro negativo em pessoas provenientes de todo o estado, e no acompanhamento dos casos de difícil manejo.

Os casos positivos são encaminhados para a enfermeira ou médico, de acordo com a disponibilidade de vaga no dia, para notificação, início do tratamento e convocação dos contatos para realização de exames. Durante a realização do tratamento os doentes são atendidos pelos membros da equipe de acordo com a necessidade de cada caso. As pessoas com resultados negativos ao exame de escarro são encaminhadas para os profissionais do serviço de referência estadual que funciona na própria unidade para prosseguir o esclarecimento do diagnóstico.

O Programa de Controle da Tuberculose funciona com dois regimes de tratamento: a terapia supervisionada, indicada prioritariamente para doentes bacilíferos, para os que estão em re-tratamentos e aqueles que apresentam maiores riscos de abandono, tais como: pessoas que moram sozinhas, alcoolistas, que possuem precário suporte social ou com dificuldade de adesão ao tratamento²². O tratamento supervisionado é feito na própria instituição, pois a Unidade não dispõe de técnicos para realizar visitas domiciliares ou de Agentes Comunitários de Saúde em sua área. Para facilitar o comparecimento ao tratamento supervisionado, a unidade fornece o vale-transporte e café da manhã trinta

minutos após a tomada dos medicamentos. A terapia auto-administrada fica reservada para os doentes de tuberculose com as formas extra-pulmonares e pulmonares com baciloscopia negativa.

No Centro de Saúde Escola do Marco, os consultórios utilizados para atendimento a portadores de doenças transmissíveis seguem as normas de biossegurança indicadas ao seu nível de complexidade, apresentando ambientes ensolarados, janelas amplas e ventiladores posicionados atrás dos profissionais. Existe uma sala exclusiva para a realização do tratamento supervisionado (DOT).

Acesso aos discursos dos sujeitos

Para compreender o cotidiano assistencial do tratamento aos doentes de tuberculose elegi como caminho de obtenção dos discursos a entrevista fenomenológica. Para Carvalho⁵⁹, este procedimento é um modo de acesso aos sujeitos, que permite ao pesquisador conhecer como compreendem o mundo e a si próprio, sem explicações causais, conceitos e classificações. É um encontro empático pesquisador-sujeito, que possibilita a troca de experiências através da escuta atenta do que os sujeitos têm a dizer sobre o significado de suas experiências com a doença e sobre si mesmos⁵⁵.

Após a obtenção da autorização institucional para realizar a pesquisa dirigi-me a direção das Unidades a serem estudadas para conhecer-lhes o funcionamento, o quantitativo de profissionais que atuavam no Programa e de portadores de tuberculose em tratamento nas mesmas. Em seguida, fiz a ambientação, ou seja, inseri-me nestes espaços assistenciais para conhecer os profissionais, a rotina de funcionamento e a dinâmica do atendimento aos portadores de tuberculose matriculados no programa, em tratamento regular. Solicitei das enfermeiras que me informassem suas datas de comparecimento ao

serviço para que pudesse realizar o contato inicial e posterior entrevista. As entrevistas com os profissionais foram realizadas nos próprios ambientes de trabalho após apresentação inicial. Os doentes foram ouvidos nas unidades ou nos domicílios, de acordo com a conveniência de cada um.

As entrevistas foram realizadas nos meses de julho e agosto de 2006, segundo a disponibilidade dos entrevistados. Inicialmente foi feita uma apresentação do projeto, dos objetivos da pesquisa, do termo de consentimento livre e esclarecido nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice A) e solicitada sua participação voluntária e autorização para gravar a entrevista (Apêndice B). Cada entrevista foi identificada por ordem numérica e os discursos organizados em dois blocos: o bloco I para os profissionais e o II para as pessoas doentes.

Os questionamentos que permitiram o acesso ao ser do profissional de saúde foram:

- Fale-me sobre o seu dia-a dia junto aos portadores de tuberculose. O que você faz e o seu modo de atender a essas pessoas?
- Para você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?
- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Os questionamentos que permitiram o acesso ao ser dos doentes de tuberculose foram:

- O que significa para você estar com tuberculose?
- Descreva o seu dia-a dia após o início do tratamento.
- Como você se sente realizando este tratamento?

A participação dos profissionais foi encerrada após todos que atenderam aos critérios de inclusão terem sido entrevistados. O encerramento das entrevistas com os portadores se deu quando os discursos começaram a se repetir, sem acréscimos de novas informações sobre as experiências vividas com o tratamento.

A Análise Compreensiva

A análise dos discursos que foram obtidos com as entrevistas foi realizada inicialmente, pela escuta dos relatos gravados na tentativa de captar o significado das falas, no que esses relatos pudessem ter de mais próprio e originário. Em seguida, realizou-se a transcrição desses relatos com leituras atentas, para apreensão dos significados, daquilo que os sujeitos expressaram de suas vivências, e que foram agrupados em Unidades de Significação. Estas foram organizadas pelos temas que mais se repetiram nos discursos dos participantes do estudo. Tais unidades apresentaram a compreensão mais imediata dos sujeitos acerca daquilo que vivenciam no cotidiano, que representa a compreensão vaga e mediana própria do modo ôntico de ser, esse mundo imediato das ocupações do dia-a-dia. As unidades são manifestações que encobrem o fenômeno vivido pelos sujeitos com os quais nos encontramos, ainda não representam a sua essência, mas são o fio condutor do estudo.

Partindo da significação dos sujeitos e utilizando os movimentos de intuição (relação direta, sem intermediação, com um ente) e imaginação (contemplação livre das experiências humanas) próprios do pesquisador e fundamentados na Ontologia do Ser de Martin Heidegger, o sentido das falas, **o perguntado** poderá se mostrar⁵⁷.

Para realizar a análise foi necessário seguir alguns procedimentos descritos por Martins e Bicudo⁵⁷. Iniciou-se pela redução fenomenológica também chamada de *epoché* (palavra grega que significa suspensão de julgamentos) onde todo conhecimento prévio é colocado em suspensão, fazendo-se a descrição livre dos modos de ser do que se mostra, como se mostra (descrição fenomenológica). Após a descrição seguiu-se a compreensão, fase que teve como objetivo apreender o significado atribuído pelos sujeitos que vivenciam o fenômeno. De início, organizaram-se os trechos das falas dos entrevistados que

apontavam para aspectos comuns e que fazem sentido para os sujeitos e que Heidegger aponta como estruturas acidentais ou compreensão vaga e mediana.

Em seguida, buscou-se o desvelamento do sentido que funda a existência dos sujeitos envolvidos no estudo em sua dinâmica de vida com a tuberculose, através da articulação entre o que foi dito e sua interpretação, que é a busca do sentido. Essa interpretação ou hermenêutica foi apoiada no pensamento de Heidegger, contido em algumas de suas obras.

CAPÍTULO IV

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

Foram organizadas três grandes unidades com respectivas sub-unidades, que apresentam a compreensão que emergiu da análise da questão de como se mostra o ser em tratamento para a tuberculose doença e o ser que deste cuida. Em verdade foi um ir em direção a coisa em si “o fenômeno”. Decerto concordamos com Heidegger quando este diz que só o homem existe, mas é este existir que chama à curiosidade, que a ciência no seu modo de ser ciência não explica o comportamento deste homem. Para isto, foi necessário recorrer à analítica existencial que é própria do método fenomenológico de responder qual o sentido do Dasein, ser da presença que se mostra ou se manifesta como ente, com seu sentido encoberto.

Apresentaram-se os significados comuns e diferentes para os doentes e os profissionais a partir deste cotidiano partilhado, que é a assistência recebida/produzida. Este foi o ponto de partida da análise: o cotidiano que aproxima, nivela e distancia todo e qualquer Ser.

UNIDADE 1 – A tuberculose expõe a fragilidade da saúde humana

1.1 - A doença é vivida com tristeza, depressão, vergonha e perplexidade pelas pessoas doentes ao terem confirmado o seu diagnóstico

“...a primeira vez queria só morrer, porque eu pensava que era uma doença que não tinha cura, né? Aí eu me desesperei, chorei...”

(Ent. 1 – GII)

“Eu tive um pouquinho de depressão quando eu tive a doença assim, me auto isolei, eu fiquei achando pôxa, mas porque isso aconteceu? Eu sei como é que se pega eu me alimento bem e tudo, por quê?”

(Ent. 4 – GII)

“A gente se sente completamente fora do mundo, é muito difícil, muito complicado, principalmente os três primeiros meses. Eu tentei levar a vida normalmente na medida do possível.”

(Ent. 6 – GII)

“...quando eu soube que estava assim, com a doença, meu mundo caiu.”

(Ent. 8 – GII)

“...quando o médico me falou eu logo me senti com vergonha.”

(Ent. 11 – GII)

1.2 - Os profissionais percebem, descrevem e significam os sentimentos que tomam os doentes ao serem atingidos pelo diagnóstico da tuberculose e procuram minimizar seu impacto

“...são pacientes que deprimem em função do diagnóstico e são passados pra cá pra eu trabalhar a auto estima deles, a questão da cura porque muitos deles têm uma impressão que a tuberculose é interligada com a antiguidade como se não tivesse cura.”

(Ent. 1 – GI)

“...quando eu fico com o paciente a minha conduta é evitar entrar com o diagnóstico de primeira, eu primeiramente converso com o paciente para observar como ele está, o emocional dele, e eu digo que a doença tem cura...”

(Ent. 2 – GI)

“... a auto estima deles vai lá pra baixo, porque eles estão muito magros, não tem vontade de fazer nada, tem um mal estar geral muito grande... aí por isso ele vai ter que passar pela enfermeira, passar pela psicóloga, pela assistente social, pra poder começar a entender, a melhorar a cabeças deles... o primeiro dia pra eles é um caos, eles se sentem a pior das pessoas, choram, não aceitam, acham que eles vão morrer, um bocado de coisa.”

(Ent. 9 – GI)

“...eu sempre procuro dar esse diagnóstico com cuidado, porque é um choque o diagnóstico de tuberculose, mesmo que o paciente já suspeite, várias pessoas já choraram.”

(Ent. 10 – GI)

A confirmação diagnóstica provoca impacto na vida dos portadores. Doenças são eventos inesperados e indesejados, mais ainda quando se trata de tuberculose, com seu expressivo significado e que ao longo dos séculos imprime sua marca na sociedade, que a tem representado como uma doença que mata. Ao se saberem doentes as pessoas ficam sem chão, perplexas e experimentam os mais diversos sentimentos porque sempre conhecem alguém que passou por esta experiência. Sabem que a tuberculose tem um processo evolutivo que, se não tratado, culminará em uma condição de debilidade física, sofrimento, dores, dificuldades respiratórias e morte. Essa é a possibilidade mais próxima que a doença pode lhes acarretar e que, além disso, ocasiona tristeza e desânimo para viver, provocados pela condição de doente e por seus efeitos evolutivos, que debilitam e retiram a energia vital. Ao mesmo tempo, exige destes uma tomada de decisão, principalmente a de ter que se submeter ao tratamento e às demais condutas necessárias para obter a cura.

Há também dificuldade em compreender e aceitar o processo de adoecimento, principalmente entre pessoas com melhores condições de vida, que consideram ser a tuberculose uma doença que acomete apenas os carentes. Não esperavam adoecer porque se julgavam protegidas pelas suas condições orgânicas favoráveis.

Esses sentimentos e conflitos são experienciados pelos profissionais de saúde durante a assistência, momento em que procuram adotar uma atitude cautelosa ao informar aos portadores sobre seu diagnóstico, consoante com a delicadeza do momento, por saberem que atitudes bruscas poderão ter efeito emocional ainda mais devastador. Os profissionais compreendem que a confirmação diagnóstica pode chocar e procuram dar o apoio necessário que facilite a aproximação e o vínculo dos doentes com os serviços de saúde, de modo que o tratamento possa ser iniciado e seguido com regularidade. Consideram importante para o sucesso do tratamento que a pessoa doente encontre apoio

profissional no serviço aonde vai se tratar e para isso, valorizam o bom relacionamento com aqueles que participarão do seguimento ambulatorial.

UNIDADE 2 – A vivência do adoecer e do tratamento

2.1 - Na maior parte das vezes a tuberculose é vivenciada com dificuldades que passam pelo mal-estar causado pela medicação e sintomas que afetam severamente seu equilíbrio orgânico e anseiam pela finalização do tratamento como forma de libertação destes transtornos.

“...a questão dos seis meses pesou muito pra mim... .. Eu nunca mais dormi bem porque eu acordo cedo, sempre no mesmo horário pra tomar o remédio, agora está até melhor, mas na época da pirazinamida, eu olhava pra pirazinamida e não sentia vontade de tomar, tomava sempre tomei aqueles dois tranqüilamente, mas, quando chegava nos quatro era olhar e ter vontade de vomitar mesmo! ...agora eu entendo porque que dá vontade de abandonar, porque realmente a gente tem vontade de vomitar, tem vontade de tomar só dois, ou então não tomar hoje, tomar amanhã, porque é o dia todo assim ruim, a qualidade de vida é chata, você fica irritada com aquilo, com o que você sente, eu pelo menos fiquei assim muito aborrecida... o outro efeito que ela causou que foi assim também ruim é a acne, eu fiquei completamente tomada e aí aquela questão da auto estima, porque eu não podia mais vestir nenhum tipo de roupa, quer dizer: mais isso ...não tem como não ficar ruim do estômago tomando a pirazinamida, ela é destruidora eu tinha uns sintomas estranhos, ficava a me “pinicar” ainda é assim de manhã, por exemplo, se eu não for logo ao banheiro urinar eu fico me pinicando toda”

(Ent. 4 – GII)

“...logo no início eu passei muito mal devido, eu acho, ao abalo dos remédios que são fortes, né? ...No início dá vontade de desistir porque o abalo do remédio é demais, fazia muito mal, eu ia parar no hospital, minha pressão aumentava, me dava fraqueza, diarréia, foi muito ruim. No início desse tratamento eu só vivia jogada na cama, não tinha coragem pra fazer nada, agora não, agora já estou disposta, tenho até vontade de trabalhar, estou bem disposta mesmo. ... estou me sentindo bem, só tenho alteração de pressão, fico inchada e com dor nos ossos, mas eu vou chegar até ao final do meu tratamento, se Deus quiser, o pior já passou, já pensou eu parar e ter que começar de novo esse tratamento? Só eu sei o que passei.”

(Ent. 7 – GII)

“...no começo foi um sacrifício porque eu sabia que tinha que tomar aquilo, que era pro meu bem então, era fechar os olhos e tomar. ...Só de lembrar o gosto do remédio eu passo mal. O cheiro do remédio está impregnado na água e até nos alimentos. Espero que este seja o último tratamento porque eu não agüento mais ter que passar por isso de novo.”

(Ent. 8 – GII)

“Logo no começo do tratamento eu estava vindo aqui no posto de dois em dois dias para tomar injeções, vitaminas porque eu fiquei muito fraca e debilitada mesmo, eu tinha que estar quase todos os dias aqui, os enfermeiros até já me conheciam. Eu vomitava, tinha muita fraqueza, rodava a cabeça, aí eu ficava debilitada mesmo, de cama, palpitação, tudo isso eu sentia. Também fiquei muito assustada com o tanto de remédio que eu tinha que tomar.”

(Ent. 11 – GII)

“...é muito difícil tomar esses remédios direitinho como me falaram. As vermelhas até que descem bem, mas as brancas (pausa), essas são difíceis de engolir. Graças a Deus que eu já estou terminando o segundo mês e me disseram que elas vão sair do tratamento. Quando eu tomo os remédios me sinto mal, fico mole e com vontade de deitar. No começo foi pior porque eu tinha enjôo, dor no estômago, cheguei a vomitar, mas depois passou. Hoje eu só tenho dor nas costas e cansaço, mas me disseram que é assim mesmo, que eu tenha paciência que depois melhora. Eu quase não consigo fechar as mãos por causa da dor nas juntas, às vezes eu tenho vontade de parar com os remédios, mas penso na minha família, em mim e assim vou levando, mas estou melhorando.”

(Ent. 15 – GII)

2.2 - Os doentes assumem a responsabilidade pelo adoecimento, pois o associam a falta de alguns cuidados com o corpo e a saúde

“No local que eu trabalhava era muito fácil pegar a doença, trabalhava em embarcação, viajava muito, aí entrava no gelo, pegava sol, frio, aí peguei a doença.”

(Ent. 5 – GII)

“Eu fiz primeiro seis meses de tratamento e não deu certo porque já estava é... (pausa) resistente, ao bacilo, né? Eu fiz o tratamento direitinho, tomei a medicação, só que eu facilitei: comecei a andar no sol, sereno, acho que foi por isso que eu não fiquei boa com seis meses, aí eu fui fazer o exame e deu de novo (escarro positivo), e eu tive que fazer outro tratamento (esquema III) de um ano para tuberculose.”

(Ent. 7 – GII)

“Serviu como lição pra eu parar de beber, de fumar. Eu fumava muito, parei com esse negócio de estar amanhecendo na rua, esse negócio pra mim acho que foi a causa de eu ter tido esse negócio, essa doença que aconteceu comigo...”

(Ent. 9 – GII)

“Significa que eu abusei, não soube me cuidar, adorava estar saindo, me divertindo e fazendo excessos contra o meu corpo, como por exemplo, jogar bola na chuva, gripar várias vezes e não me cuidar. Foi disso que eu peguei a doença... É só um recado para os jovens como eu que adoram sair, cometer excessos. Eu adoeci por minha culpa, por não saber me cuidar. Digo que todos devem se cuidar pra não adoecerem porque só eu sei o que passei, foi muito difícil e eu não desejo isso a ninguém. A gente tem que ter responsabilidade senão sofre muito.”

(Ent. 10 – GII)

“...a doença me apanhou de surpresa. Eu tive uma febre, eu bebia e fumava muito e meu pai falava pra eu não beber que fazia mal, mas, sabe como é... influência dos amigos, amigos? Hoje não tem mais amigo, o amigo é o pai da gente.”

(Ent. 13 – GII)

“Eu adoeci porque não me cuidava direito, pegava muito sol e comia muita besteira, aí fiquei doente.”

(Ent. 15 – GII)

“...já voltei a ter um pouco mais de disposição, mas tenho medo de facilitar e piorar, sabe como é... já facilitei uma vez e olha no que deu.”

(Ent. 16 – GII)

2.3 - No cotidiano do viver com tuberculose, o preconceito social mostra sua força entre os membros da família, em espaços privados, públicos e inclusive nos serviços de saúde, tirando a liberdade dos doentes

“...é uma experiência realmente difícil, até porque a questão é que não tem mais muita discriminação não tem, mas eu me sinto assim meio que constrangida quando eu vou contar para uma pessoa que eu estou com a tuberculose, pra mim ainda é pesado e pra pessoa que escuta acho que deve ser também, principalmente pra quem não entende, então às vezes eu tenho um pouco de receio de dizer que estou doente, apesar de já estar em tratamento, mas ainda tem, parece que a pessoa te olha assim meio estranho...”

(Ent. 4 – GII)

“Eu gostaria assim que as pessoas se conscientizassem mais e procurassem mais se informar, não ter preconceito dos outros de terem essa doença, porque eu sei bem, tem muito preconceito quando diz que é tuberculoso, a pessoa até se afasta pensando que já vai pegar a doença, sim porque realmente a doença, ela pega se a gente ainda tiver com o bacilo e falar você vai pegar, se o seu organismo estiver muito frágil, debilitado você vai pegar a doença, mais aí se afastam logo do lado da gente. Então, eu gostaria que as pessoas não tivessem tanto preconceito...”

(Ent. 5 – GII)

“...é ruim por que tu enfrentas preconceito das pessoas. Olha tem médicos, que pelo que eu fui informada é que no começo assim, corre o risco de contágio, mas que com quinze dias fazendo o tratamento já não têm. E um dia desse eu fui entrar aí no Centro de Saúde, e no prontuário estava escrito que era o meu quinto mês de tratamento e aí ela colocou uma máscara, sabe? Abriu a porta e eu me senti mal com isso... as pessoas agem com preconceito, até mesmo os próprios médicos que são pessoas que já estudaram, sabem quais são os riscos, fazem isso, é muito ruim estar com isso, justamente por causa do preconceito. Às vezes tu vais a um lugar, tu não pode ficar muito tempo numa fila, como foi, por exemplo, no caso da bolsa família que tem fila no sol, aí eu fui falar para a mulher que eu não poderia ficar no dia da inscrição, que eu estava fazendo tratamento, não poderia pegar sol, para ela me passar. Ela me passou, mas ela me expôs para todo mundo, o pessoal ficou me olhando meio torto assim, sabe?”

(Ent. 14 – GII)

“A família me apóia... mas eu noto que eles também têm medo de ficar doente. Eu separei minhas coisas e noto que eles ficaram aliviados. Quando eu bebo água eles pegam logo meu copo, lavam e guardam logo nas minhas coisas pra ninguém tomar nada nele. Eu fico triste, mas acho que é a melhor coisa a fazer. É muito triste, eu me sinto frágil, mas tenho que me mostrar forte.”

(Ent. 15 – GII).

2.4 - A doença modifica o habitual da vida ao se mostrar no corpo por meio de cansaço, prostração, tosse. Mais alterado fica o cotidiano quando se perde a liberdade de trabalhar, estudar e exercer atividades sociais para realizar o tratamento na modalidade supervisionada

“O meu dia-a-dia é meio mal, não durmo bem à noite, quando é seis horas da manhã já to de pé... Não faço outras coisas porque me sinto assim meio cansada, porque eu sou evangélica, na igreja que eu congrego têm muitos ventiladores, quando eu chego lá eu começo a tossir, tossir, então eu não vou, já falei lá com o meu pastor, eu só vou depois do tratamento.”

(Ent. 3 – GII)

“Eu nunca mais dormi bem porque eu acordo cedo, sempre no mesmo horário pra tomar o remédio... o dia todo assim ruim, a qualidade de vida é chata, você fica irritada com aquilo, com o que você sente. Eu pelo menos fiquei assim muito aborrecida e é difícil porque eu tô fazendo aqui, né? Então aqui é o tratamento supervisionado e é difícil sim vir todos os dias e tomar. Os primeiros dias ... eu ficava meio irritada, esperava pra tomar o remédio no horário... a minha disposição voltou principalmente depois de ter acabado esses dois meses, assim melhorei bastante mesmo,... você acaba mudando um pouco a sua rotina, por exemplo, eu vir aqui é mudar a minha rotina...tenho medo de ficar sem tomar o remédio, eu acho que porque eu sou profissional de saúde, eu tenho muito medo de não tomar e às vezes eu fico pensando se é feriado, se aqui vai funcionar, se eu vou ficar sem tomar o remédio. Acontece isso também, essa preocupação, eu tenho muita preocupação com o tratamento, desde que eu comecei eu não fiquei sem tomar, eu tomei todos os dias no mesmo horário. Realmente eu tenho essa preocupação de estar fazendo corretamente o tratamento.”

(Ent. 4 – GII)

“...eu tenho que vir aqui duas vezes na semana e uma vez todo mês que é a consulta, justamente que é pra eu poder pegar os remédios e deixar aqui, então fica ruim pra eu trabalhar... A minha rotina é essa todo dia até eu terminar o tratamento não posso facilitar. Essa que é a minha rotina, o meu dia-a-dia, porque agora com o tratamento, ele impede a gente de trabalhar, porque qual é o patrão que vai querer que o seu funcionário falte duas vezes na semana e uma vez no mês aí fica totalmente fora de condição de trabalhar? Não tem condições, a gente para com o tratamento, mas fica impedido de trabalhar, e quando eu comecei o tratamento que tinha que tomar injeção todos os dias, nos dois primeiros meses quando eu comecei eu tomava injeção todo dia...”

(Ent. 5 – GII)

“... Minha rotina mudou completamente, tive que parar de trabalhar, me isolar das pessoas, sempre fui um cara muito ativo, sempre gostei de sair, andar. Quase não conseguia andar, eu sentia muitas dores nas articulações, no joelho, ombro, no quadril. Mudei completamente a minha rotina, só o fato de não poder mais trabalhar, é terrível... A gente se sente completamente fora do mundo. É muito difícil, muito complicado, principalmente os três primeiros meses. Eu tentei levar a vida normalmente na medida do possível...”

(Ent. 6 – GII)

“Eu parei de trabalhar, quase não saio de casa, não pego sol, sereno, chuva, me alimento bem, só fico um pouco estressada depois do tratamento (pausa), eu me irrita muito, com facilidade, não sei se é da medicação... Já pensou você não poder trabalhar? Meu tratamento é de um ano, ter que ficar só dentro de casa dependendo dos outros. Pra mim esse é o problema.”

(Ent. 7 – GII)

“...tive que parar de fazer muitas coisas que eu gostava, tive que parar de andar no sol, na chuva, de ter o meu dia a dia mais normal. Eu tive até que parar de estudar pra fazer o tratamento direito, parar de trabalhar, então foi bastante difícil.”

(Ent. 11 – GII)

“Eu não faço nada ainda porque não posso, eu tenho muita dor nas juntas, acho que é problema da doença, não posso fechar as mãos, carregar qualquer peso, me dói tudo.”

(Ent. 13 – GII)

“Tem aquele compromisso de tomar o remédio todo dia, em jejum. Trabalho, eu trabalhava com venda, então eu andava muito no sol, também gostava de sair, tudo isso eu tive que me privar disso, muito esforço físico eu não posso fazer, se tem alguma coisa que vai exigir muito esforço meu, seja no trabalho, ou seja, no dia a dia eu não posso fazer... Trabalho nem pensar, já apareceram oportunidades de emprego para mim, mas eu não posso pegar, lazer também, aquele lazer, bem light né? Nada que tenha que fazer esforço, casa, família eu procuro fazer as coisas mais leves”

(Ent. 14 – GII)

“Estou sem trabalhar porque não posso ficar andando muito, pegando sol e chuva, então, fico em casa, até tento ajudar nos serviços de casa, mas me canso muito, aí fico deitada. É um dia a dia cheio de regras: é tomar o remédio na hora certa, não tossir perto dos outros, não pegar sol, chuva, comer bem, não pode isso, não pode aquilo.”

(Ent. 15 – GII)

2.5 - Os doentes têm medo de transmitir a doença aos outros e assumem o isolamento como a primeira medida preventiva e necessária para não serem responsabilizados por novos adoecimentos

“...saber que eu estava bacilífera em casa podendo estar transmitindo, eu fiquei muito preocupada porque estava de férias, dormia com minha mãe na mesma cama, aí eu fiquei com medo de passar pra ela, e ela vinha muito preocupada, querendo ficar comigo, me abraçar e eu não. Realmente eu me auto isolei no dia a dia do contato...”

(Ent. 4 – GII)

“O médico disse que eu tinha que viver normal, só que a gente já sabe como é a tuberculose, sabe que ela é transmissível. Eu procuro evitar, eu já me aquieto mais, procuro até me afastar dos meus filhos, separo minhas vasilhas, não tusso perto deles, eu procuro evitar, não é porque o tratamento já está avançado

que eu vá abusar. ...antigamente era uma coisa do outro mundo, uma pessoa com tuberculose era isolada, não falava com ninguém, separava todas as vasilhas. Até que o médico falou que não era necessário, mas eu acho que mudou o tratamento mas não mudou nada de antigamente. E eu acho que a gente tem que se prevenir, prevenir os outros e eu procuro evitar”

(Ent. 7 – GII)

“Eu tenho um grande medo de passar a doença pras pessoas, fico me perguntando quantos eu contaminei. Meu medo é de passar a doença pra pessoas lá de casa, toda vez que alguém tosse eu penso: pronto, esse está doente e vai me culpar de está doente! Eu até evito ficar perto dos outros, mas a casa não é muito grande e eu não tenho como me esconder mais do que eu já faço. Evito o contato, abraçar, chegar perto o máximo que eu posso. A família me apóia, cuida de mim graças a Deus, mas eu noto que eles também têm medo de ficar doente. Eu separei minhas coisas e noto que eles ficaram aliviados...Eu fico triste, mas acho que é a melhor coisa a fazer.”

(Ent. 15 – GII)

“É muito triste não poder chegar perto dos filhos, ficar me controlando pra não tossir nem falar perto deles. Eu passo o dia todo só, acho que é melhor assim.”

(Ent. 16 – GII)

Para os doentes, seguir o tratamento conforme orientado pelo profissional de saúde é quase sempre uma tarefa difícil. Os esquemas terapêuticos combinam pelo menos três drogas de uso prolongado, potencialmente tóxicas e que não se resume em apenas aceitar-se sua prescrição. Os doentes passam e expressam dificuldades como desconforto digestivo, com náuseas, vômitos, diarreia. Outros efeitos como prurido, acne, dores articulares (artralgias), sensação de queimação nas extremidades (neuropatias periféricas) fazem que estes rejeitem a medicação e pensem em desistir do tratamento. Acrescente-se que o desequilíbrio em funções vitais como o sono e o repouso abalam a rotina e a qualidade de vida.

Efeitos adversos maiores e menores em termos de severidade são conhecidos dos profissionais de saúde que atuam no Programa de Controle da Tuberculose, bem como as medidas para sua correção. Na fala dos doentes parece não haver valorização pelos

profissionais, das queixas referidas, como se estas fossem inevitáveis. Resta ao doente esperar a cessação de tais efeitos, como se eles naturalmente fizessem parte do tratamento.

Estar doente de tuberculose é uma experiência difícil de ser compreendida, aceita e vivida, pois diversos aspectos do cotidiano ficam alterados por esta condição. Inicialmente os doentes se culpam pelo seu adoecimento o qual é atribuído ao descuido com a alimentação, com o repouso e com os excessos cometidos contra o próprio corpo como: não dormir o necessário, pegar sol e chuva, consumir bebida alcoólica e fumar muito. Algumas destas razões podem, em parte, explicar o adoecimento, mas em outras não é possível estabelecer nexos entre os hábitos de vida e o adoecimento, como, por exemplo, tomar sol ou chuva.

O preconceito explícito ou velado faz parte do cotidiano de quem tem a doença, trata-se de uma experiência difícil que constrange e envergonha a quem a tem. Os doentes e familiares estabelecem regras de convivência com o objetivo de evitar o contágio. Geralmente são medidas inócuas como a separação de utensílios de uso pessoal, restrição do espaço domiciliar, do contato físico entre parentes e ainda que não colocadas abertamente contribuem para aumentar a solidão dos doentes. O preconceito atinge os doentes, e gera um mal-estar difícil de ser controlado, pois não querem que os outros saibam e comentem sua condição, devido a grande probabilidade de sofrerem discriminação.

A doença tem o poder de afastar pessoas, porque os sadios querem se preservar do adoecimento. Entendem que separando utensílios e evitando o contato com os doentes afastarão a possibilidade de adoecer. Esta crença também é compartilhada pelo próprio doente que entende que assim protegerá aos demais, mas tal conduta é difícil de ser aceita e tampouco de ser sustentada sem sofrimento. Pensam ser este o único modo que dispõem para “garantir” que não serão responsabilizados por novos casos de tuberculose, pois seria

um peso a mais que teriam que suportar. O afastamento que o preconceito provoca, compromete a naturalidade da convivência, pois o doente não se permite manifestações de carinho, contato físico ou qualquer outra forma de afeto que implique em proximidade com os outros.

A tuberculose altera em muito o dia-a-dia dos doentes. A doença por si só, é debilitante, retira a disposição para o trabalho e às vezes, provoca dor e cansaço aos pequenos esforços, de modo que, trabalhar, estudar, realizar tarefas domésticas podem ser atividades difíceis de ser executadas evidenciando a impotência da pessoa frente à doença. O sentimento de inutilidade aflora. O doente não está em condições físicas de assumir o que antes era rotineiro. O futuro fica mais indefinido porque o medo de não dar conta da vida e das pessoas com as quais tem responsabilidade, torna-se um sentimento freqüente neste novo cotidiano.

Outro aspecto importante diz respeito ao tratamento da tuberculose que exige uma rotina diária de obrigações, principalmente com a tomada regular de grande quantidade de medicamentos. Quando realizado na modalidade supervisionada é necessário o comparecimento freqüente ao serviço de saúde para a ingestão controlada dos remédios. Nem sempre é possível conciliar esse comparecimento com o trabalho, mesmo o doente sabendo que é benéfico para sua recuperação, pois ser acompanhado mais de perto permite a rápida identificação de alterações. Com o passar do tempo eles aceitam melhor essa rotina, porque começam a sentir no organismo o resultado favorável do tratamento.

UNIDADE 3 - A experiência de tratar de pessoas doentes com tuberculose no cotidiano assistencial

3.1 – Tratar de pessoas portadores de tuberculose significa para os profissionais de saúde um modo de ajudá-los a se curar, a vencer a doença

“Eu acho muito importante chegar próximo do paciente pra que ele possa colocar determinadas coisas que estão ocultas, facilitar para que ele fale aquilo que ele sente, mas não sabe como transmitir... Na faculdade a gente aprende as teorias e na prática é que a gente vai ver como o ser humano se comporta ver as diferentes realidades...Essa demanda bem diversificada em função de trabalhar no sistema público é que me enriquece muito enquanto profissional...”

(Ent. 1 – GI)

“É muito gratificante a gente poder colocar em prática tudo que a gente aprendeu na faculdade, nos cursos que a gente tem oportunidade de participar falando sobre a tuberculose e principalmente, de poder mostrar para este paciente que a tuberculose não é uma doença bicho de sete cabeças, que se ele seguir o tratamento direitinho, seguir as nossas orientações, com toda certeza ele vai sair curado deste tratamento.”

(Ent. 7 – GI)

“Olha, o significado, a importância é porque a gente vai detectar os casos de tuberculose e tratar o doente bacilífero pra deixar de transmitir, deixar de fazer uma rede de transmissão muito grande na nossa comunidade... da principal importância de atender o paciente de tuberculose, é tratar o paciente, o doente.”

(Ent. 9 – GI)

“...eu penso que atender tuberculose é justamente exercer o papel fundamental do médico que é ajudar o paciente na cura....Eu acho fantástico você intervir ajudando uma pessoa a alcançar um objetivo que está bem ali daqui a seis meses, sabe? E por outro lado tem a questão do preconceito, então eu gosto de acolher o paciente, porque eu percebo que muitas vezes ele vem assim chocado por não ter sido acolhido em outro lugar, o estigma da transmissibilidade afasta as pessoas, como muitas vezes eu ouvi essa informação, quando o doutor nem me recebeu, disse: “olha o seu exame de escarro deu positivo, vá procurar a unidade de saúde”. ... quando ele chega (o doente com tuberculose) que a gente abre os braços e acolhe, isso aí é uma coisa que faz bem pro paciente, e faz mais bem pra mim, eu me sinto super bem vendo esse acolhimento pro paciente....”

(Ent. 10 – GI)

“É cuidar do paciente, proporcionar a cura, cuidar da família e evitar que esta doença se propague a mais pessoas que porventura ele tenha entrado em contato.

(Ent. 13 – GI)

“Como pessoa eu me sinto satisfeita porque estou fazendo meu trabalho direito, estou contribuindo pra melhoria da saúde da população... quando a gente vê que orientou bem o paciente, que a gente conseguiu recuperar o paciente na busca ativa (busca de faltoso), fazer com que ele não perca as consultas que estão aprazadas. Pessoalmente e profissionalmente eu me sinto satisfeita com o trabalho.”

(Ent. 16 – GI)

“Pra mim é uma coisa que eu gosto de fazer, eu gosto de fazer e ver o resultado, de dar alta para o paciente, ver que o paciente fez o tratamento direitinho, e eu acho que todo mundo devia ser assim: fazer igual e ver retorno nisso...”

(Ent. 17- GI)

“Eu sempre gostei muito de trabalhar com pacientes tuberculosos e hansenianos. É satisfatório saber que eu estou contribuindo para a cura do paciente, para alguém deixar de transmitir a doença aos outros”.

(Ent. 18 - GI)

3.2 - No cotidiano dos serviços, os profissionais valorizam que os doentes cumpram o tratamento regularmente. Esta é a condição essencial à cura e ao controle da doença

“...a demanda que o paciente traz pra mim é que ele não gosta de ficar muito tempo tomando remédio, ter que vir frequentemente na unidade, ele se tomou como uma pessoa doente, então é trabalhado isso, essa importância do uso da medicação...”

(Ent. 1 – GI)

“...eu digo que a doença tem cura, eu sempre gosto de frizar isto, embora o tratamento seja de seis meses, mas com toda certeza absoluta vai ser uma doença que tem cura, porque isso já transmite uma segurança e eu vou com isso, conseguir que o paciente se interesse pelo tratamento... a importância para nós é a duração do tratamento é que ele faça seis meses de tratamento, porque só melhorar os sintomas não vai resolver o problema dele.”

(Ent. 2 – GI)

“...a gente procura explicar para ele que o tratamento vai depender muito dele, que é fundamental saber que ele vai ter que ter esse compromisso de levar este tratamento até o sexto mês, seguindo as nossas orientações. ...se ele seguir o tratamento direitinho, seguir as nossas orientações, com toda certeza ele vai sair curado deste tratamento.”

(Ent. 7 – GI)

“...se o paciente começa a faltar ao tratamento à gente vai buscá-lo, reforçar a importância do tratamento e acompanhar a rotina dele.... Acho que é isso que é importante: esclarecer que ele tem condições de fazer o tratamento e receber uma cura, dependendo também muito dele porque a unidade está disponível para dar toda orientação, todo o atendimento, mas também depende muito do paciente para ele ter uma cura”

(Ent. 11 – GI)

“...o importante é orientar muito o paciente a aderência ao tratamento porque não adianta a gente fazer tudo, passar o remédio e marcar o retorno para um mês se ele não se interessar em tratar, então tem que orientar ele que tem que tomar o remédio todo dia...”

(Ent. 12 – GI)

“...a gente procura dar a maior assistência ao paciente pra ele terminar o tratamento. ... eu gosto de fazer e ver o resultado, de dar alta pro paciente, ver que o paciente fez o tratamento direitinho, e eu acho que todo mundo devia ser assim, fazer igual e ver retorno nisso.”

(Ent. 17 – GI)

3.3 - O preconceito também se faz presente no comportamento dos profissionais, pois temem a contaminação e o conseqüente adoecimento. Adotam o afastamento, principalmente se não dispõem de conhecimentos que os tranquilizem quanto à sua proteção

“Hoje eu já me posiciono melhor, quando vejo eu me distancio. Eu criei algumas regras, tem paciente assim que eu vejo que está muito debilitado, quando eu abro a porta e já olho pro prontuário, já tenho esse conhecimento eu diria até do próprio físico do paciente, quer dizer é o tempo que vai dando isso pra gente eu olhei pro paciente, eu olho eu mando aguardar um instantinho, eu faço tudo que é burocrático, que eu posso, entendeu? O que eu posso tirar do prontuário dele eu tiro e depois o chamo pra ser mais breve possível o tempo dele nessa sala; que ele dure o mínimo possível aqui pra esse atendimento de HIV (solicitação da sorologia para HIV). Porque aí depois quando apresenta resistência (resposta) ao tratamento ele já vem num momento em que a medicação já fez efeito, já está mais instruído, já não tem a tosse porque isso me preocupa até hoje.”

(Ent. 1 – GI)

“...depois de um treinamento que nós tivemos eu passei a ter uma outra visão, que o paciente quando faz o tratamento correto a partir de quinze dias não tem mais aquele poder de transmissão. A gente aprende a lidar com o paciente. Quando ele entra na sala e sente que é bem recebido e não sente mais aquela repulsa do profissional, quando este é bem esclarecido do assunto, o paciente se sente mais acolhido dessa forma.”

(Ent. 8 – GI)

“E por outro lado tem a questão do preconceito, então eu gosto de acolher o paciente, porque eu percebo que muitas vezes ele vem assim chocado por não ter sido acolhido em outro lugar, o estigma da transmissibilidade afasta as pessoas, como muitas vezes eu ouvi essa informação, [o doutor nem me recebeu, disse: olha, o seu exame de escarro deu positivo vá procurar a unidade de saúde], então a pessoa ela vem já tendo sido empurrada...”

(Ent. 10 – GI)

“No começo eu ficava um pouco (pausa) preocupada com a minha saúde, de estar em contato, porque a gente sabe que tem paciente que chega, que está mesmo ali expelindo os bacilos e numa sala como essa que a gente atende... então eu me preocupo assim com a questão da gente como profissional, porque às vezes a gente não está esperando, você não estava naquele dia numa resistência boa, e você se pergunta: se eu contrair a doença que vai cuidar de mim?”

(Ent. 14 – GI)

3.4 - Os profissionais reproduzem o discurso oficial do programa que é centrado na adesão ao tratamento, a despeito das dificuldades das pessoas doentes

“...sabemos que é importante que quando o paciente chega à unidade, ele tem que ser bem acolhido, tem que ser orientado para que ele não se perca, por que se ele perder, haverá maior contaminação, sem dizer que aquele paciente não tem noção do que ele pode estar disseminando e, o próprio risco para a vida dele...”

(Ent. 14 – GI)

“...dou orientação, que ele vai entrar no tratamento do DOTS, fazendo a medicação supervisionada, sempre orientando sobre a doença o tempo de tratamento, as reações da medicação, a importância do tratamento, falo sobre alimentação, higiene, e falo sobre os profissionais da unidade com os quais ele tem que passar; enfermeiro, psicólogo, serviço social. É uma orientação, para que eles entendam que é uma doença que tem cura, que o tratamento é rápido, tem seis meses.”

(Ent. 3 – GI)

“O paciente de tuberculose tem que ser bem trabalhado. Na minha experiência se o paciente não é bem trabalhado ele não termina o tratamento... Com o paciente de tuberculose eu levo no mínimo quarenta e cinco minutos até uma hora no início do tratamento, aí eu esclareço tudo desde como ele pegou a doença, o que a doença provoca, o tratamento, ao que vai levar a falta de tratamento, comunicantes, dieta. Tudo pra esclarecer e, mesmo assim a gente ainda tem abandonos de tratamento.”

(Ent. 17 – GI)

“...na primeira consulta é feita toda uma orientação, tempo de tratamento, os remédios que ele irá tomar, como tem que tomar, os melhores horários, as reações adversas que o medicamento pode causar, tipo uma gastrite uma erupção cutânea, problemas de dores articulares que alguns medicamentos provocam. Orientar ele que em qualquer sintoma adverso a procurar o médico. É feita essa abordagem no sentido de iniciar o tratamento e dar continuidade, orientá-lo inicialmente...”

(Ent. 12-GI)

Os profissionais de saúde gostam de lidar com as pessoas doentes e parecem compreender a importância de uma assistência que enfatize o bom acolhimento, valorizam as orientações sobre o tratamento e exame dos comunicantes para resolver tão sério problema de saúde das pessoas e evitar a disseminação da doença. Sentem-se bem por contribuírem para melhorar a saúde das pessoas e de suas famílias e gratificados com o resultado positivo de suas ações profissionais, que culminam na cura e sentem nesse trabalho uma satisfação pessoal. Apóiam os doentes para que se sintam à vontade para expor dúvidas e dificuldades que trazem desde o momento do diagnóstico, inclusive pelo preconceito que sofrem por terem adquirido tuberculose.

De modo geral, preocupam-se em estabelecer para os doentes o compromisso em cumprir as orientações sobre o tratamento, que não falem aos atendimentos e nem deixem de tomar os remédios diariamente. A melhora que as pessoas doentes apresentam gratifica os profissionais porque sabem que contribuíram com seu trabalho, para o resultado positivo de recuperação da saúde que deixa aberto, a despeito das dificuldades, o horizonte da cura tão almejada, ainda que possua significados diferentes para o doente e o profissional. Para os profissionais, curar alguém significa, principalmente, evitar novos

adoecimentos e contribuir para melhorar os indicadores da doença. Para a pessoa doente, curar-se significa retomar a normalidade da vida que foi interrompida a partir do adoecimento.

Os profissionais compreendem que o tratamento é longo e não tão simples de ser corretamente seguido, por isso dão muita ênfase às orientações, principalmente àquelas relacionadas com a ingestão regular dos remédios, mesmo sabendo que para os doentes essa é uma das maiores dificuldades no decorrer do tratamento. Estão empenhados na cura do doente, mas não se detém nas dificuldades pessoais que eles comumente apresentam para seguir regularmente com o regime de tratamento.

Os medicamentos provocam “abalo” à maioria dos doentes, e não se percebe nas colocações da maioria dos profissionais destaques quanto à ocorrência destas manifestações, e orientações sobre medidas para superá-las. Os profissionais parecem assumir que esses sintomas fazem parte do tratamento e as *dificuldades transitórias* serão vencidas pelos doentes, que precisam ser encorajados a superá-las a favor da cura.

O cotidiano da assistência também é vivido com algumas atitudes que denotam preconceito explícito ou velado em parte pelos profissionais, e que pode ser entendido pelo medo generalizado de adoecimento ou pela insuficiência de conhecimentos para lidar com esses doentes. Em verdade, a maioria dos ambientes de trabalho neste estudo não apresenta as condições físicas adequadas para atendimento a portadores dessa patologia. Por um motivo ou outro, justificado ou não, os doentes muitas vezes se vêem discriminados nos serviços de saúde, locais que deveriam servir de espaço para derrubada de mitos e tabus acerca do contágio e do adoecimento e favorecer o esclarecimento, promover informações à população sobre a doença, visando uma melhor aceitação dos doentes na comunidade.

CAPÍTULO V

A ANALÍTICA EXISTENCIAL

Após a elaboração das Unidades de Significação passou-se a apreender o modo como os sujeitos vivenciam (a pessoa doente, em questão) e adquirem experiência (os profissionais de saúde) a doença e o tratamento e qual o sentido que lhes atribuem.

A hermenêutica é fundamentalmente a busca do sentido e da interpretação e foi elaborada a partir da leitura das descrições contidas nas entrevistas, para apreensão dos significados que emergiram dos discursos dos sujeitos⁶⁰.

“A interpretação ultrapassa o texto escrito e se refere a uma manifestação vital que afeta as relações dos homens entre si e com o mundo”. Ao discutir a contribuição do pensamento de Heidegger para hermenêutica, Herman⁶⁰ nos diz que:

“A compreensão se mundaniza, permeia todos os momentos da vida, de modo que somos nós que temos o sentido da existência. O modo prático de ser no mundo abre as possibilidades de compreensão, de tal maneira que o compreender não existiria se não compreendesse o contexto em que surge” (p.34).

Sobre a hermenêutica Heidegger⁶¹ fala que:

“A hermenêutica é o procedimento segundo o qual a fenomenologia e a ontologia podem responder às questões relativas ao ser, à verdade e a facticidade do ser-aí; ela representa o meio para o homem acessar e localizar-se no seu viver fático como existência. Considerando-se que a hermenêutica concerne à interpretação que o homem realiza sobre o seu viver fático, pode-se corroborar que ela coincide com as preocupações e questionamentos de cada momento da existência do homem e com os acontecimentos do ser de uma determinada época de vida do ser-aí; ou seja, a hermenêutica está ligada a facticidade, visto que ela corresponde sempre ao ser do viver fático, ao próprio existir questionado sobre o seu caráter de ser” (p. 49).

O sentido procurado a partir das Unidades deu-se pela compreensão do mundo acerca da vida de pessoas doentes e profissionais de saúde, imersos no cotidiano do tratamento para a tuberculose em tarefas, ocupações e preocupações que seus respectivos

papéis exigem e que são próprios do mundo imediato (ôntico), que liga e prende o homem ao mundo. O sentido deste modo de ser cotidiano geralmente está encoberto pelos sujeitos a si mesmos, pois o sentido é algo que permanece mais encoberto e que raramente se mostra.

As Unidades de Significação mostraram que, para o doente, a confirmação de seu diagnóstico provoca mudanças na vida pessoal, familiar e social, pois a doença afeta o humor (disposição ou estado de ânimo), sua condição orgânica e afasta as pessoas que lhe são caras.

Sobre o humor Heidegger⁵³ diz que é “o estado e a integração dos diversos modos de sentir-se, relacionar-se e de todos os sentimentos, emoções e afetos, bem como das limitações e obstáculos que acompanham essa integração” (p. 321).

O homem está sempre em um ou outro estado de humor e isso influencia suas decisões e atitudes. A pessoa ao se saber doente é tomada pelo desânimo que a nova condição provoca, mas também, ao reagir e decidir enfrentar o tratamento para alcançar o problema já passou para outro estado de humor, o otimismo com a perspectiva de cura em um horizonte próximo. Durante o tratamento experimenta o tédio de obrigações diárias e a inatividade decorrente das limitações que a doença impõe. O humor⁵³ revela “como alguém está e se torna” (p.188) e conduz o ser para sua abertura e com ela a possibilidade do conhecimento sobre o que se busca.

O profissional de saúde também vive estes estados de humor e que determinam o seu modo de relacionar com as pessoas, e de tomar decisões. O humor não é algo que se escolhe: somos tomados por ele, porque é um existencial fundamental do homem.

O homem como o ser que compreende o seu próprio ser procura sempre entender sua vida e os acontecimentos que se lhes apresentam, inclusive as doenças, que fazem parte

da existência concreta do homem. Segundo Heidegger⁵³ “A própria *pre-sença* só é na medida em que possui a estrutura essencial do *ser-com*, enquanto co-presença que vem ao encontro dos outros” (p. 172). A doença tem o caráter de ameaça, de dano, de perda da convivência social, essencial à vida do homem⁵⁵. A tuberculose, antes uma possibilidade temida, agora é concreta, e traz essa ameaça pelo preconceito, segregação e afastamento de pessoas que são caras e expõe a fragilidade do homem, porque este precisa dos outros para dar sentido à sua existência.

O cotidiano do tratamento para tuberculose tem como eixo fundamental o tratamento medicamentoso dos doentes, principalmente aqueles que são bacilíferos. Esse tratamento faz parte de um conjunto de protocolos denominados Normas Técnicas e que são frutos das experiências e conhecimentos advindos da ciência, da capacidade do homem. Mas, o que é a técnica? “É um meio para um fim” ou ainda “Uma atividade do Homem”, modos de proceder, adequação entre o conhecimento que se tem do real (neste estudo, a doença) e o procedimento (o controle do tratamento). São afirmativas corretas, no entanto, não dizem da essência da técnica com todos os seus desdobramentos, daquilo (a essência) pelo qual ela pode ser chamada de técnica e, somente a caracteriza como uma determinação instrumental.

Para Heidegger⁶² técnica é um “saber que guia nossas lidas com os entes”. “O possuidor da técnica, primordialmente sabe como revelar os entes e não apenas como fazê-los”. E ainda “A tecnologia não é primordialmente um modo de fazer coisas, mas um modo de revelar as coisas que precede o fazer” (p. 181). Desse modo, a técnica em sua essência, em sua dinâmica de realização, é desvelamento, verdade.

A técnica de lidar com os doentes é quase sempre entendida no modo instrumental, e não abarca todas as suas possibilidades, de modo que a assistência se torna um fazer que se vela e não se compreende, fundada na impessoalidade que a técnica lhe confere. O

discurso do programa nos documentos e treinamentos enfatiza a necessidade de controle da doença, e asseguramento de que as pessoas seguirão corretamente as prescrições. No ambiente dos serviços, dispõe-se das pessoas no modo da dominação, produzindo quase sempre um fazer mecanizado, onde se requer que tudo seja feito em prol desse objetivo.

No cotidiano da assistência as pessoas expõem seus medos e dificuldades. Geralmente se responsabilizam pelo adoecimento, pelo fato de “não terem se cuidado bem”. Em Heidegger⁶³ vemos que o homem é responsável pelo seu ser, tanto em nível ontológico (ter que ser), quanto em nível ôntico em suas ocupações concretas do cotidiano com os outros seres humanos pelos quais somos responsáveis (familiares e sociedade). Esse tipo de “responsabilidade” deixa ver o homem imerso no discurso do falatório, da repetição de conceitos e opiniões mostrando a falta de solidez, de compromisso com o que se fala, porque se perdeu o sentido original do que se fala. Esse é o sentido de responsabilidade no falatório: censura para aquele que não foi cuidadoso o suficiente para evitar o adoecimento.

É importante compreender que o falatório é um fenômeno positivo, um existencial do homem em sua compreensão do cotidiano. É a compreensão mediana que compreende e se contenta com o que foi dito e, desse modo, permanece imerso na publicidade (coisa pública) que decide o que precisa ser compreendido e fecha o homem para uma compreensão mais originária do seu ser⁵³.

Imersos no falatório e na publicidade do cotidiano a pessoa vivencia a doença, o tratamento e suas exigências, as responsabilidades cotidianas, *o ter que ser*. O dia-a-dia é significativamente alterado pela doença porque ocorrem mudanças no estado de saúde, falta de disposição física, desconforto pelo uso dos remédios, culpabilidade pelo adoecimento, preconceito (aquilo que não se conhece, mas pensa-se que sim), afastamento, medo da perda do *ser-com* e da morte. O doente deseja restabelecer sua saúde e, para isso,

se entrega aos cuidados dos profissionais, submete-se ao tratamento para ficar curado, porque deseja recuperar a normalidade do dia-a-dia conhecido e previsível, que tinha antes da doença e, para isso, precisa superar suas dificuldades pessoais.

O cotidiano da assistência é vivido pelos profissionais com acúmulo de tarefas e pouco tempo para a escuta atenta, aquela que é capaz de colocá-lo no mesmo horizonte da pessoa doente e que possibilita o encontro que vai favorecer a compreensão de sua estrutura vivencial. Assim o profissional decai no impessoal, porque foge daquilo que não quer compreender: o significado da doença em quem a tem. A assistência é geralmente restritiva, com imposições médicas e regras de cuidados, impregnada pelo discurso da técnica e de dominação sobre o corpo do outro. Encobre o que é essencial do cotidiano assistencial: a relação profissional-pessoa doente. A assistência se mantém em uma superficialidade preocupada, com manifestações que encobrem o verdadeiro sentido, que é o cuidado.

Oferece-se um cuidado inautêntico, impessoal, que se antecipa ao outro e não lhe favorece a liberdade⁵³. É um modo deficiente da relação *ser-com*, que privilegia a doença e não a pessoa doente, necessitada de ajuda e assim, preso na atitude técnica, o profissional de saúde só enxerga as vantagens do tratamento que elimina a doença, mas esquece a pessoa, com tudo que ela traz previamente: sua constituição biológica, social, cultural e familiar.

Na compreensão autêntica do que seja a tuberculose os sujeitos a quem se quer entender de modo simples, sem muito esforço, o que é uma característica do *Da-sein*. Imersos no falatório do cotidiano, acham que podem falar a respeito de qualquer coisa, dar conselhos, sugerir condutas, de modo que se torna difícil distinguir o que é verdadeiro, digno de ser pensado e compreendido. É *indecisão*, quando não se sabe de fato, mas pensa-se que compreende. O cuidado exercido de modo autêntico favorece a cura e aproxima os

profissionais entre si e com as pessoas doentes, e pode ser um facilitador para a adesão à terapêutica e para outras ações de saúde em nível de promoção e prevenção.

Sabemos que um paciente bem orientado quanto a sua doença, tratamento e sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos e a valorização de suas queixas estão entre os principais fatores que facilitam a adesão à terapia¹. Medidas individualizadas a cada caso, precisam fazer parte da condução desses eventos. Algumas delas são de fácil execução, o que, com certeza, diminuiria em muito o desconforto dessas pessoas e seria mais um incentivo à continuidade do tratamento. Parece não haver uma ampla responsabilização pelo tratamento e o doente passa a ser o único responsável pelo seu êxito, pois o sistema de saúde já oferece diagnóstico e tratamento gratuitos e profissionais para atendê-los, de modo que o restante cabe a ele.

Em um cuidado pautado nessa compreensão qualquer estratégia para melhorar resultados poderá estar sujeita ao insucesso. Nesse caso, falamos do DOTS, que vem sendo implantado no Brasil para melhorar a adesão ao tratamento para tuberculose. Se esta estratégia tiver como eixo norteador apenas a vigilância quanto à ingestão dos remédios pelas pessoas em tratamento, sem preocupações com os outros aspectos da vida dessas pessoas e dos profissionais que integram os serviços, haverá grandes possibilidades de insucesso.

Ao compreender o modo autêntico do cuidado, aquele que possibilita a realização mais própria da humanidade do homem, que ouve o que o outro tem a dizer, dialoga e não domina, abre-se a possibilidade de transcender o cuidado preso somente aos aspectos normativos, e instaurar-se um novo modo de assistir.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sentido Desvelado

Essa investigação partiu de minhas inquietações profissionais em relação às dificuldades que os doentes tinham em seguir regularmente o tratamento. Mesmo com os recursos e apoio que lhes oferecíamos, sentia que isso não era lhes era suficiente, porque existia um lado que não se resumia no acolhimento prestado em nossa unidade de saúde. Como membro de uma equipe de profissionais de saúde, minha preocupação não se resumia em proporcionar um bom atendimento, pois sabia que sua necessidade estava além dos remédios dos quais faziam uso por estarem se tratando. Gadamer⁶⁴ nos diz que muitas coisas se tornam essenciais no momento de um tratamento, e que este implica em permissão e não somente em prescrição.

Que coisas seriam estas, o que parecia que ficávamos sempre a dever-lhes? Este foi o desafio que se impôs no momento em que decidi partir para ouvi-los: ir à busca da essência deste vivido comum centrado no adoecimento e naquilo que objetivamos: cuidar da saúde. Ouvir também é tratar, mas ouvir com atenção é ultrapassar o tecnicismo que na maior parte das vezes apenas toca o corpo dos pacientes e retira de nós os cuidadores, a consideração com o que se toca.

Tinha claro que estar fragilizado pela tuberculose provocava um sofrimento que transcendia a dinâmica do cotidiano assistencial e, pedia respostas a esse fenômeno complexo e comum em nosso dia-a-dia profissional, e que se mostrava complexo por acontecer no espaço de um serviço voltado para muitas pessoas com diferentes problemas e comum por não causar surpresa no dia-a-dia, o adoecimento de tantas pessoas.

O modo de viver o cotidiano do tratamento se mostrou do mesmo modo que em outros âmbitos da vida porque o homem é um só. Mostrou ser vivido, na maior parte das vezes de modo inautêntico, imerso no falatório e na ambigüidade, que suprime a cada uma a responsabilidade pelo seu poder ser mais próprio, caracterizando-se como um modo deficiente de ser-com. Nesse modo privativo de *ser-com* tudo é banalizado, fácil de ser compreendido, divulgado, subtraindo do homem seu direito de pensar por si, porque essa publicidade uniformiza, encobre e responde por todos, “facilitando” a convivência, já previamente determinada em regras e padrões. Neste modo, o homem vive temendo não agradar aos demais, não corresponder às expectativas dos outros, não ser socialmente aceito, por isso, decai na impessoalidade.

Vivendo em uma sociedade imersa na técnica, conduzimos nosso modo de ser profissional na atitude técnica. Esta é um modo de desenvolver e articular a capacidade humana, que precisa ser adequadamente compreendida para que se possa fazer o melhor uso possível, em favor do homem. Não se pretende desqualificá-la, tampouco divinizá-la, julgando que esta tudo resolve e tudo esgota. Quando analisamos a questão do cotidiano do tratamento da tuberculose podemos perceber o papel dominante da atividade técnica na condução dos processos terapêuticos, notadamente na ação dos fármacos. A expectativa de cura é entregue aos medicamentos que são garantidos pela ciência, mas ela de fato não pode garantir a cura, porque o doente precisa estar sintonizado com quem trata e com a medicação.

O estudo desvelou na questão central deste cotidiano, que está em jogo o homem. Dele não temos todo o conhecimento, pois não há garantias *a priori* de que tudo vai correr segundo a expectativa positiva do profissional. No espaço comum do serviço de saúde, o profissional se ilude ao pensar que detém todo o conhecimento sobre o outro. Ele pensa que por sua experiência tudo sabe, tudo poderá fazer pelo outro. De fato não pode ser

capaz de modificar todas as situações que se apresentam, pois não dispõe de meios que ultrapassem os muros físicos do serviço de saúde. Pode-se dizer que essa é a diferença existente entre o conhecimento sobre os processos vitais do homem e o uso que fazemos dele no campo da saúde, que é basicamente o território da doença⁶⁴.

A doença é um processo natural na existência do homem e ela não deixa de conferir-lhe autenticidade, portanto, os profissionais de saúde não devem subjugar o seu modo de ser. Tratar não se resume em medicar: envolve o toque, a escuta, o diálogo, para que profissional e paciente encontrem um solo comum que possibilite o entendimento. A tarefa do profissional de saúde é restaurar o que se encontra fragilizado em um encontro autêntico, porque o homem é um *ser para o cuidado*.

Ao finalizar essa investigação abriu-se um novo horizonte de compreensão da dinâmica do cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose. Compreendi que novos elementos precisam ser agregados aos já existentes, para a superação da dicotomia ente-ser.

Aspectos fundamentais a esta compreensão precisam ser colocados. No âmbito do conhecimento técnico científico, dispomos dos meios para tratar e curar a maioria das pessoas doentes e prevenir o adoecimento dos expostos ao risco de adoecer. Parte desses meios, notadamente os relacionados ao diagnóstico e acompanhamento dos casos em tratamento, não estão disponíveis equitativamente em todo o país. A estrutura física para o atendimento também não favorece aos profissionais na questão de biossegurança, levando-os ao afastamento pelo receio de adoecerem.

Outro importante aspecto objetivo que chama a atenção é o agir irrefletido que propicia afastamento do ser do outro, quando não se escuta as dificuldades que os doentes trazem na vigência do tratamento. Ao minimizarem as queixas, os desconfortos, as dúvidas, tiram as possibilidades de ser-aí-com. O tempo é pequeno para atender a todos

com qualidade, mas se torna ainda menor se neste atendimento o profissional não avançar sobre o que está escrito no manual técnico. Fecha a possibilidade do encontro, e reafirma a impropriedade da técnica nessa relação.

Os profissionais neste estudo também anunciaram como podem virar esse jogo, que passa pela valorização do conhecimento, por mudanças na forma como o serviço está organizado e pelo modo de atender. As pessoas fragilizadas pela doença e pelo tratamento, desejam encontrar profissionais e serviços com condições para assisti-los com capacidade de resolução. Nesse cotidiano comum encontramos uma palavra que pode reunir e articular esses dois sujeitos e seus objetivos: o interesse. Interesse significa estar entre seres, *vivencialmente ligados*.

O estudo desvelou o sentido do tratamento de tuberculose para pessoas doentes e cuidadores, e mostrou que é necessário e possível aliar conhecimentos para liberar o cuidado do modo impróprio de acontecer. O conhecimento técnico-científico fornece os elementos objetivos do tratamento e a filosofia, origem de toda a possibilidade de conhecimento, fornece a compreensão sobre o homem. Essa articulação proporciona um cuidado com respeito pela condição humana.

Os resultados obtidos nesta investigação podem ser generalizados para situações semelhantes a que foi estudada, posto que a pesquisa fenomenológica trata do contexto da descoberta do conhecimento, e tem por princípio a intencionalidade da escolha de sujeitos participantes, que devem atender aos objetivos que norteiam a investigação sobre o vivido de uma determinada experiência.

Neste estudo não encontrei obstáculos para participação dos sujeitos. Todos se mostraram satisfeitos com o espaço para falarem de suas vivências e nenhuma das pessoas contactadas se recusou a falar, ao contrário: mostraram-se e, com essa atitude cooperativa tornaram possível a construção da tese.

Penso que este estudo pode contribuir para melhorar o Programa. Inicialmente, é fundamental que os gestores se disponham a sentar com os profissionais de saúde para ouvir suas dificuldades e buscarem soluções conjuntas tanto no nível do conjunto das Unidades de Saúde quanto no nível local de cada uma. Ofereço algumas sugestões decorrentes das reflexões advindas dos resultados da pesquisa.

1. As coordenações estadual e municipal, tanto do Programa de Controle da Tuberculose quanto do Programa de Saúde da Família podem trabalhar integradas e articuladas para aperfeiçoar as ações e vencerem as dificuldades estruturais, materiais, as supervisões regulares nas unidades de saúde que oferecem o programa, para ajudar os profissionais a transpor as dificuldades encontradas nos serviços, no nível assistencial e administrativo;
2. Valorizar a estratégia DOTS principalmente no âmbito do Programa de Saúde da Família, pela facilidade de sua operacionalização em um processo de trabalho que tem como princípio a definição de território e a assistência em saúde realizada por equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária pelas famílias deste território. Outro ponto favorável é poder realizar o tratamento supervisionado na modalidade domiciliar com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde, medida que favorece a adesão ao tratamento, minimizando os problemas de deslocamento e de exposição dos doentes;
3. É desejável que os profissionais das unidades de saúde que atuam no programa, agilizem a notificação dos casos para alimentar os níveis subseqüentes do sistema de informação, porque esta desencadeia uma série de medidas indispensáveis ao andamento do programa, como a provisão adequada de medicamentos e outros insumos e permite acompanhar a situação epidemiológica da doença;

4. Melhorar o acesso dos sintomáticos respiratórios e dos doentes ao serviço flexibilizando horário, priorizando o atendimento a esses casos, agilizando a realização e o resultado dos exames solicitados;
5. Outro aspecto em que as unidades podem investir é no acolhimento aos usuários tornando os espaços de permanência mais confortáveis, proporcionar atividades educativas, oferecer tratamento humanizado onde a situação de cada um possa ser valorizada pelos profissionais, a despeito das dificuldades que existem para a realização das atividades.

As sugestões oferecidas para melhorar o programa também podem ser estendidas às instituições formadoras que podem atuar de forma integrada com os serviços na formação dos profissionais, oferecendo um ensino que diminua o hiato entre o conhecimento teórico e a atuação resolutiva. Os estudantes devem ser incentivados a compreenderem a dinâmica dos serviços e da vivência de usuários e de profissionais, e não ficarem presos somente aos aspectos biológicos do processo de adoecimento. As escolas poderiam ampliar a carga horária teórica e prática para o ensino do manejo da doença conforme as orientações contidas no Programa de Controle da Tuberculose, estimulando práticas integradoras das escolas com as unidades de saúde, bem como o desenvolvimento de pesquisas nesta importante área.

Agora é chegado o momento de finalizar esta investigação. Ela decerto, não está acabada, mas encerrada naquilo que foi seu empreendimento, ao captar as estruturas de significado do fenômeno tratamento em um cotidiano assistencial. Fazer este estudo foi muito importante para minha realização profissional e pessoal, pois oportunizou um espaço para profissionais e doentes se manifestarem sobre suas vivências em um aspecto comum que os ligava: o tratamento da tuberculose, e assim chegar à essência do fenômeno

estudado. Dela posso extrair um fundamento que creio, poderá ser utilizado em prol dos que queremos ajudar na luta contra a tuberculose: não aceitar o modo pelo qual a tradição normativa pode saltar por sobre o ser-aí-com-tuberculose. Assim, trago para esta finalização, ainda que temporária, um trecho do poeta Hölderlin sobre a vida do homem:

“Ora, onde mora o perigo é lá que também cresce o que salva”. (Hölderlin)

REFERÊNCIAS

- 1- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o controle da Tuberculose**. Cadernos de Atenção Básica. 6ª ed. – Brasília, 2002.
- 2- JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA. **II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose**. Brasília, v. 30, sup. 1, jun. 2004.
- 3- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **DOTS: Directly Observed Treatment Short-course**. Use DOTS more widely – Global Tuberculosis Program, 1998.
- 4- PUBLIC HEALTH WATCH. **Política de TB no Brasil: uma perspectiva da sociedade civil**. Open Society Institute, 2007.
- 5- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 6. ed., 2005.
- 6- RUFFINO NETO, A.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais**. São Paulo, Instituto do Milênio da rede TB, 2006.
- 7- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. – Rio de Janeiro, 2000.
- 8- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Morbidade e Informações Epidemiológicas**. Disponível em: www.DATASUS.gov.br. Acesso em 18/11/2006.
- 9- SILVA, A.M.B.F. **Cotidiano dos portadores de tuberculose inscritos em Programa de Controle da Tuberculose de um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro**. 2006. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- 10- CARVALHO, E.T. Filho; ALENCAR, Y.M.G. **Teorias do envelhecimento**. In: Carvalho ET Filho, Papaléo M Neto. Manual de Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994.

- 11- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, 2005.
- 12- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Sistema de Informação sobre Mortalidade.
- 13- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA (Pará). **Coordenação Estadual de Pneumologia Sanitária**. Belém, 2006.
- 14- LIMA, M.B.; MELLO, D.A.; MORAIS, A.P.P. *et al.* **Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil)**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Jul./ago. 2001, vol. 17, n. 4, p.355-365. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24 de outubro de 2005.
- 15- BARROSO, E.C.; MOTA, R.M.S.; MORAIS, M.F.M. *et al.* **Fatores associados aos tratamentos inadequados em grupo de portadores de tuberculose multirresistente**. Jornal de Pneumologia. Rio de Janeiro, nov./dez. 2003, vol.29, n. 6, p.350-357. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 24 outubro 2005.
- 16- GONÇALVES, H.; COSTA, J.S.D.; MENEZES, A.M.B. *et al.* **Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, out./dez. 1999, vol.15, n.4, p.777-787. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 24 de outubro 2005.
- 17- BERTAZONE, E.C.; GIR, E.; HAYASHIDA, M. **Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem ao portador de tuberculose pulmonar**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, maio/junho 2005, vol. 13, n. 3, p. 374-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 24 e outubro de 2005.
- 18- OLIVEIRA, H.B.; MOREIRA FILHO, D.C. **Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, out. 2000, vol.34, n. 5, p.437-443. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 24 outubro 2005.
- 19- HIJJAR, M.A. **Tuberculose: desafio permanente**. Editorial. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2. mar/abr 2005.
- 20- MORRONE, N. *et al.* **Tuberculose: tratamento supervisionado “vs” tratamento auto administrado**. Experiência ambulatorial em instituição filantrópica e revisão de literatura. Jornal de Pneumologia, Rio de Janeiro, 1999, v. 25, n. 4.

- 21- COSTA NETO, C. **Tuberculose, Vila Rosário e a cadeia de misérias, angústias e reflexões de um cidadão.** Boletim de Pneumologia Sanitária, Rio de Janeiro, jul/dez, 2003, v. 11, n. 2, p. 25-40.
- 22- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control.** Report 2001.
- 23- GONÇALVES, H. **A tuberculose ao longo dos tempos.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, jul/out. 2000. v. 7, n. 2, p. 305-327.
- 24- NASCIMENTO, L.F.C. **Incidência da tuberculose na infância no Sudeste do Brasil, no ano de 1996.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov./dez. 2004, v. 20, n. 6, p. 1749-1752.
- 25- VICENTIN, G.; SANTO, A.H.; CARVALHO, M.S. **Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro.** Ciência e saúde coletiva. 2002, v. 7, n. 2, p. 253-263. disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 28 de novembro de 2005.
- 26- BERTAZONE, E.C.; GIR, E. **Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo, jan. 2000, v. 8, n. 1, p. 115-122. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 24 Outubro 2005.
- 27- SELIG, L.; BELO, M.; CUNHA, A.J.L.A.; et al. **Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro.** Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo, jul./ago. 2004, v. 30, n. 4 p.335-342. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 28 Novembro 2005.
- 28- OLIVEIRA, H.B.; MARIN-LEON, L.; GARDINALI, J. **Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas – SP.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo, mar/abr. 2005, v.31, n.2, p.133-138.
- 29- NOGUEIRA, P.A.; MALUCELLI, M.I.C.; ABRAHÃO, R.M.C.M. et al. **Avaliação das informações de tuberculose (1989-1999) de um Centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo.** Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, ago. 2001, v.4 n.2, p.131-138.

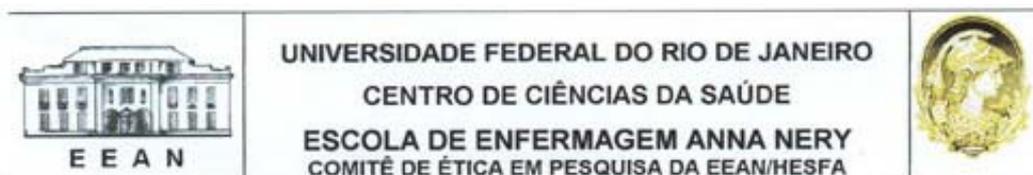
- 30- CAMPOS, H.M.A.; ALBUQUERQUE, M.F.L.; CAMPELO, A.R.L. et al. **O retratamento da tuberculose no município do Recife, 1997: uma abordagem epidemiológica.** *Jornal de Pneumologia, São Paulo*, set/out. 2000, v. 26, n. 5, p.235-240.
- 31- JOB, J.R.P.P.; GOZZANO, J.O.A.; BERNARDES JUNIOR, O.R. et al. **Informações que antecederam o diagnóstico de tuberculose pulmonar e tempo decorrido até o início do tratamento em pacientes matriculados em Centro de Saúde, São Paulo (Brasil).** *Revista de Saúde Pública. São Paulo*, jan./fev. 1986, v. 20, n. 1, p.21-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em; 24 Outubro 2005.
- 32- RODRIGUES, I.L.A. **Representações sociais de clientes sobre a tuberculose: desvendar para melhor cuidar.** 2003. 100 f. Dissertação (Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 2003.
- 33- *Jornal de Pneumologia. I Consenso Brasileiro de Tuberculose.* São Paulo, nov-dez. 1997, v. 23, n. 6.
- 34- CAVALCANTE, S. et al. **A implantação da estratégia DOTS na cidade do Rio de Janeiro.** Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Pneumologia Sanitária. Rio de Janeiro, 2002.
- 35- MUNIZ, J.N.; VILLA, T.C.S.; MONROE, A.A.; HINO, P. **Construindo e Organizando a Prática do Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose.** *Revista Espaço para a Saúde*, jun, 2001, v. 2. n. 2 Disponível em: <http://www.google.com.br>. Acesso em: 25 de novembro de 2005.
- 36- VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle de tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do cliente.** 2001. 197 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2001.
- 37- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. **Reunion Regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis.** Informe final. Ecuador, 1997.
- 38- SUAREZ, G.P. **Uma brecha no Peru.** In: KOCHI, A. Is DOTS the Health breakthrough of the 1990s? *World Health Forum*; Geneva, v. 18, p. 235-236, 1997.
- 39- WHO (World Health Organization). Report 2003. www.who/cds/tb/2003.

- 40- DALCOMO, M.M.P. **Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado como estratégia de redução do abandono no tratamento da tuberculose no Brasil**. 2000. 136 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo, 2000.
- 41- NOGUEIRA, L.M.; TOCANTINS, F.R.; SOUZA, F.B.A. **Avaliação da eficácia da estratégia DOTS em um Centro Municipal de Saúde**. Boletim de Pneumologia Sanitária. Rio de Janeiro, 2005, v. 3, n. 4.
- 42- RUFFINO NETTO, A. **Carga da tuberculose**: reflexões sobre o tema – Editorial. Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo, jul/ago, 2004, v. 30, n. 4, p. 307-309.
- 43- ZELJKO, L. **Heidegger** – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- 44- FORGHIERI, Y.C. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, método e pesquisas. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- 45- MALVEIRA, E.A.P. **A Enfermagem no cuidado de saúde à criança em unidades básicas**: uma abordagem fenomenológica. 1998. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 1998.
- 46- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. São Paulo: Moraes, 1989.
- 47- THOMAE, A. **Quaestiones Disputatae de Veritate (Quaestio Prima)**. Opera Omnia. Tomus XXII. Volumen I Fasc. 2. Iussu Leonis XII P. M. Edita. Romae ad Sanctae Sabinae. 1970.
- 48- BRENTANO, F. **Psychology from an Empirical Standpoint**. Ed. By L.L McAlister. London: Routledge & Kegan Paul, 1973.
- 49- ABBAGNANO, N. **Dicionário Filosófico**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- 50- HUSSERL, E. **Logical Investigations (Volume II)**. Routledge. London and New York, 2001.
- 51- _____ **A idéia da fenomenologia**. Edições 70, Lisboa, Portugal, 2000.

- 52- HEIDEGGER, M. **Meu caminho Para a Fenomenologia**. Tradução Ernildo Stein. Disponível em: http://heidegger.hpg.ig.com.br/meu_caminho.htm. Acesso em 28/11/05.
- 53- _____ **Ser e Tempo**. 10. ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, v. 1., 2000.
- 54- LÓS DE ALCÂNTARA, L.F.F. **Enfermeiras cuidando de mulheres com câncer de mama em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar**. 2002. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 2002.
- 55- SÁ, A.M.M. **O cotidiano de ser hanseniano: um estudo de enfermagem**. 2003. 99 f. Dissertação (Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 2003.
- 56- INWOOD, M.J. **Dicionário de Heidegger**. Tradução, Luiza Buarque de Holanda. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- 57- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.
- 58- CHRISTIAN, D. **Heidegger: introdução a uma leitura**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2004.
- 59- CARVALHO, A.S. **Metodologia da Entrevista: uma abordagem fenomenológica**, 2. ed. Rio de Janeiro: AGIR, 1991.
- 60- HERMAN, N. **Hermenêutica e Educação**. Rio de Janeiro: DP&a, 2002
- 61- HEIDEGGER, M. **Ontologia: hermenêutica de la facticidad**. Alianza Editorial, Madrid, 1999.
- 62- _____ A questão da técnica. In: _____ **Ensaio e conferências**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.
- 63- ZELJKO, L. Origem e sentido da responsabilidade em Heidegger. *Veritas*. Porto Alegre, v. 44, n. 1, março de 1999, p. 201-220.

- 64- GADAMER, H-G. O caráter oculto da saúde: Tradução de Antonio Luiz Costa. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

ANEXO A



Protocolo n° 046/06

Título do Projeto: O cotidiano assistencial do tratamento da tuberculose

Pesquisador Responsável: Antonia Margareth Moita Sá

Instituição onde a pesquisa será realizada: Universidade do Estado do Pará

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 14/06/06

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 29 de junho de 2006.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma.

Rio de Janeiro, 30 de junho de 2006



Marcia Tereza Luz Lisboa
Coordenadora CEP-EEAN/HESFA

ANEXO B



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO À SAÚDE

AUTORIZAÇÃO GABS/SESMA 24/2006.

Considerando o Processo nº 36/2006 Comissão de análise de Projetos de Pesquisa da SESMA de 02/08/2006 o qual reúne documentação necessária para autorização para realização do Projeto de Pesquisa Intitulado "O cotidiano assistencial do tratamento para tuberculose" de autoria da acadêmica Antonia Margareth Moita Sá.

Considerando parecer nº 35/2006 da Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa.

Resolve, autorizar a realização do projeto de pesquisa supra citado nas Unidades Municipais de Saúde do Guamá e Telegrafo sob supervisão da Comissão de Análise de Projetos e Pesquisa da SESMA.

Belém (PA), 02 de agosto de 2006.



MANOEL FRANCISCO DIAS PANTOJA
Secretário Municipal de Saúde



NÚCLEO DE PROMOÇÃO À SAÚDE
Rua Manoel Barata, no. 889 – Comércio
Prédio do Ministério da Saúde, 2º andar, sala 215.
CEP: 66010-140 / Fone/Fax: (91) 3224-3887



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**O Cotidiano Assistencial do Tratamento da Tuberculose**” que tem como objetivo compreender o cotidiano da dinâmica assistencial do tratamento da tuberculose. A pesquisa terá duração de três anos.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo, pois adotarei numeração para garantir seu anonimato. Os dados coletados serão utilizados apenas **nesta** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com as instituições envolvidas no estudo, a saber: Centro de Saúde Escola do Marco, Unidade Municipal de Saúde do Guamá e Unidade Municipal de Saúde do Telégrafo, ambas localizadas no município de Belém-Pa.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder livremente a perguntas abertas que deverão ser gravadas, se você autorizar. Esclareço que as gravações serão destruídas após cinco do término da pesquisa.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Não haverá **riscos** de qualquer natureza relacionados com a sua participação. Os **benefícios** desta pesquisa são: melhorar compreensão da dinâmica assistencial do tratamento aos doentes de tuberculose e melhorar a qualidade da assistência com reflexos positivos nos indicadores da doença.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail e endereço do pesquisador principal e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Antonia Margareth Moita Sá – Pesquisadora
E-mail: margarethmsa@gmail.com – Avenida 25 de Setembro 2558, Belém-Pa.
E-mail: bete.paz@gmail.com

Nome e assinatura do pesquisador

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Belém, ___/___/___

Assinatura do participante

APÊNDICE B

ENTREVISTAS

GRUPO I (profissionais)

Entrevista 1

1-Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Primeiro eles são encaminhados, eles não vêm de demanda espontânea, eles são encaminhados pelo programa, geralmente pela técnica de enfermagem, e são pacientes que vêm em primeiro lugar para fazer o teste do HIV e precisam de um acompanhamento psicológico para fazer o teste. A outra demanda é daqueles que estão com dificuldade de enfrentar a medicação, eu diria um pouco de resistência ao tratamento, são ausentes, não sabem cumprir o que tem que ser seguido pelo programa de tuberculose, então esses pacientes são encaminhados pra mim. Às vezes são pacientes que deprimem em função do diagnóstico e são passados pra cá pra eu trabalhar a auto estima deles, a questão da cura porque muitos deles têm uma impressão que a tuberculose é interligada com a antiguidade como se não tivesse cura. Vejo que eles recebem bastante informação no primeiro dia que eles chegam aqui, mas não dá tempo deles irem elaborando isso, até mesmo pela própria resistência que o paciente faz perante aquela doença, que é uma doença assim para os leigos, para a população, uma forma muito constrangedora, tem muito preconceito, é pouco explicada, até para nós profissionais que trabalhamos na área já tem muita coisa que a gente não sabe, imagine para o leigo. Eu acho que as propagandas não são suficientes para colocar a população a par dos sintomas, do que é a tuberculose, então eu vejo assim: são esses os pacientes que são mandados pra mim, não são todos, eles são escolhidos basicamente de acordo com o que eles estão sentindo, não é uma rotina, eles passam na assistente social, na enfermeira, no médico, mas na psicologia ficou só o HIV e esses pacientes que estão apresentando algum problema especial, algum familiar que incomoda ou problema no trabalho, não há uma rotina como há nas outras profissões. Eu faço mesmo é uma terapia de apoio que é ao uso prolongado de determinada medicação, porque a demanda que o paciente traz pra mim é que ele não gosta de ficar muito tempo tomando remédio, de ter que vir frequentemente na unidade, ele se tomou como uma pessoa doente, então é trabalhado isso, essa importância do uso da medicação. Eu trabalho exatamente assim que tipo de doença, também porque parece assim que no primeiro momento eles recebem muitas informações e que só depois é que eles vão começar a codificar a duração, como é a forma de transmissão, então assim, no consultório eu acabo reforçando isso pro paciente.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Pra mim é muito bom porque o trabalho da psicologia dentro da rede da saúde pública não tem que ter uma terapia em si porque nós temos um grupo muito grande de pessoas que a gente poderia através de uma orientação conseguir um estado emocional, psíquico muito melhor, então assim teríamos uma contribuição pra dar a todos os tratamentos que estão sendo feitos dentro da unidade, desde o programa da grávida, até esses de hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão, porque se a gente ver à pessoa como um todo, nós não

estaremos enxergando somente o progresso médico, só aquela patologia, só a doença da tuberculose, por exemplo, então a gente tem esse paciente que chega com toda uma situação e eu diria assim, todos nós somos voltados para uma escuta dentro daquilo que nos prepararam então, eu vejo muito a escuta de cada um: para onde vai direcionada a escuta do médico? É para aquele sintoma básico do paciente, não é verdade? Aí cada profissional vai direcionando para aquilo que foi preparado, a preocupação com a medicação, com a higiene, e outros. A psicologia está pra escutar o emocional, como é que o paciente está como ele está se sentindo, o contexto familiar porque muitas vezes o paciente se torna digamos, resistente porque a família é resistente, não é nem o paciente, o paciente e todos nós queremos a sua cura, todos nós queremos viver bem e às vezes a própria família coloca você naquele papel de doente, de pessoa que precisa de cuidados. Eu acho que a contribuição da psicologia não é só no campo da tuberculose, mas em todas as outras patologias ela deveria fazer parte por isso, por esse olhar que o profissional tem, e eu como profissional tenho um ganho porque assim o paciente que vem de demanda espontânea pra nós sinaliza o seu próprio desejo, a sua necessidade, não é o caso do paciente de tuberculose que vem aqui porque foi mandado, ele não bate na minha porta. Eu acho muito importante chegar próximo do paciente pra que ele possa colocar determinadas coisas que estão ocultas, facilitar para que ele fale aquilo que ele sente, mas não sabe como transmitir. A psicologia é uma coisa muito nova, então as pessoas procuram mais o médico e nem sempre a gente precisa de um médico, mas de outros profissionais que já tem na rede, eu diria que a gente é capaz, mas a própria população não sabe como utilizar e a psicologia é uma delas. Com a enfermagem é a mesma situação porque dificilmente o cliente vem procurar a enfermeira numa unidade, embora a gente saiba que tem um grande serviço através da enfermeira. Ela tem o que é dela, o que é de responsabilidade dela e ninguém chega e diz: eu queria falar com uma enfermeira. É preciso você encaminhar e dizer o que ela faz. Então eu diria que é culpa dos nossos profissionais.

Eu gosto muito de fazer palestras no pré-natal daqui, porque é onde eu coloco o que é psicologia, sempre que eu inicio uma palestra eu não falo da grávida, eu falo da psicologia pra eu dar a elas um conhecimento dessa ciência que é nova e que também faz bem pra elas tanto quanto faz o uso da medicina. Então pra eu trabalhar com tuberculose no caso eu aprendo, eu aprendo o que demanda o paciente, como se sente esse paciente e se a gente não atender a gente não sabe. Na faculdade a gente aprende as teorias e na prática é que a gente vai ver como o ser humano se comporta ver as diferentes realidades: da capital, de outros estados, do interior, que já apresenta outra realidade onde as pessoas se isolam. Eu gosto de trabalhar porque eu tenho tudo isso, essa demanda bem diversificada em função de trabalhar no sistema público, e que me enriquece muito enquanto profissional. Eu não atendo somente aquele que tem um problema familiar ou aquele que deprime ou o psicótico; eu atendo também o paciente de tuberculose, de hanseníase, a grávida, o hipertenso e isso vão enriquecendo a gente.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Bem, é como eu falo: a princípio por eu não saber nada de tuberculose, eu sentia assim muito medo, receio de me aproximar das pessoas até porque eu não sabia. Então como é que eu vou me portar, será que eu vou adoecer? Eu vou cuidar dos outros e eu estarei adoecendo, não no mês da minha escuta, daquilo que eu sabia que era possível, mas em termos exatamente da doença, que se eu falo hoje que o leigo não tem essa informação, eu como profissional que tinha que trabalhar na área, que tinha que receber o paciente aqui, eu não sabia como lidar, eu não sabia nada sobre a doença, eu diria. Então assim, isso traz certo receio, como o tempo, eu já tenho quatorze anos dentro da Unidade, então eu fiquei

percebendo que não podia ser assim. Eu fui perguntando, me chegando vendo quem sabia e aí eu fui tomando outra posição. Então pra mim hoje o paciente de tuberculose é igualzinho ao paciente de hipertensão, de diabetes, entendeu? O cuidado que eu tenho sempre é de observar o prontuário, tipo assim, como ontem, por exemplo, o paciente recente chegou à Unidade e já mandaram pra mim por causa do HIV. Aí ele estava tossindo muito, sem nenhum lenço, sem nada e eu de porta fechada porque ainda tem isso, se eu recebo um paciente com o prontuário na mão, se é hanseníase, se é TB, se é diabetes o paciente entra e eu coloco a porta fechada e com o ar ligado, em seguida eu atendo uma grávida que eu não sei se estava grávida, se é uma pessoa que tem uma probabilidade eu diria para ficar com o sistema imunológico mais baixo, não ter a resistência que eu tenho. Então assim não tenho nenhuma preparação eu fecho a porta e depois que eu abro o prontuário é que eu vou ver que o paciente é de TB e aí, por exemplo, no caso das nossas perguntas só de HIV são quase 62 perguntas que eu tenho que fazer pra esse paciente e ele a bom tossir. Então eu fui, levantei, dei um lenço pra esse paciente e aí falei perguntei se ele já estava fazendo a medicação ou se ele ainda ia começar aquelas coisas todas. Então eu sou uma minoria e hoje isso não me assusta, eu já não tenho mais o medo que tinha antigamente. Antigamente eu tinha medo de contrair a doença entendeu? Não era de eu não dar conta dessa minha profissão, mas era assim, será que eu vou entrar nessa se eu atender as pessoas e aí as vezes eu ficava chateada até com as próprias colegas porque, tipo assim, elas sabem e me mandam eu até pensava, pôxa, elas sabem que esse paciente já não era pra vir pra mim, que a minha sala não está apropriada pra atender paciente de TB como a sala de DT que é uma sala aberta com ventilador, a pneumologista com ventilador e eu nesta sala fechada nesse ar condicionado. Hoje eu já me posicionei melhor, quando vejo eu me distancio. Eu criei algumas regras, tem paciente assim que eu vejo que está muito debilitado, quando eu abro a porta e já olho pro prontuário, já tenho esse conhecimento eu diria até do próprio físico do paciente, quer dizer é o tempo que vai dando isso pra gente eu olhei pro paciente, eu olho eu mando aguardar um instantinho, eu faço tudo que é burocrático, que eu posso, entendeu? Que eu posso tirar do prontuário dele e depois o chamo pra ser mais breve possível o tempo dele nessa sala, que ele dure o mínimo aqui possível pra esse atendimento de HIV porque aí depois quando ele tem, apresenta resistência (melhora) ao tratamento ele já vem num momento em que a medicação já fez efeito, já está mais instruído, já não tem a tosse porque isso me preocupa até hoje.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Eu acho que talvez a minha agonia seja essa e realmente, assim foi bom o espaço, porque geralmente a gente fala nos corredores, mas chamar uma equipe multidisciplinar pra saber como é que anda o nosso trabalho, quais as nossas dificuldades, pra que a gente possa entender melhor o que ele quer, porque às vezes, por exemplo, dentro da nossa área a gente vai fazendo as nossas capacitações, mas nenhum colega nos passa o que ele gostaria o que está faltando mais, ou o que ele mais vê que precisaria do apoio de um psicólogo e também é isso, o psicólogo também não chega até o médico, a uma enfermagem, vamos dizer a um nutricionista pra colocar a dificuldade dele, eu acho que deveria ter no caso de quem trabalha dessa forma o paciente visto como um todo já deveria ter esse espaço dentro das unidades básicas pra gente discutir melhor nem que fosse uma vez por semestre a questão das mudanças dentro do sistema de saúde pra que nós pudéssemos realmente mesmo que cada um no seu consultório agisse de forma mais significativa àquela patologia daquele paciente, ajudar melhor o paciente.

Entrevista 2

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz, o seu modo de atender a essas pessoas.

Normalmente recebemos o paciente diagnosticado. É normal porque nós temos aqui na Unidade um serviço que funciona que passa tipo uma triagem e quando eles têm sintoma respiratório eles já são encaminhados para exame de escarro, mas às vezes recebemos pacientes só sintomáticos respiratórios, aí vamos em busca disso, tanto pela clínica, pelos sintomas que ele relata, e auxiliado pelo exame de escarro que é o exame que inicialmente solicitamos, mas com relação ao paciente que já vem diagnosticando o que observamos é que ele já vem traumatizado por que ele já sabe que esta com tuberculose e é uma doença que ninguém quer ter, mesmo a gente afirmando ao paciente que tem cura. Então, quando eu fico com o paciente a minha conduta é evitar entrar com o diagnóstico de primeira, eu primeiramente converso com o paciente para observar como ele está, o emocional dele, e eu digo que a doença tem cura, eu sempre gosto de frizar isto, embora o tratamento seja de seis meses, mas com toda certeza absoluta vai ser uma doença que tem cura, porque isso já transmite uma segurança e eu vou com isso, conseguir que o paciente se interesse pelo tratamento. Eu informo ao paciente que é uma doença em que você vai ter certas limitações, se usa álcool ou cigarro frequentemente, eu já vou fazendo uma educação com ele para ver se ele adere realmente ao tratamento e sempre dou importância a um acompanhante, pois isso irá me garantir que ele está fazendo direitinho que ele vai ter uma pessoa que vai ajudar. A minha conduta é essa, porque eu sinto que o paciente que vem com a doença quer logo melhorar dos sintomas, e a importância para nós é a duração do tratamento, é que ele faça seis meses de tratamento, porque só melhorar os sintomas não vai resolver o problema dele.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Eu acredito que só com isso a gente vai conseguir melhorar esse quadro permanente de doentes, porque essa é uma doença que é facilmente transmitida, porque geralmente são pessoas que tem um convívio sem esclarecimento, usam utensílios um do outro, e eu acredito que se eu não fizer o esclarecimento, se eu não instruí-lo como é que adquire isso não vai resolver nada, então a minha intenção é conseguir a cura do paciente e esclarecer para a família, o modo como ele conseguiu ter aquela doença e fazer com que o outro comunicante não desenvolva doença e, tratando as pessoas corretamente, estou ajudando a evitar a disseminação da doença. Eu trabalho na saúde pública visando à melhoria de toda a comunidade e promover a saúde é uma meta que eu quero atingir.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

É um trabalho que eu gosto de fazer, porque como nós falamos no início: a gente vê a cura, então eu sinto dificuldade em pacientes que tem uma doença que eu não posso dizer a mesma coisa. Eu não digo que não tem cura quando me deparo com um paciente que não tenha cura, mas quando eu trato uma doença que tem cura, a gente tem certeza disso, para mim é uma grande realização. A importância de eu dizer a ele que tem cura embora ele tenha que participar disso, por que se não eu não terei este êxito.

4-Você gostaria de fazer algum comentário?

Às vezes é difícil tratar a tuberculose porque nos deparamos com casos complicados, com erros inclusive de indicação dos medicamentos. Eu trabalho em outra unidade de saúde onde nós passamos por diversos problemas, inclusive a dificuldade de fazer o controle mensal por meio das baciloscopias. Temos um paciente que veio de um pneumologista de fora com diagnóstico de recidiva de tuberculose, sendo que o primeiro adoecimento foi há mais de cinco anos e ele (o pneumologista) indicou o esquema IR, quando deveria ser o esquema I, e o paciente não está aderindo bem à medicação. Pedi pra ele vir acompanhado da mãe porque ele é analfabeto e não entende as orientações, e com isso, fica muito difícil o entendimento. Noutro caso o paciente afirma que só Jesus é quem cura então, a parte religiosa às vezes interfere no tratamento, esse paciente é alcoólatra e também tem problema de falta de adesão. Ele já fez um tratamento anterior e recebeu alto curado, mas está novamente doente, inclusive eu já solicitei a cultura do escarro, mas não sei se ele fez porque ainda não trouxe o resultado. Ele mora só, apesar de ter mulher, filhos e mãe e de ser irmão de uma funcionária da unidade de saúde. Acho que, pelo menos nesses casos mais difíceis o tratamento deveria ser supervisionado, não temos muitos casos, mas mesmo assim a equipe não é eficaz e está faltando interação.

Entrevista 3

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Olha, na minha sala, na sala de DT, eu atendo os pacientes de doenças transmissíveis, Auto Administrado, atendo de Hanseníase, faço o DOTS que é a medicação supervisionada na primeira fase que é diária e na segunda fase que é duas vezes por semana e o paciente de DST que me procura e alguém que procura que quer o atendimento, porque eu faço o pedido de PPD, de escarro, tudo é lá na sala e o atendimento de comunicantes também. Apresento o exame de escarro se for positivo, matriculo na Unidade se for do bairro, e dou orientação, que ele vai entrar no tratamento do DOTS, fazendo a medicação supervisionada, sempre orientando sobre a doença o tempo de tratamento, as reações da medicação, a importância do tratamento, falo sobre alimentação, higiene, e falo sobre os profissionais da unidade com os quais ele tem que passar: enfermeiro, psicólogo, serviço social. É uma orientação para que eles entendam que é uma doença que tem cura, que o tratamento é rápido, de seis meses.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Eu acho que aquele que dá um diagnóstico de tuberculose é diferente, tem que se empenhar se inteirar para fazer o tratamento correto, principalmente o DOTS que são os pacientes que mais necessitam que são positivos. Mesmo sendo auto administrado a gente tem muito cuidado com isso. O DOTS que são os pacientes especiais também, que têm problemas de diabetes, doente mental, alcoólatra, idoso, tudo isso torna mais difícil o tratamento. Gosto de trabalhar com eles, trabalho há mais de 40 anos, eu me sinto bem, gosto de tratar e trato com carinho, dou tudo de mim, me preocupo muito em evitar o abandono.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Eu gosto do trabalho, eu me sinto bem até hoje, desde quando iniciou e antes mesmo, eu me identifico bem com os pacientes de tuberculose e de hanseníase e acho que até agora ainda não me deu assim, dizer se eu não gosto, eu não quero. Eu me preocupo muito com eles, inclusive quando eles faltam, eu vou atrás mesmo, vou à procura deles pra resgatar porque uma alta de abandono é triste, eu acho muito triste, eu fico muito triste quando tem uma alta de abandono. Eu me sinto bem, sem problemas.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Eu sinto muito a falta de apoio da enfermeira, do atendimento da enfermeira. Do médico eu me identifico bem com eles e eu procuro muito a pneumologista, qualquer problema eu estou ligando pra ela, mesmo ela estando num horário diferente do meu, mas eu me comunico e me dou muito bem com o atendimento da pneumologista principalmente a doutora da tarde, e assim, eu sinto muita falta do atendimento da enfermagem, mesmo assim corro para um lado e pra outro, vou com um que não quer atender, vou com a médica, sabe? É o atendimento e a gente está fazendo um trabalho também com os comunicantes que é com a doutora da tarde, eu tenho o aval dela de pedir PPD solicitar o escarro e pedir até o raios-X, porque ela já deixa o impresso pra mim porque a gente está fazendo o trabalho com os comunicantes, inclusive estão sendo até descoberto muitos casos entre comunicantes. Eu acredito que este programa de atendimento no DOTS, foi muito bom para a unidade, não temos casos de abandono, é muito importante toda essa experiência de DOTS.

Entrevista 4

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Trabalho em uma unidade de referência e a maioria dos casos, não a maioria por que eu não tenho esses dados exatamente, mas um percentual que não é desprezível dos casos que já são encaminhados por outros colegas médicos ou profissionais da área de saúde como a enfermeira ou um médico, e um outro percentual é o caso que nós diagnosticamos aqui, a partir de uma impressão inicial quando ele chega para a gente por algum motivo respiratório. Uma vez diagnosticada aqui no serviço, a gente conta como apoio de multiprofissionais e prescreve as medicações para o caso, solicitamos o exame anti-HIV para todos os pacientes, notificamos os casos e encaminhamos para o serviço de enfermagem e também serviço social, onde a gente imagina, eu não tenho contato direto, (não tenho contato em cada caso, com outro profissional, enfermeiro ou assistente social para saber com ele o que foi feito), se teve algum problema, a gente imagina que eles passam por estes profissionais, têm as orientações do tratamento em si de como vai proceder e de outras questões mais. A gente orienta os pacientes em relação aos contatos, antigamente até a gente só orientava que como eles não são aqui da unidade, na maioria dos casos a gente está orientando para essas pessoas procurarem a sua unidade de origem para que estes contactantes fossem avaliados, só que o ponto que a gente nota que a maioria por algum motivo não procura chamar os contactantes para que venham aqui, e sejam avaliados aqui com os nossos serviços.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

É agradável. Infelizmente a questão do tratamento de tuberculose, por que eu percebo que se o profissional não faz alguma coisa envolvido, encantado pelo processo, ele deixa bastante a desejar e como eu considero isso, não é elogio é fato, enquanto alguém que está envolvido no tratamento, temos tido um retorno bem diferenciado do tratamento. Não estou falando em termos de resolução do problema, que a coisa é bem mais à frente, temos um resultado do tratamento naquele paciente e esperamos agora com outra abordagem em relação à família o retorno tem sido interessante, tem sido satisfatório e isso você visando àquele paciente, resolver aquele problema, mas o outro lado da história faz a gente se sentir só como um processo, uma pequena parte de um processo, aí a gente tem procurado se introduzir e participar, a gente tem procurado estudar um pouco mais um ou outro aspecto do problema para tentar contribuir ir um pouquinho além de ficar só naquela de tratar o paciente e orientar a família, buscar contato eventual com o doente ou necessidade de algum outro procedimento.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Minha ação como médica, na questão do tratamento, de prevenção se consegue por pesquisar na questão da ação médica. Eu acho que a coisa esta tomando o caminho que eu gostaria que tomasse, eu já vinha envolvida no tratamento e na prevenção, algum tempo e alguma coisa em relação à pesquisa. Mais recentemente a gente formou um grupo maior de multiprofissionais na atenção a tuberculose e isso tem sido satisfatório, porque eu acho que isso contribui para a melhora do controle da doença. Eu me sinto integrada ao processo de atenção de controle do problema. É claro que isso é muito pouco para resolver, mais isso é um tijolinho que está fazendo parte desse processo que é necessário.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Analisar o dia-a dia do problema que é isso que vai trazer subsídios para futuras atuações e ações. É nesse “binômio” do médico do paciente no dia-a dia e saber a quantas anda a questão dele, se a sua família está ciente, se está preocupada no processo, é nisso que eu acho que uma grande parte do problema vai ter a sua resolução ou pelo menos uma ação positiva, eficaz. É claro que tem uma outra história de condição de vida e tudo mais no nosso dia-a dia, nas questões do dia-a-dia muitas vezes se perdem por que fica só entre o médico e o paciente, sem a gente saber o que está acontecendo com aquele profissional com aquele paciente, o que aconteceu aqui ou ali, a gente perde esse dado as vezes e isso, esse refinamento é interessante.

Entrevista 5

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

A clientela maior é pela parte da manhã, não são todos os dias que eu atendo paciente que está fazendo o tratamento da Unidade, mas quando ele vem a gente atende, ele vem mais pela parte da manhã devido à questão do DOTS. Pela parte da tarde um ou outro a gente atende, às vezes dá um ou outro um caso novo, então a gente realiza a consulta de

enfermagem, esse paciente a gente encaminha para o restante da Equipe, serviço social, a psicóloga, à tarde especificamente com a enfermagem, realizamos a consulta de enfermagem.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Escutar o paciente com todos os passos, anamnese, exame físico. Em relação a este, eu tenho dificuldade em fazer a ausculta pulmonar, pois não tivemos esta prática acadêmica. Estou buscando isso, aperfeiçoar, estou dando minha consulta, mas a dificuldade é isso que eu sinto na consulta de enfermagem e as orientações; iremos orientar o paciente tudo que for necessário, não tudo na primeira consulta. Aqui na unidade pela parte da tarde atendemos os pacientes, tanto pode ser o de primeira vez quanto o subsequente, quando ele recebe a consulta com a enfermeira, mas ele também é atendido com o nosso pessoal de nível médio, como o técnico de enfermagem e também encaminhado para o serviço social, odontólogo, se necessário, porque às vezes esquecemos de avaliar problemas, perguntar ou dar apenas uma olhada, não que a gente vá fazer uma avaliação odontológica, mas é o mínimo que devemos fazer, o paciente pede para a gente ver se tem alguma coisa e a gente vê se tem algum problema e aí sim se precisar, tiver uma cárie ou algum problema a gente encaminha para o odontólogo, e como aqui nos temos um pouco mais deste recurso, então a gente tem é mais que encaminhar para ele possa receber uma assistência melhor, mais globalizada, a gente pelo menos tenta isso.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Do ponto de vista profissional a gente trabalha em uma unidade de saúde na rede básica em que o programa é desenvolvido em toda rede básica do país, então aqui a gente tem que atender, faz parte da nossa função como enfermeira atender não somente a paciente de tuberculose e se você se nega a atender você não vai evitar com que outras pessoas venham a adoecer, seus familiares, onde ele trabalha, onde ele mora. Você então vai quebrar esta cadeia epidemiológica que é obrigação nossa. E como pessoa nós temos que ver esse paciente como em qualquer outra patologia, eu não me coloco longe do paciente, de colocar a mão no rosto, tentar me proteger, eu não tenho esse cuidado, eu não faço questão de ter, por que eu vejo assim. Ninguém gostaria, eu não gostaria que me atendessem assim. Entrego a Deus me alimentando bem e não me imponho, qualquer distância. Eu sou contra isso, pode estar errado mais sou contra.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Sinto-me bem, para mim não tem diferença, claro que como profissional temos a nossa afinidade com alguns programas, mas para mim é um paciente como outro qualquer, claro que cada um com suas peculiaridades em termos de orientação, claro que o atendimento a uma gestante é diferente de você atender um paciente portador de tuberculose, tem as suas diferenças, mas de uma outra maneira você tem que ver ela como um todo, uma pessoa, um homem, uma mulher.

Entrevista 06

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Esse é um paciente marcado, que geralmente vem comigo, porque DOTS é só de manhã. Peso, converso, vejo se eles têm alguma dificuldade se estão ganhando peso, alguns reclamam que estão magros demais outro reclamam que não estão ganhando peso, aí eu converso eu oriento, faço a minha parte, se tiver que encaminhar a gente encaminha para outro local, independente da pneumologia, psicologia, eu passo a encaminhar. O atendimento não é só a medicação, faço a minha parte, conversando, orientando, dando um tratamento de humanização para aquela pessoa, que ela não vem só pelo remédio, ela quer conversar conosco, quer uma palavra amiga por causa da doença, que eles mesmos não aceitam, têm preconceito, a família também tem.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

É muito importante. É uma doença que antigamente não tinha cura, hoje tem e ainda tem muita gente que pensa que só por que está com tuberculose vai morrer. Eu já peguei muito paciente assim, que diz a família: não fale perto de mim que tu vai pegar a doença, eu já chamei o paciente e expliquei que não é assim, não é por que ela vai está falando que ele vai conversar que ele irá pegar a doença, não é assim que ele pega a doença já conversei com ele é muito triste mais ainda existe isso. Muitas pessoas menos favorecidas não têm um entendimento.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Eu fico triste de ver a situação em si, mas quando a gente conversa eu me sinto aliviada por que de qualquer maneira eu passei alguma coisa para aquela pessoa, tanto para o doente quanto para a família, que ela pode falar que não tem que escaldar colher, copo. Eu me sinto muito bem depois que eu converso que eu falo por que a gente dá uma humanização para aquela pessoa para a sua família. Tem gente que até chora eu digo não chore não, enxugue suas lágrimas que a fila vai andar.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Eu pretendo ficar nisso por muito tempo por que eu gosto, até por que vem muito assim (pausa), quando eles sabem que são positivos ou mesmo aqueles que não são mais é uma tuberculose extra pulmonar mas eles ficam naquela ansia, naquela dor e a gente vê isso. Por que tem família, tem filho, tem mulher, então muitos se sentem mal, até choram, mas eu me sinto bem, pretendo ficar por muito tempo nisso, se eu puder nunca sair disso eu não saio. Eu gosto do que eu faço, e gosto muito mesmo.

Entrevista 7

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

A partir do momento em que ele é encaminhado para a gente, diagnosticado como tuberculose, a gente procura dar todas as orientações a ele, todas as formas de tratamento quantos meses ele vai ficar, aquelas orientações básicas dos cuidados tanto com ele, quanto os cuidados com a família, a gente procura explicar para ele que o tratamento vai depender muito dele, que é fundamental saber que ele vai ter que ter esse compromisso de levar este tratamento até o sexto mês, seguindo as nossas orientações.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

É muito gratificante a gente poder colocar em prática tudo que a gente aprendeu na faculdade, nos cursos que a gente tem oportunidade de participar falando sobre a tuberculose e principalmente, de poder mostrar para este paciente que a tuberculose não é uma doença *bicho de sete cabeças*, que se ele seguir o tratamento direitinho, seguir as nossas orientações, com toda certeza ele vai sair curado deste tratamento.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Inicialmente quando essas pessoas chegam estão bastante preocupadas, e elas ficam com o fator psicológico muito afetado, é uma pessoa que vem cabisbaixa, que vem já com aquele preconceito. Poxa! Será que as pessoas vão falar de mim? O que os vizinhos vão falar? Por que eu estou com esta doença? Eu me sinto capaz de poder ajudar aquela pessoa, de poder orientá-la em todos os momentos, que a gente tem a possibilidade de ajudar em qualquer outro sentido, não só em relação ao medicamento, ao tratamento e em outras coisas que também influenciam. No próprio trabalho que essa pessoa tem, às vezes também sofre discriminação. A gente tenta orientar, mostrar a ela que não é assim desse jeito que ela com certeza vai ficar curada e que ela tem essa capacidade de mesmo no momento em que está doente de viver normalmente.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

O que eu posso falar é em termo de diagnostico. Na nossa comunidade a gente necessita de, como está no manual, de fazer na primeira fase a baciloscopia, e infelizmente na nossa unidade isso não é realidade, eu não sei se é o colega que está responsável pelo setor de fazer esses exames, ele com toda certeza tem ciência disso, do que rege o manual de tuberculose, mas na nossa unidade essa parte não acontece e às vezes a gente perde um paciente justamente neste momento. Logo de primeira, o paciente chega aqui com todos os sintomas então, inicialmente no primeiro contato aqui com ele, não poderia fazer o exame de escarro logo? Então esse tipo de procedimento que eu nunca vi aqui na unidade. O paciente é marcado (agendado), ele vem nos dias posteriores. Às vezes a gente pode perder esse paciente, ele pensa que a pessoa não lhe deu importância no momento e pode ir para outra unidade que vai dar mais importância a ele.

Entrevista 8

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

O paciente chega à Unidade, ele geralmente já vem matriculado, passa por médico e quem faz toda aquela entrevista maior é a enfermagem, é a enfermeira que pergunta sobre a moradia do paciente, conversa com paciente, geralmente são pessoas com um nível de entendimento um pouco baixo, a gente tem que fazer uma explicação sobre a doença, o tratamento, quanto tempo vai durar, explicar direitinho, como é que para tomar a medicação. A gente não deixa o paciente pegar a medicação, a gente mesmo traz a medicação para a sala, separa, explica e dá esse entendimento ao paciente. Tenta investigar se o paciente é usuário de droga, muitos deles são alcoólatras, lá pelo segundo, terceiro mês ele já está faltoso e então é nesse aspecto que a gente atende aqui na unidade.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Eu vejo o trabalho além de um simples atendimento, até por que eu vejo assim, ele fazendo esse tratamento completo estará deixando de transmitir para outras pessoas que convivem com ele. As pessoas que convivem com ele, as pessoas que transitam por aqui é tudo misturado: crianças, gestantes, pacientes de hanseníase, saúde mental. Eu vejo o trabalho assim, que nossa equipe fazendo um bom trabalho está impedindo que o paciente transmita esta doença, que aqui no bairro é em número elevado.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Quando não temos um conhecimento específico sobre a doença a gente tem até um certo receio de lidar com essa pessoa, porque quando a pessoa entra sempre com aquela tosse (pausa). Mas depois de um treinamento que nós tivemos eu passei até ter uma outra visão, que o paciente quando faz o tratamento correto a partir de 15 dias não tem mais aquele poder de transmissão, a gente aprende a lidar com paciente, quando ele entra na nossa sala sente que é bem recebido e não sente mais aquela repulsa do profissional, quando este é bem esclarecido do assunto. O paciente se sente mais acolhido dessa forma.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Eu vejo muito o empenho do profissional enfermeiro neste tratamento de tuberculose. Eu acho que essa equipe multiprofissional deveria estar mais junto a este paciente, trabalhar juntos todos os profissionais que eu acho que daria mais certo o tratamento e melhoraria o desempenho de todos os profissionais se tivesse a equipe toda funcionando; médico, enfermeiro, assistente social. Sempre é o enfermeiro quem está mais junto, por exemplo: o paciente tal faltou à gente faz uma lista, tem que ir atrás deste paciente, isso poderia ser o serviço social que poderia estar junto a este profissional: olha os pacientes deste mês, quantos estão faltosos? Eu acho que é uma responsabilidade de toda a equipe para dar certo esse tratamento.

Entrevista 9

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

A gente chega pela manhã, eles estão aí. Tem a consulta de enfermagem quando eles chegam ao nosso consultório, e a gente faz uma entrevista com eles sobre a sintomatologia da doença, há quanto tempo estão apresentando aquela doença, se tem na família algum caso de tuberculose, se eles sabem o que é a tuberculose, como é que eles estão procedendo na sua residência com as outras pessoas, todos os passos das sintomatologias que eles estão apresentando, a gente vai orientar o que é a tuberculose, como a gente deve proceder, sobre o tratamento, sobre o nosso andamento da unidade, quais são os passos dentro da unidade, porque eles vão ter a consulta com o médico se tiver necessidade, com a enfermagem, com assistente social, com a psicóloga, os exames que a gente vai solicitar no primeiro dia de consulta, a fichinha do HIV que é de fundamental importância pro tratamento também, as orientações não só dos programas que nós temos na unidade e que ele pode utilizar, e sobre a disponibilidade dos profissionais da unidade em atendê-lo, porque aqueles pacientes que são os bacilíferos e que residem na nossa área a gente vai fazer o tratamento supervisionado com eles e orientar pra que eles venham tomar a medicação todos os dias, que isso facilita tanto pra nós como pra eles, porque aí a gente faz uma avaliação sucinta de que ele está tomando realmente a medicação, porque muita vez eles dizem que estão tomando a medicação em casa e por um fato qualquer eles deixam de tomar e isso prejudica o tratamento, faz com que haja aquela quebra no desenvolvimento da sua cura. Então são essas as orientações que a gente faz pro paciente, a aceitação dele, porque muitas vezes eles acham que eles estão tendo uma doença que pra eles é uma coisa assim muito ruim, que eles têm aquela idéia só de tuberculose como uma doença que antigamente matava, hoje em dia também ainda mata você sabe, mas como o tratamento está sendo bem mais eficaz e a descoberta bem mais precoce, porque devido aos sintomas as pessoas estão mais conscientes do tratamento, aí se torna bem mais fácil do que antigamente, mas eles não deixam de ter aquele preconceito, aquela preocupação, porque eles se sentem totalmente (pausa), a auto estima deles vai lá pra baixo, porque eles estão muito magros, não tem vontade de fazer nada, tem um mal estar geral muito grande, então isso acarreta um problema bem mais sério, tipo saúde mental com eles, aí por isso é que ele vai ter que passar pela enfermeira, passar pela psicóloga, pela assistente social, pra poder começar a entender, a melhorar essa cabeça dele, mas a partir do momento (pausa) o primeiro dia pra eles é um caos, eles se sentem a pior das pessoas, choram, não aceitam, acham que eles vão morrer, um bocado de coisa. Mas, com o passar do tratamento a gente vai vendo que eles já estão adquirindo mais confiança, tanto nos profissionais da unidade, confiança no tratamento, eles já se sentem bem mais familiarizados com a unidade, os pacientes que recebem alta voltam na unidade pra conversar com a gente. Então a gente vê que o nosso trabalho aqui chega a ser satisfatório, chega a ser gratificante, porque a gente consegue ver que tem um retorno, nós ajudamos o paciente e ele também nos ajuda fazendo a medicação e quando eles recebem alta é uma festa pra nós, porque a gente sempre faz aquela festa quando eles recebem alta do tratamento supervisionado, aí todos vêm, eles se sentem felizes, a gente sente na conversa deles que eles têm uma família aqui dentro do centro, então isso eu acho assim muito gratificante pra nós e também pra eles.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

O significado, a importância é porque a gente vai detectar os casos de tuberculose e tratar o doente bacilífero pra deixar de transmitir, deixar de fazer uma rede de transmissão muito grande na nossa comunidade, eu acho que isso é uma das principais, a principal importância em atender o paciente de tuberculose, é tratar o paciente, o doente.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Eu me sinto assim muito bem porque a gente vê que ajudou uma pessoa, que aquela pessoa quando chega aqui na unidade parece assim que ela está se sentindo pessimamente, parece que não tem nada no horizonte, ele não vê nenhuma perspectiva e a gente conseguindo colocar na cabeça dele que com aquele tratamento em seis meses ele recebe cura, e que ele vai sair daqui bem, vai mudar até fisicamente, e isso pra mim é muito gratificante, a gente se sente assim maravilhada, por a gente está podendo fazer alguma coisa por uma pessoa, porque às vezes a gente não se coloca no lugar daquela pessoa que está passando por uma dificuldade muito grande com o tratamento de tuberculose, a gente acha que não pode acontecer com a gente, então a partir do momento que a gente vê que a gente está fazendo algo por alguém, por alguma pessoa a gente se sente muito bem. Eu gostei muito e me sinto muito leve fazendo esse controle com eles, porque são umas pessoas que a gente vê, são pessoas que precisam pelo menos de uma palavra amiga, às vezes aquele carinho que a gente demonstra pra ele no início do tratamento, isso faz com que eles façam o tratamento todo regular, direitinho, recebam alta curado, então eles saem daqui, parece que nós aqui somos tudo pra eles, então isso é muito bom, isso a gente se sente muito bem com o nosso trabalho, a gente está sempre atento: olha a medicação, faça isso, em cima deles todos dias, a gente vê que teve um efeito satisfatório e isso é muito bom pra nós.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

O que eu acho de importância nisso? Agora nós estamos fazendo o escarro induzido, então a gente vê que cada vez mais vai alcançando um patamar mais elevado, começamos apenas com o tratamento auto administrado, depois passamos para o supervisionado, temos as avaliações das pneumologistas que estão sempre presentes no nosso dia a dia e agora estamos começando a fazer o escarro induzido, isso aí é muito bom para aquelas pessoas que não conseguem obter o escarro normal, então eu acho que cada vez mais a gente vai conseguindo ter um objetivo mais além, isso é um ganho pra nossa categoria e pro nosso trabalho, para nosso dia a dia, pra nossa profissão também e para nosso centro de saúde.

Entrevista 10

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Bem, tem a questão do diagnóstico e tem a questão do tratamento. Então eu trabalho em duas situações, como eu trabalho numa unidade tipo II (referência secundária) e numa unidade tipo III (referência terciária) o trabalho é diferente. Na unidade tipo II a gente recebe o caso suspeito de tuberculose com baciloscopia negativa ou muitas vezes baciloscopia não realizada. Então, feita a suspeita aí a gente vai solicitar os exames de praxe que pra nós são logo as duas baciloscopias de escarro, o teste tuberculínico e raios-X de tórax. Como a gente trabalha num serviço que é organizado a baciloscopia positiva implica imediatamente que o paciente volte pra receber o diagnóstico por parte do médico, então no momento do diagnóstico eu sempre procuro dar esse diagnóstico com cuidado porque é um choque o diagnóstico de tuberculose mesmo que o paciente já suspeite várias pessoas já choraram, anti ontem mesmo um paciente, quando eu comecei a falar do exame dele que agora nós já sabemos qual é a sua doença, você está com tuberculose, é uma doença que a gente vai ter que tratar por seis meses, as lágrimas boiaram nos olhos dele,

então é um choque isso aí. Aí, o que a gente faz? Procura desmistificar essa questão, que a tuberculose é uma doença que tem cura, mas ela pode matar se a pessoa não tratar adequadamente, como é no caso se o diagnóstico foi mais ou menos precoce por causa disso, disso e disso, faço o álbum seriado que você conhece a gente tem o álbum seriado, tiro todas as dúvidas, mostro os comprimidos, porque têm pacientes que não são alfabetizados, então rifampicina, isoniazida e pirazinamida soam como palavrão, eu mostro, confirmo, explico direitinho, está tudo entendido? Aqueles que ficam com a gente, se for em DOTS à gente manda pra nossa mãe (a auxiliar de enfermagem) e aí marca um retorno, e a partir daí a gente fica fazendo os retornos, então tem algum tempo eu padronizei na nossa unidade a sexta-feira pra atendimento de tuberculose, porque a questão da transmissão da doença eu prefiro um dia só de tuberculose e os contatos, porque a gente relaciona os contatos, a gente está fazendo isso agora. Estamos relacionando os contatos, então a gente já pede um raios-X do tórax, o teste tuberculínico, então eu junto o contato com o caso índice pra dá vir no mesmo dia, porque até a gente aproveita pra dar uma informação geral pra todo mundo e a partir daí a gente vai acompanhando. Quando ele recebe alta é a festa, eu me sinto o máximo de dá uma alta por cura de tuberculose com direito a abraço, beijo por que eu acho muito legal. Agora na unidade tipo III, lá é diferente então lá a gente trabalha com o paciente de tuberculose multirresistente, nós já recebemos o caso diagnosticado, em geral é na unidade tipo II que a gente dá o diagnóstico e referencia pra lá, então esse paciente ele é naturalmente um paciente mais trabalhoso, porque 92% deles vêm de abandonos prévios ou de recidivas em que eles praticaram a irregularidade durante o tratamento, receberam alta por cura, mas nem era uma cura de verdade, era uma pseudocura e aí o que a gente faz? A gente tenta entender qual é a dinâmica dele, porque que ele abandonou? Porque que ele praticou irregularidade durante o tratamento? Explicar que agora esse é o fim da linha, que só existe esse tratamento, que esse tratamento obrigatoriamente é supervisionado, porque até que no primeiro momento eles entendem, dizem que vão aceitando, mas daqui a pouco eles já estão querendo pedir licença pra isso, licença pra aquilo, hoje mesmo eu atendi uma, o tratamento de tuberculose multirresistente é de dezoito meses, então os doze primeiros meses têm a injeção e aí ela terminou os doze meses na semana passada e hoje ela me pediu uma consulta extra porque agora que ela não tem mais injeção ela queria ir passear no Maranhão, queria ir ver a filha dela, não sei o quê, não sei o quê, não sei o quê, porque ela não entende que ela ainda tem mais seis meses pela frente que ela tem que cumprir com o mesmo rigor, aí a gente teve que lembrar ela que ela assumiu um compromisso, que o tratamento tem que ser de dezoito meses, porque que doze meses não são suficientes, então a gente vai insistindo com o paciente, a maioria entende tanto que a gente tem um índice de cura acima da média nacional, aqueles que não entendem a gente joga pesado, inclusive jogando na justiça, a gente já teve várias experiências de jogar o caso na justiça. É um desafio, sabe? Eu acho que é um desafio, mas eu acho super gratificante trabalhar com esses pacientes principalmente quando a gente olha os dados e vê quanta gente morre por essa doença no Brasil, no mundo e a gente tem um papel importante nisso aí. Eu me sinto feliz em trabalhar nisso aí, trabalhinho de formiguinha, mas faz a diferença, pelo menos para aqueles pacientes faz a diferença.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Pergunta difícil essa. Olha, eu gosto muito de atender pacientes com tuberculose. Uma vez me fizeram essa pergunta e fui assim tão natural, eu coloquei assim: como é uma doença que tem cura, eu penso que atender tuberculose é justamente exercer o papel fundamental

do médico que é ajudar o paciente na cura. E a outra pessoa disse, mas porque você acha isso? Porque como eu sou pneumologista aí o grosso da minha clientela é dos doentes que não têm cura: asma, bronquectasia, DPOC, que você leva a vida toda, só vai acabar esse casamento quando você morre ou o doente morre. Na tuberculose não, eu acho fantástico você intervir ajudando uma pessoa a alcançar um objetivo que está bem ali daqui a seis meses, sabe? E por outro lado tem a questão do preconceito, então eu gosto de acolher o paciente, porque eu percebo que muitas vezes ele vem assim chocado por não ter sido acolhido em outro lugar, o estigma da transmissibilidade afasta as pessoas, como muitas vezes eu ouvi essa informação, quando o doutor nem me recebeu, disse: olha o seu exame de escarro deu positivo vá procurar a unidade de saúde, então a pessoa ela vem já tendo sido empurrada e quando ela chega que a gente abre os braços e acolhe, isso aí é uma coisa que faz bem pro paciente e faz mais bem pra mim, eu me sinto super bem vendo esse acolhimento pro paciente, eu acho que deve ser mais ou menos por aí.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Eu me sinto, eu me sinto normal, não sei se poderia dizer normal. Olha, eu escolhi a medicina por vocação, eu adoro trabalhar, fazer o que eu faço e eu gosto de trabalhar com pessoas, eu acho que se eu não tivesse escolhido a medicina eu ia escolher uma outra atividade que também me envolvesse com pessoas. Eu acabei me envolvendo com ensino e pesquisa, mas como uma consequência porque eu gosto mesmo é da assistência, é daquela relação do profissional com o paciente. Então, eu me sinto confortável eu acho que a palavra adequada é essa, eu me sinto confortável trabalhando com essas pessoas.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Eu acho que o grande mestre é o paciente, eu tenho certeza que a grande habilidade que eu adquiri no manejo do caso, o Fiúza diz muito bem isso, ele diz que têm coisas que não estão no livro: é a arte de fazer medicina, então essa arte de fazer medicina você aprende com o paciente, ele é o mestre. Então, a habilidade que eu tenho hoje de manejar os casos difíceis que a gente reconhecidamente por trabalhar em referência não recebe o filé, recebe o caso complicado, o caso difícil, essa habilidade quem me deu foram os pacientes que eu já tratei anteriormente, então eu acho que as pessoas, elas têm que perceber isso, você escolheu trabalhar com aquilo. Eu não escolhi trabalhar com tuberculose, eu fui praticamente levada a trabalhar com isso, mas eu me identifiquei, eu acho que é importante você se identificar. Eu sei de pessoas, por exemplo, que são ótimos profissionais de saúde, mas que não se identificam com a tuberculose, eu não comungo da idéia de que todo mundo deve tratar tuberculose, eu acho que não, eu acho que todo mundo deve fazer o seu melhor, mas aquelas pessoas que se identificam mais, elas sim deveriam ser selecionadas pra atender essas pessoas, porque com certeza é a pessoa que faz a diferença. O professor X sempre disse isso que são as pessoas que fazem à diferença e eu concordo plenamente com ele, eu acho que sim.

Entrevista 11

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Sempre no serviço social o paciente vem pela primeira vez. Nós atendemos o portador na primeira vez quando ele inicia o tratamento, em alguma intercorrência e na alta. Então o dia a dia da gente é atender quando ele chega, a gente começa desde a triagem para saber onde ele mora, se é na nossa unidade que ele vai fazer o tratamento, pelo endereço dele, se ele não mora no bairro oriento que no bairro dele tem também o tratamento. A gente começa por aí e depois é orientar sobre a doença, tratamento e, nas intercorrências: falta, se o paciente começa a faltar ao tratamento à gente vai buscá-lo, reforçar a importância do tratamento e acompanhar a rotina dele. Aqui na unidade o paciente vem todos os dias, mas eu não vou todo dia à sala do DOTS, vou uma vez ou outra, o certo seria ir todos os dias mas as vezes não dá. Vejo como eles estão, converso, acompanho a tomada de medicação. O nosso dia a dia com o paciente de tuberculose é esse.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

A gente atende ao portador de tuberculose para orientar sobre a doença, o tratamento e até a maneira como eles está, o seu estado emocional. Ele recebe o diagnóstico do médico de que está com tuberculose, então, imagine o que se passa na cabeça do paciente em saber que está com tuberculose? Na cabeça das pessoas o vizinho pode adoecer, todos podem adoecer menos ele. Então, é atender, orientar a importância do tratamento, que é uma doença que tem tratamento, que tem cura. Acho que é isso que é importante: esclarecer que ele tem condições de fazer o tratamento e receber uma cura, dependendo também muito dele porque a unidade está disponível para dar toda orientação, todo o atendimento, mas também depende muito do paciente para ele ter uma cura, não é só a unidade, não só os profissionais, o assistente social, o médico enfermeiro, o paciente também tem que estar junto com a equipe para ter uma cura.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Eu sinto que estou tentando ajudá-los em aceitar a doença e se tratar. Então eu sinto que estou fazendo alguma coisa importante para eles, dando aquele apoio para que ele fique esses seis meses fazendo o tratamento sem abandonar, e a gente nota isso nas altas quando eles dão depoimentos que chegaram aqui, gostaram de vir todos os dias, achavam bom. Mesmo os pacientes que vêm mês a mês porque não fazem parte do DOTS acham realmente importante estar aqui com a gente. Eu me sinto bem, é o que eu gosto de fazer, é o tipo de trabalho que eu gosto, então, eu sinto que estou participando com eles.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Eu acho que aqui na unidade a gente dá muita importância a esse tipo de tratamento de tuberculose (DOTS). Seria bom que todas as unidades tivessem DOTS e não só aqui. Acho que o paciente vir todos os dias na unidade, tomar o remédio, fazer o lanche, ele fica no dia a dia mais vinculado com a unidade, com os profissionais, mesmo que naquele dia ele fique só com a atendente (para tomar o remédio), uma vez ou outra o assistente social, o médico, o enfermeiro, o terapeuta vão até o setor para ver como as coisas estão. Eu gostaria que em todas as unidades fosse assim, que a tuberculose fosse priorizada: o paciente chegou fosse logo encaminhado, atendido, pegasse a medicação, que o paciente não corresse muito de unidade em unidade com o diagnóstico nas mãos, procurando uma unidade para se tratar, acho que deveria ser como aqui: chegou, sem fila sem nada e ser logo atendido pra começar o tratamento. Acho isso muito importante.

Entrevista 12

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

O paciente fica com consulta apazada, ele chega a nossa unidade passa pelo médico, o médico faz as perguntas básicas sobre o que ele está sentindo, se ele tem uma tosse, se ele tem um escarro com sangue ou sem sangue, se ele tem febre, dor torácica, falta de ar, dispnéia. Pergunta-se ele tomou os cuidados, principalmente em relação ao clima, se ele pegou chuva. Depois de feitas estas perguntas nós orientamos como ele tem que continuar o tratamento, caso ele seja de retorno como dar continuidade ao tratamento, algumas orientações que precisem esclarecer a mais, depois ele é encaminhado para a enfermeira, para também passar pela consulta de enfermagem que ela também anota as queixas dele, orienta as medicações e marca o retorno para o médico. Os retornos são de mês em mês e em cada mês é feito um exame do escarro por que é importante durante o tratamento ele fazer um escarro mensal que é importante para acompanhar até a negatificação do escarro porque é importante para dar alta futuramente depois do tratamento de seis meses. Todo paciente quando é de primeira vez nós também fazemos o mesmo procedimento, ele chega para nós já com o diagnóstico, por que não é importante só chegar com os sintomas ou o raios-X, suspeito que a gente já inicia o tratamento, não é assim. A gente alia o sintoma do paciente o exame de raios-X se ele tiver, e se ele ainda não tem, a gente solicita o exame de escarro em duas amostras. Só depois do exame de escarro que a gente dá início ou não ao tratamento, se o escarro der negativo, aí a gente avalia os sintomas e o raios-X que ele tiver e talvez já dê para começar o tratamento e, na primeira consulta, é feita toda uma orientação, tempo de tratamento, os remédios que ele irá tomar, como tem que tomar, os melhores horários, as reações adversas que o medicamento pode causar, tipo uma gastrite uma erupção cutânea, problemas de dores articulares que alguns medicamentos provocam. Orientar que ele em qualquer sintoma adverso deve procurar o médico. É feita essa abordagem no sentido de iniciar o tratamento e dar continuidade, orientá-lo inicialmente, o importante é orientar muito o paciente a aderência ao tratamento porque não adianta a gente fazer tudo passar o remédio e marcar o retorno para um mês se ele não se interessar em tratar, então tem que orientar ele que tem que tomar o remédio todo dia, é importante salientar que por mais que ele seja muito sintomático com tosse, febre, dor no peito, a gente passa o remédio e após alguns dias de tratamento ele vai melhorar a tosse e o escarro que ele ache que talvez não precise mais tomar a medicação, aí é que esta o erro grande por que tem que continuar a medicação por que só pode ser considerado cura depois de seis meses de tratamento porque geralmente a gente usa o esquema I de seis meses, então é importante orientar isso que quando ele melhorar dos sintomas tem que continuar tomando o remédios, é muito importante a aderência ao tratamento em não faltar as consultas.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

É um emprego que a gente tem e ao mesmo tempo um objetivo, uma meta importante, por que o pouco que a gente atende já contribui para tentar diminuir os casos da tuberculose no nosso país, que são muitos freqüentes e cada dia está aumentando mais ainda, por ser uma doença típica de nosso país, país de terceiro mundo que se transmite de pessoa para pessoa facilmente. É importante atender no dia-a-dia por que a gente na verdade além de estar contribuindo para a cura da doença é uma maneira de multiplicar informações, ela vai orientar os seus familiares e orientar outras pessoas também, no sentido de prevenção que é

muito importante, então é gratificante, faz parte do dia-a dia do médico da unidade básica de saúde. É importante também por que nós sempre temos treinamentos que visam o aperfeiçoamento e que sabem que alguma coisa esta mudando no dia-a-dia sobre a doença, novos medicamentos, novas maneiras de abordar o paciente tuberculoso, então é importante para nós fazermos o treinamento e também atendermos o paciente, é bom para nós e para os pacientes.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Eu me sinto gratificado por que são casos que exigem uma abordagem médica, da enfermeira e da assistente social, enfim de uma equipe multidisciplinar, então eu me sinto muito gratificado em fazer parte dessa equipe. É importante profissionalmente por que tanto a gente está aplicando aquilo que a gente já aprendeu seja na faculdade, ou seja, através de treinamentos que nos deixam atualizados ou até mesmo para aprender, por que tem casos novos que surgem também, cada caso é um caso importante para se medicar, para orientar e a gente acaba aprendendo com os pacientes por que os sintomas as vezes são um pouco variados, nem todos os pacientes têm os mesmos sintomas, nem sempre temos os resultados de exames compatíveis, como é o caso daquele de que o raios- x dá alguma coisa, o paciente tem os sintomas mas o escarro é negativo, então são casos em que a gente põe tudo em uma balança, pesa e decide começar ou não o tratamento, então é importante também porque estamos contribuindo para que com o pouco que a gente faça tentar diminuirmos casos da doença no País.

A gente sabe que a gente não vai acabar com a doença que é uma doença de terceiro mundo e que para diminuir os casos vai demorar, pode ser o médio ou longo prazo, então o pouco que a gente faz já tenta ao menos dar uma seqüência de ajuda para melhorar.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Infelizmente estão surgindo muitos casos de tuberculose, porque não diminui o numero de casos pelo contrário, está aumentando e também estão surgindo novos casos que a gente chama de tuberculose multirresistente, então tem que atender para isso, é importante o caso suspeito, procurar o médico, fazer um exame de escarro, caso dê positivo iniciar o tratamento, porque quando surge este caso de tuberculose multirresistente, significa que não é a unidade de saúde que faz mais o tratamento, já é um hospital especializado, uma referência como o hospital Barros Barreto e são casos de difícil controle, porque quando ele iniciar o tratamento vai surgir alguma reação a alguma medicação, então é importante vir nas consultas, descobrir o caso, ver logo, começar o tratamento para evitar que tenham os novos casos de tuberculose multirresistente.

Entrevista 13

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

A rotina do PSF são as consultas, atendimento aos grupos prioritários que são as gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças, as visitas domiciliares, capacitações. Atualmente na tuberculose só são dois pacientes sendo um pela UMS e outro com a gente (PSF). A gente procura acompanhar esse paciente, a gente procura ao mesmo tempo orientar que ele tem

que fazer o tratamento, os exames, que ele vai ficar curado para que ele não crie aquele estigma, aquele preconceito que existe até mesmo na área da saúde, onde têm profissionais que têm preconceito com relação à tuberculose.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

É cuidar do paciente, proporcionar a cura, cuidar da família que são os comunicantes e evitar que essa doença se propague a mais pessoas que porventura ele tenha entrado em contato.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Eu me sinto uma pessoa útil, porque eu estou podendo cuidar daquela doença, eu tento passar o máximo que eu sei de conhecimento pra ele, não tenho preconceito, receio de pegar, ah, será que eu vou pegar, será que eu não vou? Quanto a isso graças a Deus eu não tenho e nunca tive esse problema.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Não.

Entrevista 14

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Nós atendemos demandas contando com as diversas situações, diversas doenças, diversos problemas que as pessoas vêm em busca no nosso setor: crianças, idosos, jovens, mulheres querendo ou não ter filhos, mulheres que vem para fazer o pré-natal, pessoas com uma gripe simples ao HIV, nunca elas (as pessoas) vêm antes para se prevenir da tuberculose, ela já vem com o BK, o exame positivo, a gente nunca sabe que a qualquer momento esse paciente vai chegar, e assim que ele chega é sempre atendido, por que a gente não distribui senha, nem ficha. Então é por ordem de chegada, e assim como quinta-feira o primeiro paciente que estava me esperando era paciente positivo (Tb) e precisava iniciar o tratamento, assim como ele pode chegar já no final de expediente. Então, independentemente do momento que ele chegue, ele vai receber as orientações pertinentes para que ele seja incluído no programa. Ele ainda tem que estar de posse do documento deste, se ele não o tiver vai precisar deste documento, é a exigência que a gente faz aqui na unidade para que ele possa receber a medicação, o que tem que ser feito, não que ele não vá ser atendido se estiver grave.

A gente faz as perguntas que são corriqueiras, situação familiar, se ele trabalha, procura saber se ele faz uso de álcool, de fumo e procura dar orientação neste sentido também, procura ver o aspecto econômico, tem aquele paciente que a gente vê que tem trabalho, ou ele é informal ou ele trabalha no estado, e tem aquele que chega que não tem o café da manhã, que não tem uma alimentação, e a gente fica assim, tem que encaminhar para um outro serviço fora daqui, mas que seja garantido o mínimo para este paciente. Então a gente tem uma equipe multidisciplinar e a gente procura estar em intercâmbio com os colegas, às vezes a gente tem que sair da nossa sala e falar com o colega quando é uma situação mais fora do normal, então a gente sempre reforça que o tratamento dura seis

meses, a importância de ele fazer a medicação corretamente, e se for o caso, por exemplo, se chega um paciente transferido e o dia da medicação dele é até hoje, ele chegou justamente neste último dia, então a gente procura logo inseri-lo no serviço médico, para que ele dê essa continuidade, a gente procura garantir que ele vai tomar esse remédio hoje, que nos sabemos que se ele não for recebido desta maneira, vai parecer que tanto faz se ele tomar o remédio ou não! Ele pára de tomar mesmo, aí depois ele vai ter recidiva e complica toda a situação.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Por se tratar de uma doença transmissível que tem crescido o número, a gente pode até dizer que é assustador no bairro, sabemos que é importante que quando o paciente chega à unidade, ele tem que ser bem acolhido, tem que ser orientado para que ele não se perca, por que se ele perder, haverá maior contaminação, sem dizer que aquele paciente não tem noção do que ele pode estar disseminando e o próprio risco para a vida dele. Então sabemos que é importante atender, embora quando a gente chega aqui no serviço público, a gente não tenha sido preparado para este atendimento e tem que ir em busca de informações da doença, da medicação, porque para mim tudo era grego quando falava o nome da medicação eu não sabia nem transcrever. Então você faz o concurso, é alocado em um determinado local e você se depara com a seguinte situação: olha você vai trabalhar com isso (a Tb); é um pouco assustador. Quando você se depara com esta realidade, aí você tem que ir atrás, buscar o seu crescimento, buscar de alguma forma contribuir com a sociedade com a comunidade, com esse paciente. Esta semana a gente chegou a atender cinco casos de homens, jovens, que chegam apreensivos, chateados e nada à vontade porque já vieram de outro lugar já vêm com o exame na mão, e já chegam aqui na expectativa: e agora o que é que vai acontecer? Ele não sabe que depende muito do que vai receber aqui, do reforço do tratamento dele que vai ter sucesso ou não, então eu sei que o significado para este paciente tem que ser bom, quanto para mim também, eu tenho que ficar tranqüila que eu fiz a orientação que eu o situei dentro da unidade para que ele tenha o seu atendimento corretamente feito.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

No Começo eu ficava um pouco (pausa) preocupada com a minha saúde, de estar em contato, porque a gente sabe que tem paciente que chega que está mesmo ali, expelindo os bacilos e numa sala como essa que a gente atende que acaba de sair o paciente de tuberculose, entram bebê de três, sete dias. Então eu me preocupo com a questão da gente como profissional, porque as vezes a gente não está esperando, você não estava naquele dia numa resistência boa, e você se pergunta: se eu contrair a doença que vai cuidar de mim? Eu confesso que a gente fica preocupada com a questão da transmissão, por que a ventilação não é adequada, a gente não tem uma janela corretamente localizada, a estrutura física, a gente tinha que ter espaço só pra isso, com uma ventilação boa, com um conforto melhor para profissional e para o paciente, mas infelizmente, na unidade como a gente atende de tudo, a demanda é um leque muito grande, há toda essa preocupação, então às vezes a gente fica com receio de constranger o paciente, então é uma postura de nos cuidarmos, cuidar do paciente sem que haja um prejuízo, e como eu falei para você no começo a gente não recebeu uma preparação, alguns profissionais que trabalham envolvidos diretamente, eles recebem até um treinamento, mas os demais da equipe da

unidade não, então eu acredito que se todos da Unidade recebessem esse treinamento, eu acho que seria melhor para todos.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

A televisão poderia ser mais bem utilizada no que diz respeito a esclarecimento, embora exista campanha, cartazes, folders, parece que ainda é pouco diante do numero de casos que vêm crescendo. O ministério da saúde devia estar insistindo mais, batendo mais nessa tecla.

Entrevista 15

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz, seu modo de atender a essas pessoas.

Nós temos pacientes supervisionados quem vem todos os dias, que a gente conversa e administra a mediação supervisionada, e temos também aqueles mensais que vem uma vez por mês ver o resultado do BK e a questão do peso, o estado geral da paciente e como é que vai indo o quadro clinico dele.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Eu tenho um atendimento especial ao portador de tuberculose por que a gente sabe que a maioria só leva o tratamento à sério quando você dá uma boa atenção durante o tratamento, que é onde você tem que criar realmente um vínculo com o paciente se não a gente não consegue levar o tratamento adiante. Ele tem que sentir segurança naquele tratamento.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Eu me sinto bem, eu tenho amor a tudo aquilo eu faço. E uma das áreas que eu me apaixonei e a gente se preocupa quando o paciente não está indo bem por algum motivo, quando ele vai preocupar. A gente faz o que realmente a gente gosta.

A gente precisa de uma estrutura melhor par trabalhar nesta unidade. A gente sabe que outras Unidades do Estado tem uma sala especifica para a DT e Tuberculose, então a gente atende pré-natal, criança, planejamento familiar, e aí vem à mistura com paciente de tuberculose, hanseníase, de saúde mental. Eu acho que para nós, que estamos lutando há tantos anos ainda não conseguimos ter uma sala só para TB, seria melhor. A discriminação também é muito grave, alguns profissionais ainda discriminam muito o paciente de TB, mas também a gente sabe que precisa ter certos cuidados para se proteger e proteger também a população, essa demanda misturada. Aqui dentro não, mas lá fora a gente sofre muito com isso, a gente vê os pacientes que positivaram e são multiresistentes e chegava aí de manhã e ficava tossindo no corredor, e o corredor cheio de gestante, de criançinha, recém-nascido, mas infelizmente eu acho que é a realidade do Brasil. De todo jeito eu tento ensinar a essa pessoa a se comportar neste ambiente e fazer com que os outros também entendam o porquê do paciente está assim sem melindrar ninguém. É um pouco delicado.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Essa paciente que você irá ver amanhã (para realizar entrevista), ela passou por muitas discriminações de alguns profissionais e dos outros pacientes por causa do estado dela, e esta questão dificulta o nosso trabalho por que as pessoas pensam que também é um bicho de sete-cabeças, todo mundo vai pegar. Até alguns profissionais que não trabalham com tuberculose eles não vêem isso, que não é tão fácil assim de adquirir que é só o fato de você falar ou chegar perto dele que você já vai adquirir a doença.

Entrevista 16

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz, o seu modo de atender a essas pessoas.

Bem, geralmente os pacientes chegam encaminhados pelo médico da unidade com o exame confirmatório, ou vêm do Hospital Barros Barreto, encaminhados pra gente fazer o acompanhamento e tratamento na unidade, que é o local mais próximo de onde eles residem. A gente faz o acolhimento desses pacientes, procura saber se já estão doentes há muito tempo, se foi agora, fazemos uma investigação, uma anamnese desse paciente quando ele entra na unidade com a gente, aí, de posse do exame confirmatório a gente encaminha pra matrícula. O serviço social geralmente é chamado pra fazer busca de faltosos, aí a gente vai em busca desses pacientes na residência, quando ele está assim: marcou pra esse mês e não veio, então, a gente dá uma margem de espera mas, quando ele passa de um, dois meses já é uma preocupação porque ele toma a medicação, sente bem e já acha que está curado e não volta mais para o tratamento, então nós somos convocados pela enfermagem para fazer a busca desse paciente nas residências, aí a gente procura saber o motivo da falta e pede que ele compareça. Se ele não estiver em casa convidamos o familiar desse paciente a vir conversar com a enfermagem e o serviço social pra saber o motivo da falta.

Eu converso com a família, oriento sobre a medicação porque o próprio paciente às vezes se perde na questão do horário, apesar da enfermagem orientar direitinho, por um motivo ou por outro ele não compreende e fica com vergonha, com timidez e não pergunta por isso, eu me preocupo nessa parte, de estar orientando até um pouco mais: você entendeu a medicação? Sabe como é que toma? Às vezes ele fica meio receoso, mas eu procuro falar uma linguagem que ele possa entender porque é muito preocupante quando esse paciente não vem mais para o tratamento, porque a gente sabe que se ele não tomar essa medicação corretamente ele vai precisar tomar medicação mais forte, e ainda tem a questão familiar das pessoas que residem com esse paciente porque ele está sujeito a passar a doença para os outros. Às vezes ele esconde da família que está doente, então tudo isso é preocupante e eu procuro ver como é que é.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Como pessoa eu me sinto satisfeita porque estou fazendo meu trabalho direito, estou contribuindo pra melhoria da saúde da população, para que esse tratamento surta um efeito positivo, quando a gente vê que orientou bem o paciente, que a gente conseguiu recuperar o paciente na busca ativa (busca de faltoso), fazer com que ele não perca as consultas que estão apazadas. Pessoalmente e profissionalmente eu me sinto satisfeita com o trabalho. Em alguns momentos da vida a gente se frustra, como em toda profissão, mas, quando a gente faz um trabalho que está surtindo efeito positivo não só pra nós, mas pra esse

paciente, que ele vai poder retomar uma vida normal porque às vezes ele está afastado do trabalho por conta da doença, então a gente leva tudo isso em conta e pra mim, como assistente social, eu vejo que a gente tem um ganho e ele também. A auto estima dele aumenta, às vezes a família não quer mais saber desse paciente, se afasta por desconhecer, porque hoje já é diferente, não é mais como naquela época antiga, quando as pessoas eram afastadas da família, do convívio diário, hoje não, hoje a gente procura orientar a família que não é assim, que ele tem que tomar a medicação correta, no horário certinho, fazer uma boa alimentação porque a alimentação é muito importante, apesar de a gente saber que a maioria da população tem carência na alimentação, mas que o paciente possa fazer mesmo que com um pouco de dificuldade, que possa alimentar-se dentro das possibilidades dele porque não é só tomar a medicação, então, eu procuro orientar a família nesse sentido.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Bem, se for à questão do preconceito eu não tenho, eu acho que estou aqui, me formei na área da saúde pública que é uma área muito complexa. O dia a dia da gente não é fácil, a gente lida com todo tipo de doença que o ser humano apresenta, mas eu não tenho nenhum tipo de preconceito, assim não é? Todos nós temos que nos despir dos preconceitos que a gente possa ter, é um “pré”, ou seja, aquilo que a gente nem conhece, não é? Então, como a gente está nessa área que não é fácil, mas que é muito gratificante, quando a gente vê que o nosso trabalho tem um ganho positivo, pessoalmente, acho isso muito importante.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Gostaria de ser convidada a ouvir os resultados desta pesquisa para ter conhecimento em que a tua pesquisa mudou a repercussão no trabalho, o ganho que ele pode trazer para a saúde pública enfim, o retorno do seu trabalho.

Entrevista 17

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz, o seu modo de atender a essas pessoas.

Geralmente todos os sintomáticos respiratórios são encaminhados para mim. Se eles não estiverem diagnosticados eu peço os exames de escarro, marco o retorno e, se for confirmado, inicio o tratamento e encaminho para o acompanhamento com a enfermeira e o serviço social. O paciente de tuberculose tem que ser bem trabalhado, na minha experiência se o paciente não é bem trabalhado ele não termina o tratamento. Eu trabalhei em outra unidade de saúde onde tinham muitos abandonos e nós procurávamos esses pacientes, mandávamos, cartinhas e a maioria comparecia. Em todas essas pessoas que voltavam a gente descobria que eles não eram esclarecidos sobre a doença, não tinham tido uma boa orientação. Com o paciente de tuberculose eu levo no mínimo quarenta e cinco minutos até uma hora no início do tratamento, aí eu esclareço tudo desde como ele pegou a doença, o que a doença provoca, o tratamento, ao que vai levar a falta de tratamento, comunicantes, dieta, tudo pra esclarecer e, mesmo assim a gente ainda tem abandonos de tratamento. Ele (o paciente) sai daqui e a gente encaminha pra enfermeira. Acho que a enfermeira daqui trabalha muito bem com essa parte e ela torna a falar, falar e a gente

orienta que se acontecer alguma coisa antes do retorno que ele pode vir, que o paciente de tuberculose não entra em fila. A gente já teve muitos problemas aqui, quando mudou a direção que passou pra SESMA (a unidade era administrada pela SESPA – Secretaria Estadual de Saúde e foi repassada à SESMA - Secretaria Municipal de Saúde, por ocasião do processo de municipalização), antes não existiam esses problemas, mas eles acabaram com os programas, os pacientes tinham que ir pra fila, era um drama, eles ficavam, insistiam, até que conseguiam marcar o atendimento. Se sem fila, marcando, sem burocracia eles já abandonam o tratamento imagine sendo tratados iguais aos outros, dependendo de vaga pra marcar atendimento? Aí é que eles largavam mesmo o tratamento! Então a gente procura dar a maior assistência ao paciente pra ele terminar o tratamento.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Pra mim é uma coisa que eu gosto de fazer, eu gosto de fazer e ver o resultado, de dar alta pro paciente, ver que o paciente fez o tratamento direitinho, e eu acho que todo mundo devia ser assim, fazer igual e ver retorno nisso. Eu acho que é o principal, com isso a gente tenta diminuir o número de casos novos aqui na área que eu acho que é muito alto, acho que eu posso fazer isso. Quando eu entrei pra fazer saúde pública foi porque é uma coisa que eu gosto de fazer e eu gosto de ver o retorno do trabalho, vê que deu certo.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Quando está tudo bem, corre tudo bem eu me bem realizada, mas, eu me sinto frustrada quanto às dificuldades que temos. Dificuldade de tudo. Pra fazer o exame eu acho um absurdo o laboratório não ter material, porque eu acho tão simples, um material tão barato pra fazer o exame de escarro, o material quase que não é nada comparado com outros exames mais sofisticados, então, você pedir um exame do paciente que já está agendado e ele não conseguir fazer? Eu acho que só posso dizer que é tuberculose quando o exame dele dá positivo, eu acho que o exame deveria ser feito até no mesmo dia, aproveitar que o paciente está na unidade, colher esse material. Aí ficam dificultando: num dia não tem lâmina, no outro não tem corante, no outro dia não tem o potinho, aí você manda o paciente comprar pra colher o material, isso é um descaso total! Muita gente sabe que eu sou “encrenqueira”, mas é que eu não aceito o laboratório simplesmente despachar o paciente. Você escreve lá: paciente sintomático respiratório, você pede o exame porque você está achando que o paciente está doente, tossindo, tossindo na tua cara, está com “cara” de tuberculose, está escrito na cara que o paciente está com tuberculose, aí você despacha o paciente! Aí pronto! Poxa vida, o laboratório central faz este exame, não custava nada dizer ao paciente que não tem material e encaminha-lo ao LACEN, mas não, simplesmente não tem material, volte quando tiver, e um a dois meses depois, o paciente volta com o resultado e eu digo: por quê só agora você voltou? Porque não tinha material, tinham mandado eu comprar o potinho mas eu não tinha dinheiro pra comprar, mandaram eu voltar tal dia, eu voltei e não tinha ainda, e agora que eu consegui fazer (resposta do paciente). Eu acho isso um absurdo, uma falta de respeito com as pessoas. Eu brigo, brigo muito, o pessoal do laboratório não me suporta, inclusive um dia desses uma falou assim: o quê aquela encrenqueira já está fazendo aqui no laboratório? Então sou eu quem está errada pra eles, não são eles quem estão errados (pausa).

Outro problema: você descobre o paciente, começa o tratamento e não tem remédio, não tem remédio (pausa). Eu não aceito uma coisa dessas, o paciente de tuberculose não ter remédio? Pior ainda é quando ele começa o tratamento aí no outro mês não tem o remédio,

quer dizer, a gente fica preocupada com esse tratamento porque ele passa quinze dias sem remédio, passa até mais, às vezes tem a dosagem de criança que eu procuro usar, em suspensão, tenho o trabalho de ver quanto dá (a dosagem/volume), se dá para o paciente não ficar sem remédio, mas às vezes a gente sabe que não tem aí se chega à farmácia e simplesmente despacham. Quando ele volta com gente diz: “olha, não tem remédio”, a gente tenta dar um jeito, liga pra outra unidade de saúde que tenha para que arrume o medicamento pro paciente não ficar sem. Na maioria das vezes a gente nem fica sabendo que o medicamento está faltando. Eu não aceito o paciente ser despachado na farmácia com um “volte semana que vem”, a farmácia é outro lugar onde eu brigo. E por que não tem remédio? Eu acho que quem está pedindo os medicamentos não está colocando os casos novos que podem ser descobertos e faz o pedido em cima do que tem. Eu não consigo entender, uma doença que é um absurdo até hoje, que está com um elevado número de casos aqui, até que neste segundo semestre está mais moderado, mas, quando chega à época de chuva, quando todo mundo gripa é impressionante, tem dia que eu notifico três casos novos e não sou só eu quem atendo. Então eu acho um descaso, acho que a saúde pública acabou, acabou no Pará. O pessoal não quer saber disso, a gente tinha outra chefia que eu estava temendo qualquer dia ela me tirar da unidade porque eu discutia muito com ela, ela dizia que não existia mais isso de programação do número de casos a serem descobertos, prioridade para os programas, e eu dizia: “mas como que não existe você tratar a tuberculose, tratar a hanseníase, como não existe mais isso pra você? E ela dizia: “aqui todo mundo é igual, todo mundo tem que ir pra fila, acabou com essa história”. Eu sempre soube desde que entrei no Estado que a gente tinha que descobrir tantos casos de tuberculose por ano, tinha que tratar tantos casos, por quê hoje não existe mais isso? Se você não buscar e tratar, esse pessoal está aí passando a doença pra todo mundo. Eu até conversei com enfermeira sobre locais em que praticamente as pessoas daquela vila toda têm tuberculose. Passagens são lugares fechados, pequenos, tem passagem que quando vemos o endereço pensamos logo: pessoal com tuberculose! Aí como é que não existe mais isso? Eu acho que são pessoas totalmente despreparadas, totalmente descompromissadas com a saúde pública, não estão nem aí, tanto faz se descobre ou não descobre, se trata ou não. Eu fico desestimulada, todo mês eu penso em largar o serviço, todo mês eu me digo que não vou mais voltar a essa unidade, fico estressada, com pressão alta por causa dessa situação, de todo mundo achar que você é a errada por questionar essas coisas por isso fico muito desestimulada. Infelizmente as pessoas antigas saíram (da direção) porque elas eram mais comprometidas, já esses novos... Me lembro que quando eu entrei passei um mês treinando, fazendo treinamento de todos esses programas, das atividades com as quais eu ia trabalhar na unidade, nós tínhamos uma avaliação mensal disso, do que eu fiz, das minhas metas, do número de casos que eu tinha que descobrir. No final do ano tinha uma nova avaliação e se a gente não conseguia descobrir 80 ou 85% era chamada atenção. Hoje não, não tem estatística, acho que o pessoal não conhece mais nada sobre isso. Eu estou contando os dias para me aposentar, sair dessa situação porque eu tinha prazer em trabalhar com isso e hoje não tenho mais, porque tem tanto obstáculo, tanta dificuldade pra gente trabalhar que você trabalha mesmo porque... (pausa), eu acho que não dá pra ser indiferente, às vezes eu gostaria de ser indiferente, falar: deixa pra lá, o problema não é meu, mas eu não consigo ser indiferente a essa situação do paciente chegar lá e não ter remédio, você ter todo tipo de obstáculo; não há nada, não tem isso ou aquilo, não pode, a gente pede um exame, alguma coisa assim, mais diferente pro paciente e não pode fazer, não tem, espera um pouco. Tem paciente crônico com hemoptise ou alguma coisa que a gente queira avaliar, mas só se consegue um raio-x com seis meses. Não dá pra entender aí eu falo: mas será que vocês não olham, não tem prioridade para um paciente desses. A gente tinha aqui um paciente que fez o tratamento de tuberculose, mas estava em uma fase

muito avançada, ele curou, mas ficou com seqüelas muito graves, tinha dispnéia grave e eu pedi uma internação, essa pessoa faleceu e não consegui interna-lo, eu só falei implorar pra central de leitos pra arranjar o leito, falei que o paciente estava morrendo na porta da unidade, ameacei chamar a imprensa porque assim eles conseguem o leito. Eu faço auditoria e vejo leitos vagos nos hospitais, aí chega o fulano que é amigo de algum médico e consegue arranjar. Como é que quando você telefona não tem leito? Então a gente vê todas essas dificuldades e fica amarrada, não consegue fazer nada. O paciente acabou falecendo em casa porque não conseguiu o leito, passou mais de um mês, eu ligava pra lá praticamente todos os dias e não tinha, não tinha. Quando você fala que o paciente tem tuberculose os hospitais particulares não querem recebê-lo, ainda tem essa e o paciente não tem mais a tuberculose, só tem seqüelas, mas eles dizem que não tem médico pra tender esse tipo de paciente. Como não tem médico? O médico que atende no Barros Barreto (o hospital referência para tuberculose) é o mesmo que faz pneumologia nesse hospital e como é que ele não pode atender? Eu fico com pena de tanta dificuldade que está acontecendo.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Não.

Entrevista 18

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Meu trabalho é assistencial, atendo doentes de tuberculose em tratamento, faço consulta subsequente, peso, transcrevo a medicação, oriento sobre o tratamento, as reações dos remédios, pergunto se eles estão bem, encaminho aos outros profissionais, peço exames, quando necessário. É esse o meu trabalho.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Eu sempre gostei muito de trabalhar com pacientes tuberculosos e hansenianos. É satisfatório saber que estou contribuindo para a cura do paciente, para alguém deixar de transmitir a doença aos outros.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

É gratificante, eu me sinto útil em ajudar alguém, todos deveriam ajudar, é muito bem ver a melhora dos doentes, acompanhar o processo de cura.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Precisamos de mais profissionais dedicados, que gostem de trabalhar com a tuberculose. Aqui, praticamente eu sou a única enfermeira que atende tuberculose e estou prestes a me aposentar por isso, fico preocupada com o serviço. É verdade que não somos insubstituíveis, mas, mesmo assim, eu me preocupo porque é preciso gostar, eu me

preocupo se os pacientes estão bem, se o remédio não está lhe fazendo mal, faço todo tipo de estratégia pra ele não abandonar o tratamento e fico muito triste quando isso acontece.

Entrevista 19

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Bom, o que eu faço. O meu atendimento com ele é (pausa) geralmente quem esta atuando no setor diretamente é a enfermeira. Eu só fico lá quando ela não vem. O trabalho é dela e eu a substituo. Mas, quando eu faço esse trabalho de substituir a enfermeira, é transcrever as medicações, é orientar quanto à importância do tratamento, conversar com o paciente, tirar todas as dúvidas dele. Basicamente é isso que a gente faz, o principal é a orientação sobre o tratamento e também principalmente sobre o abandono porque antigamente dificilmente havia abandono no tratamento. Hoje em dia há um grande número de abandono do tratamento. A gente sempre orienta quando o paciente vem, que por ser uma doença transmissível, os cuidados que ele deve ter em casa, junto com os seus familiares, crianças principalmente, quais os cuidados que ele deve ter pra não contaminar outras pessoas. Geralmente é isso que a gente faz com eles. Com a família a gente não trabalha, a não ser quando é um caso de abandono, em que o paciente passa um período, abandona o tratamento e a gente vai atrás, manda alguém ir atrás, e no retorno à gente traz alguém da família pra reforçarmos as orientações sobre a importância do tratamento. É geralmente assim. Houve um período, quando eu estava direto mesmo no DT, que eu transcrevia medicação, fazia reuniões, eu fazia reunião entre eles, com alguns deles, tanto faz ser paciente de hanseníase como de tuberculose. Eu marcava um dia de reunião com eles e com os familiares que viessem aí à gente ia conversar tudo, como se adquire a tuberculose, o tipo de trabalho, a duração do tratamento, abrangendo todo o aspecto do tratamento da tuberculose. E depois disso pronto. Com mudança de direção, muda isso aqui, muda isso ali, vai mudando, a direção nova entrou e mudou todo o esquema. Quem dera se fosse para melhor, mas, melhor não está sendo não porque se fosse pra melhorar não haveria tanto abandono como está havendo ultimamente no tratamento da tuberculose.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

Olha, pra mim eu me sinto muito bem, eu me sinto feliz, por poder ajudá-los, principalmente com palavras de incentivo, de conforto porque o paciente já se sente pra baixo por causa da doença, se encontrar um profissional daquele jeito, que não dá a mínima importância, que tem até medo de conversar com o paciente, de ficar de frente com ele, qual é a situação desse paciente? É pior ainda. Então eu sempre me dediquei muito a eles, tanto que por mim eu estaria todo tempo lá, conversando com eles, atendendo esses pacientes, por que eles precisam muito sabe? É paciente que tem uma auto-estima muito baixa. Nós temos um caso aqui visto por você anteriormente, esse paciente requer um tratamento especial devido um conflito que há com a família dele. Eu gosto do trabalho que eu faço.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Eu me sinto bem, me sinto mesmo. Cuidando deles, tratando eles, conversando com eles, brincando com eles, tirando brincadeiras boas para eles ficarem sempre com o astral lá em cima. Eu vou lhe falar uma coisa, com sinceridade, modéstia à parte, quando eu estava nesse atendimento era difícil os pacientes faltarem. Quando foi a enfermeira que começou diretamente o atendimento, eles perguntaram “Cadê o técnico? Ele não vem mais pra cá?” Eu acredito que eles gostavam muito do meu atendimento. Nós tínhamos uma médica aqui que ela odiava tratar dos pacientes com tuberculose. Ela sentava-se numa extremidade do consultório e o paciente na outra. Ela de máscara e o paciente também. Isso quando ela atendia, mas graças a deus ela não está mais aqui na Unidade.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Eu gostaria de falar sobre a medicação, que não faltasse medicação. Ultimamente o maior problema que está acontecendo é esse, a falta da medicação. Antigamente o padrão (de medicamentos) era feito de acordo com o número de pacientes inscritos e vinha uma quantidade maior por que sempre tem aquelas notificações de casos, novos. Agora não, se forem notificados dez casos só vem medicações pra dez. Aí amanhã se entrar um caso novo vai ter que tirar daqueles notificados pra atender ao paciente e vai faltar para os outros. Antigamente a medicação não era tão contada e não faltava. Hoje em dia não. Hoje falta medicação. Eu queria isso, que não faltasse medicação para os pacientes. Que a gente pudesse dar alguma ajuda de custo aos pacientes porque tem muita gente que precisa mesmo. Cesta básica pra incentivar mais os pacientes por que são esses casos que mais abandonam o tratamento porque você sabe que o medicamento além de bactericida estimula muito o apetite e o paciente não tem nada o que comer. Eles têm dificuldades de vir aqui e nesses casos uma cesta básica ajudaria muito a esses pacientes. É isso.

Entrevista 20

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Eu penso em todos, nas minhas crianças, nas mulheres, nos meus doentes de TB, penso em todos menos em mim, procuro dar o máximo de atenção que eu puder aos doentes de TB. Quando eles vêm falar comigo eu procuro não fazer com que eles se sintam rejeitados, eu chego junto, pego na mão deles, olho nos olhos para que eles não se sintam discriminados porque tem muitas pessoas que dizem que a tuberculose mata, mas o que mata é o preconceito, a tuberculose não mata se você tratar, então, eu procuro valorizá-lo ao máximo, digo para eles tomarem seu café, seu leite, seu caribé (caldo quente feito com farinha de mandioca), eu chego e quando eles não estão legais e eu converso, procuro coloca-los lá em cima o máximo que eu posso. Acho muito fácil descobrir quando eles estão com tuberculose. Quando desconfio eu já procuro dizer pra ele: olha meu amor é o seguinte: quem sabe você não está até com uma pneumonia? Disfarço, porque hoje em dia a tuberculose ainda é uma coisa assim sabe? Parece que jogaram uma bomba e todo mundo está com medo, assim que é, mas não é desse jeito! Eu procuro amenizar aquela dor. Muitas vezes eu vou duas vezes à casa do paciente pra não deixar ele sozinho, porque eu digo logo pra família pra não contar pra ninguém que ele está doente, não é preciso contar, digam que ele está resfriado, com febre, então não é preciso dizer que aquele paciente está com tuberculose, não! Ele só não quer sair, está “assim” a doutora até passou uma medicação pra ele, porque ele está muito gripado, eu procuro amenizar aquilo. Eu sempre

oriento os pacientes como se comportar, usar o ventilador, não falar em cima dos outros, se manterem abaixo ou acima, um beijo na mão não contamina ninguém, um abraço, procure se valorizar, você pegou essa doença, mas eu também posso pegar dentro de um ônibus, num cinema, num teatro, qualquer um pode pegar.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

É procurar ajudá-lo o máximo que eu puder, conscientizá-lo para que aquela doença que ele adquiriu não passe para outras pessoas que convivem com ele, que elas não sejam contaminadas porque aqui onde eu trabalho, na rua eu encontro vários tipos de tuberculose, tem tuberculose ganglionar (aponta para o pescoço), tem uma criança de dez anos, têm três casos de tuberculose pulmonar, dois de quarenta e um anos e outro de sessenta e seis anos, sendo que a criança por ela ser uma criança de dez anos a mãe está vendo como ela está fazendo o tratamento, está acompanhando, enquanto que os dois de quarenta e um não estão seguindo a dieta reto como eu queria, um é dependente de drogas e está tomando a medicação, mas está se envolvendo com drogas, não está como eu queria e o outro bebe direto, pega sol, pega chuva, que são coisas que prejudicam o meu trabalho, um trabalho que eu sei que eu não ganho milhões, não vou fazer fortuna, mas é um trabalho que vem daqui (aponta pro coração). A gente levanta de manhã cedo, às vezes cansada, mas eu faço com tanto amor, vou trabalhar, hoje eu não vou pra rua, porque é dia de capacitação, vou aprender outras coisas pra olhar essas pessoas, pra vê como elas estão, só que eles não olham esse outro lado, eles acham que a gente tem obrigação de estar lá (na comunidade). Quando eles estão doentes, eles te obedecem, estão ali na linha, depois que têm uma melhorzinha eles já sentem que estão bons, aí já ficam mal criados, quer dizer, o trabalho da gente vai por água a baixo, e logo tem a recaída, a recaída você sabe que mata, a recaída de muitos mata, porque muitos acham que não vão contaminar ninguém, que não vão ter conseqüências mais graves, não pensam assim, acham que a gente vai estar lá vai dar a medicação, a enfermeira vai estar indo lá o tempo todo, muitas vezes eu peço para meus colegas irem vê-lo quando eu tenho outras coisas a fazer, a enfermeira vai lá faz a parte dela, a médica também vai lá, ou seja, ele tem um acompanhamento sério, bem bacana, enquanto que a maioria, como eu digo pra eles, a maioria quer vem na unidade e eu digo: se vocês forem na unidade, ela não vai cobrir vocês. Vocês podem até ir pra unidade, mas eu não vou poder acompanhar vocês, não vou poder levar a medicação, porque eu tenho que conferir a medicação deles nem que seja uma vez por semana, eu chego lá na casa deles e quero ver a medicação, confiro tudinho, anoto, aí pergunto se eles estão tomando direitinho, pergunto quantos comprimidos eles tomam por dia, que horário estão tomando, se estão dormindo bem, o que estão comendo, pergunto sobre as funções fisiológicas, pergunto se está tudo direitinho, indago tudo sobre a vida deles, a parte da doença, digo o que ele tem que comer, qual o horário, o horário que ele pode pegar sol, tomar banho, como ele deve falar com as pessoas.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Lá na hora, eu me sinto forte, tenho que me fazer de forte, de advogada, de defensora pública, de tudo, de super mulher, de tudo menos de médica. Procuo colocar ele lá em cima pra ele se sentir importante, porque a sociedade precisa dele, porque só assim ele faz o tratamento direitinho, aí ele me ajuda também, só que quando ele melhora um pouquinho, ele dá aquela guinadinha pra baixo, então eu vou lá e brigo, digo pra ele me

respeitar, digo que ele tem que fazer o tratamento, é importante pra mim também, porque se eu perde-lo eu vou me sentir a pior das pessoas, procuro dar aquela força pra eles, ligo todo dia, vou todo dia quando eles estão no início do tratamento, passo cedo na casa deles, às vezes vou em outras casas e depois volto pra ver se ele acordou, insisto, o paciente manda dizer que está dormindo, mas eu insisto em vê-lo, procuro dar aquela atenção pra ele, pra ele dizer assim: ela me valoriza, porque ninguém pede pra adoecer, ninguém pede pra ter uma doença dessas. É como se ele tivesse uma doença horrorosa que nem a AIDS, só que a tuberculose tem cura tomando o remédio direitinho você vai viver anos e anos. Nesse ponto o problema está na sociedade, porque a própria sociedade discrimina então isso me dói.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Não.

Entrevista 21

1- Me fale sobre o seu dia a dia junto aos portadores de tuberculose, o que você faz o seu modo de atender a essas pessoas.

Eles vêm encaminhados do médico, quando ele tem a suspeita ele solicita o exame e a gente faz, e se caso o exame de escarro for negativo, encaminha-se para o pneumologista e este médico indica para fazer o raio x, se vier com o raio x suspeito a gente inicia o tratamento encaminha para o serviço social, fica fazendo as consultas médicas, enfermagem para receber todas as orientações, fazer registro para ter o controle da assiduidade deles. Tem o registro no livro e também no fichário, no arquivo rotativo porque neste arquivo identificamos se o paciente é assíduo ou não, porque ali são registrados todos os comparecimentos dele, é registrado também o resultado das baciloscopias e o peso do paciente. Aí ele vem mensalmente e toda vez que ele vem é reorientado é reforçado sobre a alimentação, o tratamento, a gente sempre está reforçando, fica lembrando isso, por que às vezes ele esquece, acha que está curado, que não precisa mais disto, por isso a gente está reforçando. A gente conversa, eles dizem o que querem dizer, mostram como é o relacionamento com a família, com os amigos, no trabalho deles, a gente vai sempre orientando, reforçando as orientações e também a tomada das medicações, que é importante.

2- Pra você, o que significa esse trabalho, essas suas ações junto aos portadores de tuberculose. Qual significado isso tem pra você?

A importância é que são pacientes que já tem certa carência especial e que tem preconceito com a doença que ainda existe e é muito grande. Eles relatam aqui para gente que até mesmo a família tem preconceito, mandam separar as coisas, que não pode tomar água no mesmo copo então eles sentem um pouco discriminados, os vizinhos querem saber o que está acontecendo, por que está perdendo peso. A importância é de saber que é uma doença curável, que graças a Deus hoje em dia ela é curável, tem que passar isso para o paciente, que ele vai ficar bem, você dar este suporte emocional que ele precisa, e se precisar encaminhar para o psicólogo, para o assistente social, se ele precisar fazer exame psiquiátrico a gente encaminha. A gente explica, conversa então, a importância para mim é essa é dar segurança a eles é dar suporte que eles precisam isso realmente ainda é necessário para que a cura aconteça, para eles não abandonarem o tratamento, para eles não

acharem que porque depois de quinze dias do início do tratamento não tem mais sintomas que eles já estão bons, não precisam mais tomar os remédios, então é importante reforçar que tem que fazer o tratamento até o final e que o tratamento é de seis meses, e só recebe a cura com seis meses de tratamento, tomando o remédio diariamente, direitinho de acordo com as orientações. Eu acho importante por que a gente não consegue deter, dar vencimento e que cada dia aparecem mais casos novo, a gente se sente até impotente neste momento, a gente não consegue entender por que tantas pessoas se contaminam, detectar onde está a falha nossa ...falha da gente de não ir à comunidade, estar mais perto deles, fazendo palestras, mostrando como se pode prevenir a doença. A gente fica só aqui nas palestras da unidade mesmo, da orientação individual, da orientação coletiva, aqui dentro da unidade. A gente tem que para lá para o campo. Se a família saudável (PSF) não poderia desenvolver esse papel, a gente fica sem entender realmente o que acontece, por que tantos casos novos.

3- Como você se sente lidando com essas pessoas?

Sinceramente, eu não tenho medo, não tenho medo de contrair a doença, Eu não uso máscara para atender aos pacientes, por que eles ficam muito tristes, sentem o impacto muito grande, eles já entram tristes na sala. Eu não tenho medo, eu acho incrível por eu não ter medo de atender esses pacientes. Eu converso normal com eles, eles ficam perto por que eu não tenho medo, eu sou profissional de saúde e não posso passar isso para o paciente, eu tenho que passar segurança para ele, dizer que eu me sinto segura perto dele, eu sou assim. Eu não tenho medo de contrair a doença.

4- Você gostaria de fazer algum comentário?

Quero ressaltar que a nossa equipe é muito empenhada, inclusive os médicos, por que a gente sabe que médico geralmente não é muito comprometido, eles vêm para atender e vão embora agora, os médicos que atendem os programas aqui (TB, MB, DM), os controlados, eles são comprometidos com esses programas eles se doam, são interessados, conversam com a gente, fazem treinamento, se disponibilizam pra isso, e a gente sabe que é mais difícil trazer o médico para equipe e atuar como precisa, a gente consegue isso aqui com os clínicos que atendem esses pacientes. Temos também problemas por que às vezes faltam frascos para coleta de escarro então isso é complicado por que o paciente vai ter que comprar, fica uma situação constrangedora o paciente ter que comprar o frasco para fazer exame de controle, a gente já viveu essa situação por um longo período e o exame ficou suspenso, eu acho isso muito perigoso, muito triste, preocupante porque a gente sabe que o paciente precisa do controle para receber a cura no final do tratamento, saber se os remédios estão fazendo efeito, descobrir uma possível falência não é? Uma possível resistência ao tratamento, esse controle mensal é importante. São essas as dificuldades que a gente tem, faltar a medicação faz tempo que não falta mais. Quando acontece a gente pede emprestado para outra unidade, agente trabalha nessa parceria com outros postos, temos também uma farmacêutica muito empenhada nesse sentido, quando ela vê que não chegou o padrão (a cota de medicamentos) ela telefona logo e pede emprestado. Todo esse apoio nós temos aqui. É muito importante a farmácia trabalhar em parceria com a enfermagem e com os médicos, e nós temos esse privilégio aqui, porque as pessoas vêm pra trabalhar mesmo, pra cumprir o seu papel.

GRUPO II (Portadores)

Entrevista 1

1-O que significa pra você estar com tuberculose?

Olha pra mim, quando eu... a primeira vez queria só morrer, porque eu pensava que era uma doença que não tinha cura, né? Aí eu me desesperei, chorei, depois eu fui, fiz o meu tratamento, eu acho também que eu não fiquei totalmente curada, porque se tivesse ficado curada eu não tinha voltado agora, depois de quatro anos, voltou de novo. Aí, eu acho que agora eu estou fazendo o tratamento correto, agora eu estou fazendo o tratamento correto, tanto é que eu estou me sentindo muito bem, muito bem mesmo depois que eu fiz, estou fazendo agora o terceiro mês e estou me sentindo muito bem.

2-Descreva o seu dia-a-dia após o início do tratamento.

Eu venho pra cá, eu levo meus filhos na escola, aí venho pra cá, tomo meu remédio, chego em casa tomo meu café, depois faço meu almoço, almoço, de tarde dou uma descansada não é? Vou buscar meus filhos na creche de tarde, tomo meu banho e fico só assistindo televisão. Não a vida de correria como eu fazia, que eu trabalhava, chegava em casa cansada e ainda tinha que fazer tudo de novo em casa, agora eu parei um pouco disso, eu me sentia muito cansada mesmo.

3-E como é que você está se sentindo realizando este tratamento?

Eu estou me sentindo bem agora, agora eu estou bem, bem mesmo pro que eu tava, eu me sentia muito mal, agora eu estou me sinto muito bem. Nesse tratamento agora eu sinto que eu estou bem.

4-Você gostaria de fazer algum comentário?

Eu acho que as pessoas, eles têm que dar mais assistência pra isso, que é uma coisa que está dando já bem demais (muitos casos), eu acho que esse foco assim, como é que diz, a situação financeira das pessoas né? Eu acho que é por isso que está esse absurdo que está dando demais essa doença. Nas pessoas que eu conheço, quase todas já tiveram, porque, olha, o meu irmão já teve, uma colega minha lá de perto de casa já teve, ela está até em tratamento. O meu irmão também, o meu irmão já vai fazer dois meses agora que ele está se tratando.

Entrevista 2

1-O que significa pra você estar com tuberculose?

Não sei nem o que falar assim, pra mim é normal, porque a minha família não sentiu nenhum preconceito, nem meus amigos, então eu considero normal.

2-Descreva o seu dia-a-dia após o início do tratamento.

O meu dia-a-dia desde quando começou o tratamento foi uma dificuldade né? Porque eu passei por vários problemas, mas como eu trabalho com bijuteria eu ficava só me “intertendo” (distraindo) naquela coisa. O meu dia-a-dia é assim: corro pro lado, corro pro outro, é assim.

3-Como você se sente realizando este tratamento?

Olha não é bom não, mas teve por uma parte é boa, porque de vez em quando eu me lembro que eu tava com essa doença, aí a auxiliar de enfermagem me deu maior apoio, pra eu continuar, estou bem agora graças a Deus, mas eu tive essa melhora.

4-Você gostaria de fazer algum comentário?

Não sei o que falar.

Entrevista 3

1-O que significa pra você estar com tuberculose?

Pra mim significa, eu fico triste né? Fico um pouco deprimida, não tenho alegria, não tenho desejo, não saio pra canto nenhum, eu me sinto melhor quando estou só, é assim (longo silêncio).

2-Descreva o seu dia-a-dia após o início do tratamento.

O meu dia-a-dia é meio mal, não durmo bem à noite, quando é seis horas da manhã já estou de pé na minha cozinha fazendo o leite pro meu filho ir pra universidade e pra vir pra cá pra tomar os meus remédios. Vou pra Almirante Barroso, apanho o ônibus e venho pra cá e me sinto alegre porque eu vou ter contato com pessoas, que são pessoas boas, pessoas carinhosas, pessoas que eu tenho certeza que querem o meu bem. Quando eu volto, eu vou terminar meu almoço e depois eu vou repousar, vou me deitar depois do almoço porque eu faço tudo e depois vou descansar. Não faço outras coisas porque me sinto assim meio cansada, porque eu sou evangélica, na igreja que eu congrego têm muitos ventiladores, quando eu chego lá eu começo a tossir, tossir, então eu não vou, já falei lá com o meu pastor, eu só vou depois do tratamento.

3-Como você se sente sentindo realizando este tratamento?

Eu me sinto feliz, porque eu sei que em Dezembro é pra eu terminar o meu tratamento, estarei boa, estarei forte, essa doença já desapareceu do meu pulmão e eu vou ter a minha vida como era antes, trabalhar na minha casa, lavar a roupa, sair pra minha igreja, tenho certeza da alegria que será ainda mais, né?

4-Você gostaria de fazer algum comentário?

A situação financeira hoje em dia no nosso país, ela é muito triste, porque isso aí também me abala, porque eu sou uma senhora aposentada. Eu recebo setecentos reais, eu tenho casa própria, mas eu pago luz, pago água, pago telefone e isso me preocupa bastante, fico

preocupada com o dia de amanhã, que não devia nem me preocupar, porque o dia de amanhã pertence a Deus, mas eu ainda sou carne e faço isso, é isso aí.

Entrevista 4

1-O que significa pra você estar com tuberculose?

Como eu já disse inesperado né? Não é bom, claro, é difícil a compreensão, gente trata, então a gente não acha que realmente vai acontecer com a gente, quando a gente tem os sintomas, a gente não para pra pensar que pode ser tuberculose. Têm uns dois meses, um mês e meio mais ou menos com o sintoma da tosse e achava que era alergia de garganta que eu tenho muito, aí quando realmente foi solicitado o exame, eu achei que fosse rotina, que não fosse dar nada e quando deu foi um choque pra mim, devido à questão do tratamento onde é difícil aceitar isso, a questão dos seis meses pesou muito pra mim e eu me auto isolei, porque apesar de saber, mas eu tive que ficar alguns dias ainda esperando pra fazer cultura e era um final de semana uma sexta-feira então eu fiquei (pausa) foi o pior final de semana da minha vida, eu saber que estava bacilífera em casa podendo transmitir, e eu fiquei muito preocupada porque estava de férias, dormia com minha mãe na mesma cama, aí eu fiquei com medo de passar pra ela, e ela vinha muito preocupada querendo ficar comigo e me abraçar e eu não. Realmente eu me isolei no dia-a-dia do contato, a gente pensa que não, mas a gente só consegue entender quando a gente tem, quando a gente vive o outro lado do paciente mesmo, esquece o que é, até esqueci muitas coisas na hora, sobre o sintoma sobre o que era, me deixou realmente frustrada, porque é do zero, vai olhar, sabe quais são os sintomas, já tratou vários, mas com a gente parece que é tudo diferente.

2-Descreva o seu dia-a-dia após o início do tratamento.

Eu nunca mais dormi bem porque eu acordo cedo, sempre no mesmo horário pra tomar o remédio, agora está até melhor, mas na época da pirazinamida, eu olhava pra pirazinamida e não sentia vontade de tomar, tomava sempre tomei aqueles dois tranquilamente, mas, quando chegava nos quatro era olhar e ter vontade de vomitar mesmo! Parece mentira quando os pacientes vêm reclamar que se sentem mal, quando tomam a pirazinamida e eu inclusive tenho um colega da área que disse que tinha uma paciente que ele atendia que não podia ver o remédio que vomitava e era psicológico, não é psicológico não, é real, não sei se é o gosto da pirazinamida, se é o efeito que ela causa na gente, mas não é psicológico, realmente a vontade é de não tomar o remédio, os primeiros dois meses de tratamento, agora eu entendo porque que dá vontade de abandonar, porque realmente a gente tem vontade de vomitar, tem vontade de tomar só dois, ou então não tomar hoje, tomar amanhã, porque é o dia todo assim ruim, a qualidade de vida é chata, você fica irritada com aquilo, com o que você sente, eu pelo menos fiquei assim muito aborrecida e é difícil porque eu estou fazendo aqui não é? Então aqui é o tratamento supervisionado e é difícil sim vir todos os dias e tomar, nos primeiros dias eu fiquei, eu ficava meio irritada, esperava pra tomar o remédio no horário e quanto mais eu ficava sem comer mais eu me sentia muito mal, tontura, um monte de coisa, mas depois quando eu tive contato com essas pessoas de novo, tem paciente que nunca sentiu medo aqui, mudou, eu acho que eu caí em mim, eu sou que nem eles, agora tenho que compartilhar das mesmas coisas que eles estão passando, então eu acho que meu primeiro encontro com ele aqui me fez melhorar. Eu tive um pouquinho de depressão quando eu tive a doença, me auto isolei, eu fiquei achando

poxa, mas porque isso aconteceu? Eu sei como é que se pega, mas eu me alimento bem e tudo, por quê? Por quê? Por quê? Apesar de estar com uma cruz só, mas a minha cultura deu três, né? Então eu tinha os sintomas, eu estava mesmo debilitada, emagreci muito e a aceitação pra mim foi difícil. O meu dia-a-dia hoje, agora depois desse momento já está bem melhor, já consigo... Às vezes eu até me esqueço que eu tenho tuberculose, porque a minha vida ficou normal depois dos dois meses, já não tem aquele efeito grande que a pirazinamida causava em mim, mas o outro efeito que ela causou que foi assim também ruim é a acne, eu fiquei completamente tomada e aí aquela questão da auto estima, porque eu não podia mais vestir nenhum tipo de roupa, quer dizer mais isso, nossa eu vou ficar, a dermatologista você vai ter isso até seis meses, a gente pode só tomar um remédio pra melhorar então tudo isso, é meio difícil a aceitação dessas coisas.

Eu trabalho com o PSF e inclusive eu não sei nem se foi coincidência, mas não tem nenhum paciente agora atualmente lá, então está tranquilo, estou normal, eu não tinha disposição antes, a minha disposição voltou principalmente depois de ter acabado esses dois meses, melhorei bastante mesmo, mas dizer que não é incomodo é, porque sair a noite e saber que tem que acordar sete horas em ponto pra tomar o remédio, um único remédio ao lado pra tomar, então é uma obrigação eu já acordo... parece que a gente não dorme tranqüila até tomar o remédio, a gente esquece durante o dia, mas todo dia de manhã eu lembro que sou tuberculosa.

3-Como você se sente realizando este tratamento?

Eu fico feliz por ser uma doença que tem cura, que tem tratamento, é um medicamento específico, acho que... quando eu tive a doença vários colegas disseram: não se preocupe, a doença tem cura e sempre colocando uma doença pior, mas realmente a doença pior que ele colocavam era bem pior mesmo, mas só dá pra saber quem tem não é? O que você sente, o que o remédio causa, o dia-a-dia, não é um tratamento assim muito fácil, hoje eu vejo que é por isso que as pessoas desistem, porque é longo e é chato, você acaba mudando um pouco a sua rotina, por exemplo, eu vir aqui é mudar a minha rotina, então é por exemplo mudar minha rotina, é ficar às vezes me lembrando: será que amanhã eu vou ter o remédio, todo dia eu tenho que ir mesmo lá, tenho medo de ficar sem tomar o remédio, eu acho que porque eu sou profissional de saúde, eu tenho muito medo de não tomar e as vezes eu fico pensando se é feriado, se aqui vai funcionar, se eu vou ficar sem tomar o remédio, acontece isso também, essa preocupação, eu tenho muita preocupação com o tratamento, desde que eu comecei eu não fiquei sem tomar, eu tomei todos os dias no mesmo horário. Realmente eu tenho essa preocupação de fazer corretamente o tratamento.

4-Gostaria de fazer algum comentário?

Tem tanta coisa que é mais importante... Eu não sou mais a mesma pessoa que eu era antes, acho que mudou alguma coisa em mim, eu já tratava os pacientes de tuberculose com a maior atenção, tanto é que eu nunca os descriminei, nunca atendi eles com a proteção que eu acho que deveria, sempre pensando muito neles, inclusive eu fazia festas junto com eles quando chegava o segundo mês sem saber como eles se sentiam eu já fazia a maior festa e agora depois que eu tiver um outro paciente eu vou fazer mais festa ainda como fazem aqui, porque realmente tem que fazer uma festa, passou o segundo mês e concluiu o sexto é uma festa, não é fácil, porque em outras doenças você toma remédio por um tempo, uma amidalite, uma faringite, em sete dias você acaba, pra mim o que é difícil é tomar o remédio todo dia e a minha preocupação também é de não adoecer de outra coisa

para ter que tomar outro tipo de antibiótico, porque pode dar problema de gastrite, a minha sorte é que eu tinha feito um tratamento anterior e talvez por isso não senti o estômago, não tem como não ficar ruim do estômago tomando a pirazinamida, ela é destruidora eu tinha uns sintomas estranhos, ficava a me “pinicar” ainda é assim de manhã, por exemplo, se eu não for logo ao banheiro urinar eu fico me pinicando toda, parece que a concentração do remédio está grande naquela hora, então é uma experiência realmente difícil, até porque a questão é que não tem mais muita discriminação não tem, mas eu me sinto assim meio que constrangida quando eu vou contar para uma pessoa que eu estou com a tuberculose, pra mim ainda é pesado e pra pessoa que escuta acho que deve ser também, principalmente pra quem não entende, então às vezes eu tenho um pouco de receio de dizer que estou doente, apesar de já estar em tratamento, mas ainda tem, parece que a pessoa te olha assim meio estranho como se tivesse pegado uma doença que só parece que pegam as pessoas de baixa renda ou pessoas com outras doenças. Enfim, acho que não é que seja mais fácil pra gente adoecer, só não é mais comum do que alguém que tem uma saúde boa que trabalha com esses pacientes, adquirir a doença, estar do outro lado aqui é muito diferente, eu nunca mais vou nem comparar o que o paciente sente com o que eu sentia antes, é bem diferente mesmo, inclusive quando esse médico falou que era psicológico o que a paciente sentia quando tomava a pirazinamida, me deu assim uma raiva porque ele está falando... eu disse: você já teve tuberculose? Ele disse: eu não. Pois é, infelizmente a gente olha o remédio e tem vontade de vomitar, depois eu entrei com uma enquete aqui do tratamento todo mundo concorda, eu não sei se você olha a pílula branca e tem vontade de vomitar, eu tomava bem devagarzinho ou tomava tudo de uma vez pra acabar logo, porque ela é chata mesmo, então eu acho que hoje em dia eles são uns heróis por terem terminado o tratamento.

Entrevista 5

1-O que significa pra você estar com tuberculose?

Bom... Significado... O caso é o seguinte: primeiro a gente nunca espera pegar a doença. Depois que acontece e a gente pega a gente aprende muita coisa porque hoje em dia você tem um tratamento desses em qualquer posto. Eu tenho vários colegas, a gente se encontrou aqui passou a se conhecer e muitos deles não levaram a sério, não levam a sério esse tipo de doença e eu não, no meu caso é o seguinte: eu levei muito a sério porque fiquei muito ruim, quase morri, então eu passei a dar uma importância maior a esse tipo de doença, passei a me conscientizar que é uma doença que tem cura mas justamente se deixar pra lá e não cumprir com o tratamento direito o que acontece? Acontece que a gente fica muito mal, é capaz de morrer como eu fiquei. Daí eu passei a me conscientizar que isso aí depende da gente mesmo, da gente mesmo porque se não for a gente mesmo procurar o tratamento e seguir o tratamento direitinho pra ficar bom a gente sabe que mais tarde pode não sobreviver mais, porque isso é uma doença que mata. Então, eu sou uma pessoa que não tenho... Preconceito assim, de ter a doença, de ter pegado a doença. No local que eu trabalhava era muito fácil pegar a doença, trabalhava em embarcação, viajava muito aí, entrava no gelo, pegava sol, frio, aí peguei a doença. Quando eu cheguei aqui pra fazer o tratamento eu já estava muito debilitado, tanto prova que eu só vim conseguir a minha primeira consulta, daí em diante eu não consegui mais vir andando pra cá pro posto, eu passei a não andar, a não comer, perdi muito peso, fiquei debilitado. Eu comecei a tomar o medicamento logo quando eu consegui a consulta, me consultei, aí quando liberaram o medicamento eu comecei a tomar. A minha irmã foi quem veio aqui buscar o medicamento e foi entregue pra ela e eu comecei a tomar em casa. Quando eu comecei a tomar esse

medicamento foi que eu comecei a me recuperar, só que aí nos três primeiros meses abriu falência do tratamento, não matou o bicho, eu tinha três cruzeiros e só eliminei duas, uma não queria eliminar, aí abriu falência desse esquema, aí eu comecei com outro, o esquema três, foi nesse esquema três que eliminou as cruzeiros que eu tinha, foi quando o doutor me encaminhou pra referência, pra eu fazer a chapa, essas coisas. Então eu estou aqui pra contar história, muita coisa me aconteceu então essa é a minha conscientização: que a gente não deve interromper o tratamento, a gente não deve ficar com vergonha, porque essa é uma doença que assim como pode ser na gente, pode ser em qualquer outra pessoa, eu não mesmo não tenho vergonha de dizer que eu peguei a doença, eu não tenho vergonha de dar meu nome, seja para o que for não tenho vergonha de me expor. Aqui no posto as pessoas que me conhecem, tanto a enfermeira quanto o doutor todos eles já me conhecem, já sabem da minha doença, até as pessoas que a gente encontra aqui, muitos pacientes, a gente conversa sobre a doença, eu falo da minha doença, eu sei que têm outras doenças piores que a minha e converso com as pessoas normalmente, não tenho preconceito e é normal, acho que é uma coisa normal, porque tem muita gente que já teve, a minha opinião é essa, eu não tenho preconceito com quem já teve, só sei que eu estou me tratando, estou bom, graças a Deus, só está faltando eu pegar alta, tomo o medicamento aqui duas vezes na semana e levo o remédio pra tomar em casa. Eu aprendi muita coisa com essa doença, aprendi que a gente não deve brincar, nem facilitar as coisas, porque quase eu vou pro fundo da terra.

2-Descreva o seu dia-a-dia após o início do tratamento.

Minha rotina ficou o seguinte: eu moro com minha irmã, trabalhar eu não posso, enquanto eu não receber alta daqui eu não posso trabalhar, porque eu tenho que vir aqui duas vezes na semana e uma vez todo mês que é a consulta justamente que é pra eu poder pegar os remédios e deixar aqui, então fica ruim pra eu trabalhar, por quê? Porque eu tenho que estar aqui duas vezes na semana e uma vez no mês, a minha rotina é essa, amanhece e eu fico em casa, não estou trabalhando, justamente por causa do tratamento, anoitece e eu em casa. Eu não saio pra canto nenhum, saio assim, eu venho aqui pegar o remédio aqui nas segundas e nas quintas-feiras, então quando eles me dão o remédio na quinta-feira, eu saio e vou à casa de minha mãe e do meu pai, passo o sábado e o domingo lá, aí domingo à noite eu venho embora pra estar segunda-feira de manhã aqui, e o serviço que eu faço e lá em casa mesmo, por lá. A minha rotina é essa todo dia até eu terminar o tratamento não posso facilitar, essa que é a minha rotina, o meu dia-a-dia, porque agora com o tratamento, ele impede a gente de trabalhar, porque qual é o patrão que vai querer que o seu funcionário falte duas vezes na semana e uma vez no mês? Fica totalmente fora de condição de trabalhar. Não tem condições, a gente para com o tratamento, fica impedido de trabalhar, e quando eu comecei o tratamento que tinha que tomar injeção todos os dias, nos dois primeiros meses quando eu comecei, eu tomava injeção todo dia e ainda tem isso, quando eu comecei esse tratamento, o esquema três, eu tomava injeção de segunda a sexta-feira, sábado e domingo eu não tomava, isso aí nos dois primeiros meses, os outros quatro meses em diante eu tomava injeção só segunda e quinta-feira, aí ficou mais difícil ainda de se trabalhar, a gente tem que vir todo dia aqui de manhã pra tomar injeção, agora o resto do tratamento foi só remédio, eu tomava dez comprimidos e uma injeção, aí saiu a injeção e foi diminuindo os comprimidos e eu passei a tomar só seis comprimidos só, são os seis comprimidos que eu tomo até hoje e não tenho condições de trabalhar, porque o tratamento não deixa a gente trabalhar. Diversão eu não tenho, festa não, mesmo porque não sou muito chegado a uma festa, festa pra eu ir assim não dá, passear eu saio, eu vou pro passeio, passear na praça, vou no parque, distrair, também só estar em casa é ruim e eu não

sou acostumado a ficar em casa, graças a Deus que sempre trabalhei. Às vezes eu saio pra trabalhar, pequenos serviços, e eles me convidam aí eu vou fazer entrega de mercadoria com eles. Eu vou fazendo algumas atividades aos poucos também, eu não vou forçar muito, porque eu não posso assim forçar muito, eu estou fazendo o tratamento, eu estou bom, mas eu não quero forçar, quando eu receber alta é justamente pra eu fazer as atividades mais puxadas um pouco, isso é uma doença que mina muito o pulmão da gente, a gente fica cansado às vezes, agora não, antes eu ficava muito cansado, só de casa pra cá pro posto eu cansava muito, eu parava e agora não, eu já tive só isso mesmo. Fora a entrega que ele me pede pra fazer, fora disso só em casa mesmo, pra festa eu não gosto, porque pra festa mesmo eu não saio, não gosto de festa, beber, eu não bebo, fumar também não.

3-Como você se sente realizando este tratamento?

Eu me sinto bem, olha eu aprendi muita coisa com meu tratamento, conheci as pessoas, a gente aprende a lidar com a doença, aprende que a gente ainda tem muito o quê viver pela frente, seguir, fazer o que a gente tinha planejado pra fazer, que quase eu não faço. Eu não estou aqui pra culpar ninguém. Hoje em dia eu aprendi muito, aprendi que é bom viver, por isso eu vou viver e ser feliz, então eu aprendi a dar valor às pessoas tanto de fora do posto quanto a família da gente, porque se não fosse a minha irmã, hoje em dia eu estava embaixo da terra. Ela é uma pessoa muito importante pra mim, me ajudou no tratamento, se não fosse ela pra me ajudar eu não estava aqui pra contar história, e a gente conhece muito às pessoas. Eu me dou muito com as enfermeiras daqui, eu gostei muito de fazer o tratamento nesse posto aqui, é um posto bom, gostei muito do posto de referência também, inclusive terminando aqui, eu vou fazer um tratamento lá, só depois que eu receber alta, então a gente aprende a dar valor nas pessoas, na vida. Eu conheci várias coisas, passei a conhecer uma parte que a gente não conhecia, porque a gente pensa que tudo é fácil, aí diz: ah! É rápido que tu consegue alguma coisa, não! Não é assim, a gente tem que ir devagar. Olha, eu custei a conseguir uma consulta. Uma senhora que veio aqui pegar essa ficha de consulta. Eu gostei daqui também, porque eles cuidam bem da gente, eles tratam bem da gente, aqui eles não deixam falhar, se não tiver um remédio aqui, se tiver faltando remédio na farmácia eles vão lá, o enfermeiro vai buscar emprestado em outro posto, então eu gostei muito de me tratar aqui. Eu gosto das meninas aqui, eu já me acostumei com as meninas, não tem jeito quando eu não venho aqui uma semana que vai cair um feriado no meio da semana ou alguma coisa ou sinto falta até delas, eu estou tão acostumado que quando me derem alta eu não vou deixar de vir aqui pra falar com o pessoal daqui do posto aprendi muito com esse tratamento e com o pessoal aqui, o pessoal me trata super bem, aprendi a gostar mais das pessoas.

4-Gostaria de fazer algum comentário?

Eu gostaria assim que as pessoas se conscientizassem mais e procurassem mais se informar, não ter preconceito dos outros de terem essa doença, porque eu sei bem, tem muito preconceito quando diz que é tuberculoso a pessoa até se afasta pensando que já vai pegar a doença, sim porque realmente a doença, ela pega se a gente ainda tiver com o bacilo e falar, você vai pegar, se o seu organismo estiver muito frágil, debilitado você vai pegar a doença, mais aí se afastam logo do lado da gente. Então, eu gostaria que as pessoas não tivessem tanto preconceito, porque eu não tenho preconceito pode ser a doença que for, eu não tenho, eu fiz todo tipo de exame, eu mesmo pedi pro doutor, doutor eu queria que o senhor me desse requisição pra eu ir no laboratório fazer o exame de AIDS, eu

mesmo pedi pra ele, ele me deu e eu fui lá e fiz tudo direitinho, trouxe o resultado pra ele, negativo. Então eu fiz todos os exames, mas eu mesmo pedi pro médico, eu não tenho preconceito e não gostaria que as outras pessoas não tivessem preconceito não só com a tuberculose, mas com as outras doenças quando a gente vê uma pessoa que está com não sei... Às vezes fica ali perto daquela pessoa e pensa logo que vai pegar, então é assim, as pessoas são muito preconceituosas, se todo mundo pensasse igual eu acho que era totalmente diferente, mas infelizmente não é assim, não porque eu falo assim não tem que pensar como eu, mas não ter o preconceito é... porque as pessoas tem um jeito diferente de pensar, um pensa de um jeito o outro pensa de outro, eu aprendi muito com essas doenças, aprendi a reconhecer muita coisa na minha vida que eu não reconhecia, que eu estava errado, eu pensava de um jeito e realmente é de outro jeito não é como a gente pensa eu aprendi, eu mudei muito depois que eu comecei a fazer esse tratamento que eu vi não é aquele bicho de sete cabeças que as pessoas acham, aprendi muito e hoje eu estou aqui graças a Deus não tenho preconceito de doença nenhuma, ajudo quem eu puder ajudar, quando falta o remédio dos outros pacientes eu cedo do meu depois eu pego de volta. Que bom poder ajudar os outros.

Entrevista 6

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Tuberculose é terrível, a gente se isola você fica muito fraco sem condições de trabalhar, não pode conviver diretamente com as pessoas, como se convive no dia-a-dia, quer se isolar para evitar a transmissão e tudo isso é terrível.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Após o tratamento, em dezembro ocorreu a falência, após três meses, no início foi muito mal e nunca tinha tido qualquer problema sério de saúde. Então isso me abateu muito, eu moro na casa da minha sogra, e tive que parar de trabalhar, e me senti um inútil e isso me abateu muito. Quando eu descobri que o tratamento não estava surtindo efeito, me senti pior ainda, cheguei até a chorar. Não sei nem explicar como eu estava me sentindo. Aí eu comecei outro tratamento do Esquema III, e por sorte, logo com um mês de tratamento, começou a dar negativo, para mim foi uma alegria, voltei a chorar, agora foi de alegria, quando eu vi que estava dando negativo. Minha rotina mudou completamente, tive que parar de trabalhar, me isolar das pessoas, sempre fui um cara muito ativo, sempre gostei de sair, andar. Quase não conseguia andar, eu sentia muitas dores nas articulações, no joelho, ombro, no quadril. Mudei completamente a minha rotina, só o fato de não poder mais trabalhar, é terrível. Senti muita falta dos amigos, pois poucos me visitavam. A gente se sente completamente fora do mundo, é muito difícil, muito complicado, principalmente os três primeiros meses. Eu tentei levar a vida normalmente na medida do possível.

3- Como se sente realizando este tratamento?

Eu me sinto bem mais confortável, pois é um tratamento que esta surtindo efeito, o primeiro que eu comecei teve falência e eu passei para este novo tratamento, Esquema III que começou a dar o efeito esperado. Estou me sentindo bem. Nesse período eu recuperei meu peso, eu havia perdido 8 kg. Foi surpreendente eu não esperava recuperar tão rápido.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Sim. Os contactantes não devem desistir nunca, tem que levar a sério o tratamento e que por mais que tenha o incentivo da família que reconheça que tem muitos que tem o apoio da família, como eu tive. Tem que levar a sério a questão em alimentação por que tem muita gente que enfraquece mais ainda, por que perde o apetite e acha que não deve comer por que perdeu o apetite. Eu procurei me alimentar sempre bem, passei até comer em horários que eu não era acostumado, e com toda certeza terá o resultado esperado.

Entrevista 7

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

O que significa para mim é difícil de explicar. Significa que eu tenho que fazer tratamento, não é? Pra mim é uma doença que é... que já foi muito ruim, mas acho que agora já está melhorando devido ao tratamento, então pra mim eu acho que é normal, hoje é normal não é como antigamente. Antigamente a pessoa tinha que se isolar, viver isolado da sociedade, até mesmo da família. Acho que pra mim hoje é normal a tuberculose.

2- Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Mudou minha rotina, eu mudei, antigamente era mais ruim, hoje ainda continua mas já tem tratamento. O médico disse que eu tinha que viver normal, só que a gente já sabe como é a tuberculose, sabe que ela é transmissível. Eu procuro evitar, eu já me aquieto mais, procuro até me afastar dos meus filhos, separo minhas vasilhas, não tusso perto deles, eu procuro evitar, não é porque o tratamento já está avançado (o seu tempo de tratamento) que eu vá abusar. Eu parei de trabalhar, quase não saio de casa, não pego sol, sereno, chuva, me alimento bem, só fico um pouco estressada depois do tratamento (pausa), eu me irrita muito, com facilidade, não sei se é da medicação, mas logo no início eu passei muito mal devido, eu acho, ao abalo dos remédios que são fortes, não é? Eu quase me entregava pra depressão, mas, agora já estou com quatro meses e estou bem. Eu também não me entreguei muito, eu procuro sair, conversar porque é muito ruim. Já pensou você não poder trabalhar? Meu tratamento é de um ano, ter que ficar só dentro de casa dependendo dos outros. Pra mim esse é o problema.

Meu marido está desempregado também, está doente da vista, não está enxergando nada, só o que eu acho ruim é por causa disso, porque eu não tenho de onde ganhar dinheiro, não tenho como, mas a minha família me ajuda e tem o benefício do meu marido. Eu nunca trabalhei de carteira assinada, sempre trabalhei na lavoura, só que agora onde eu moro virou uma área de indústria e todas as empresas são localizadas lá e quem vivia de lavoura ficou difícil agora porque não tem mais terra pra trabalhar, eu terminei apenas o segundo ano, não me qualifiquei em uma profissão, aí fica difícil. Eles estão acabando com as terras, virando cidade e não tem mais onde trabalhar. O médico diz pra eu ficar bastante de repouso, mas eu não posso ter um benefício porque nunca trabalhei de carteira assinada.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Eu me sinto bem, graças a Deus. Já fiz os exames, já deu tudo negativo, estou me sentindo bem, estou sendo bem atendida no posto saúde. Quando eu descobri que estava doente foi rápido o atendimento. Eu fiz primeiro seis meses de tratamento e não deu certo porque já estava é... (pausa) resistente, o bacilo, não é? Eu fiz o tratamento direitinho, tomei a medicação, só que eu facilitei: comecei a andar no sol, sereno, acho que foi por isso que eu não fiquei boa com seis meses, aí eu fui fazer o exame e deu de novo (escarro positivo), e eu tive que fazer outro tratamento (esquema III) de um ano para tuberculose. Comecei tomando dez comprimidos e mais uma injeção, são noventa injeções que eu vou tomar, mas agora já melhorou porque no início eu tomava a injeção todo dia, agora só tomo duas vezes por semana e já saíram quatro comprimidos, agora só tomo seis, mas eu estou tomando direitinho. No início dá vontade de desistir porque o abalo do remédio é demais, fazia muito mal, eu ia parar no hospital, minha pressão aumentava, me dava fraqueza, diarreia, foi muito ruim. No início desse tratamento eu só vivia jogada na cama, não tinha coragem pra fazer nada, agora não, agora já estou disposta, tenho até vontade de trabalhar, estou bem disposta mesmo.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Acho que mudou o modo de tratar a doença, porque antigamente era uma coisa do outro mundo, uma pessoa com tuberculose era isolada, não falava com ninguém, separava todas as vasilhas, até que o médico falou que não era necessário (separar as vasilhas), mas eu acho que mudou o tratamento, mas não mudou nada de antigamente e eu acho que a gente tem que se prevenir, prevenir os outros e eu procuro evitar porque têm pessoas que tem preconceito e o que mata mais é o preconceito, e a gente que tem tuberculose tem que evitar, aceitar que está doente, se cuidar e fazer a prevenção, não é só porque estou doente que vou querer levar alguém comigo, fazer com que aquela pessoa pegue, acho que está errada a pessoa que pensa assim, a gente tem que evitar contaminar os outros. Só acho que meu marido é muito cabeça dura, a assistente social conversa, mas ele não vem fazer o exame, ele acha que não pega e eu digo que pega sim, se o médico fala quem é você pra saber melhor que ele? E se você não quer se cuidar, mas eu quero! Quero ficar boa, mas ele não acredita nas coisas. Até hoje eu me pergunto como foi que eu peguei a doença. Conversando com a médica ela me disse que é hereditária porque parte da minha família já teve e não é do tempo, é de família mesmo, só que eu pensava que nunca ia pegar, tanto é que eu estava doente há muito tempo, desde março do ano passado. No final de 2004 eu bati uma chapa no hospital e deu que eu estava com uma lesão, só que tuberculose mesmo o médico disse que eu não tinha, não disse que eu teria que fazer logo o tratamento. Aí eu fui embora, mas eu já tinha essa dor na costa há muito tempo, depois foi aparecendo a tosse, só que eu fiquei cega porque não via o anúncio na TV falando sobre os sintomas da tuberculose, eu passei muito tempo para procurar o tratamento. Uma noite eu passei mal mesmo, não podia respirar aí eu cheguei ao médico e me deram rapidinho o encaminhamento pra eu fazer o exame de escarro, fiz e deu logo positivo, foi quando eu iniciei o tratamento que não deu certo, mas agora eu tenho certeza que está dando certo porque eu estou me sentindo bem, só tenho alteração de pressão, fico inchada e com dor nos ossos, mas eu vou chegar até ao final do meu tratamento, se Deus quiser, o pior já passou, já pensou eu parar e ter que começar de novo esse tratamento? Só eu sei o que passei.

Entrevista 8

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Significa (pausa). Na verdade, eu nunca pensei ter essa doença, acho que foi um descuido. Na verdade, quando eu soube que estava assim com a doença, meu mundo caiu. As pessoas ficavam dizendo olha: não tem mais cura; olha: vai morrer, isso, aquilo. Aí foi pé no chão, ir em frente e reagir, mas, quando eu soube meu mundo caiu, eu pensei que fosse partir dessa pra outra. Vamos em frente, mas não sei se dá pra reverter essa situação.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Cheio de regras! Regras para alimentação, tratamento, horários, mas, o convívio com amigos, a escola estão normais, tudo normal, mas com prioridade para as regras do tratamento, alimentação, dormir. Estou fazendo faculdade e continuo normal, tudo normal, só tenho que ter cuidado com a alimentação e fazer o tratamento regular com horário para os remédios, tudo direitinho, não faltar com a medicação. No mais, tudo normal.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Agora? Na verdade eu sou reincidente (recidiva). Então eu tomava, mas achava ruim principalmente nos primeiros seis meses, mas, agora já me acostumei, não me acostumei foi com a medicação por ela ser muito forte. Agora no segundo tratamento com duração de um ano é normal, eu me sinto bem, muito bem. A princípio as medicações incomodavam, sentia mal estar, enjôo, mas, tirando isso é só tomar e dormir, já não sinto mais nada. Já deu aquela fortificada, mas no começo foi um sacrifício porque eu sabia que tinha que tomar aquilo, que era pro meu bem então, era fechar os olhos e tomar.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Eu queria esquecer isso, apagar da minha vida, somente isso: não lembrar mais depois do tratamento que eu tive essa doença por falta de cuidados, descuido mesmo da minha parte. Eu queria apagar isso da minha vida, esquecer que tive que passar por isso. Só de lembrar o gosto do remédio eu passo mal. O cheiro do remédio está impregnado na água e até nos alimentos. Espero que este seja o último tratamento porque eu não agüento mais ter que passar por isso de novo.

Entrevista 9

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Como se diz (pausa) não representou nada porque isso que aconteceu comigo eu espero que nunca mais aconteça na minha vida. Hoje em dia eu não quero nem pensar nisso, o que eu passei muita gente hoje em dia também passa por isso. Serviu como lição pra eu parar de beber, de fumar. Eu fumava muito, parei com esse negócio de estar amanhecendo na rua, pra mim acho que foi a causa de eu ter tido esse negócio, essa doença que aconteceu comigo, mas, hoje em dia isso é passado e eu espero que nunca mais aconteça comigo.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Acho que mudou totalmente porque, quando eu comecei, quando eu adoeci não podia fazer nada, nada mesmo. Foi quando minha mãe me trouxe aqui no centro, aí eu comecei a fazer o tratamento, fui tomando os medicamentos certos, aí aquilo foi mudando, já comecei a ter apetite de comer porque eu não fazia mais isso, o que eu comia eu botava pra fora, aí eu não podia sair da cama, só vivia deitado. Quando eu comecei o tratamento já conseguia andar, já tinha um pouco de disposição para estar andando, dar uma volta, depois entrava em casa e tomava o meu remédio. E foi assim, foi mudando depois que eu comecei o tratamento, acho que mudou muito porque quando eu adoeci eu tinha uma namorada que até se afastou de mim por causa disso e quando eu comecei a melhorar disse pra ela que não dava mais certo porque a gente estava namorando e eu adoeci, estava num estágio que não conseguia nem me levantar e ela se afastou de mim, aí quando eu estava no meu tratamento certo eu disse pra ela que não dava mais porque ela não estava do meu lado. Os meus amigos, quando eu adoeci, a maioria dos meus amigos lá da rua ia me visitar, tinha vez que a mamãe os deixava entrarem, falar comigo. É como se diz, tem gente que fala que hoje em dia ninguém tem amigo, mas por uma parte eu tive amigos que iam me visitar, falavam comigo, passavam o dia todo comigo.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Acho que eu me sinto bem porque aquela vida que eu passei com essa doença (pausa). Acho que eu me sinto bem, já forte, já saio dou minhas voltas, agora tenho minha esposa e hoje em dia vivo bem com ela, continuo tomando meu remédio, estou vivendo a minha vida bem, graças a Deus. Eu me sinto bem, mas me assustei com tanto remédio. No início eu tomava o remédio com água e me sentia muito mal porque tinha que tomar quatro brancas e quatro vermelhas porque estava faltando um medicamento e eu tomava de meia dose. Os brancos eram muito ruins de engolir. No terceiro mês passei a tomar os remédios com leite aí melhorou, descia fácil e só tinham dois comprimidos vermelhos. No início da doença eu trabalhava no interior, trabalhava com produtos químicos e fumava, acho que foi por isso que eu adoeci. Cheguei doente em janeiro com febre, escarrando sangue e minha mãe me levou ao pronto socorro e lá bateram uma chapa que atestou a doença. Depois minha mãe me trouxe ao posto e eu fiz outros exames e comecei o tratamento. Graças a Deus estou bem.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Eu cheguei aqui doente e me trataram bem, me atenderam, fizeram o cartão pra mim, me consultaram e me deram o remédio. Acho que isso foi o mais importante porque me ajudaram nisso.

Entrevista 10

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Significa que eu abusei, não soube me cuidar, adorava estar saindo, me divertindo e fazendo excessos contra o meu corpo, como por exemplo, jogar bola na chuva, gripar várias vezes e não me cuidar. Foi disso que eu peguei a doença.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Muda muito. É muito chato porque a gente não pode fazer o que gosta, se divertir, sair. Tem também o problema de ter muitas crianças na minha casa e eu ter que me afastar delas para não passar a doença. No começo foi muito ruim porque eu já vinha me sentindo fraco, sem disposição, mas achava que era só gripe. Depois que eu já estava muito abatido é que achei que não era mais só uma gripe, aí procurei o posto, fiz os exames e deu positivo.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Me sinto bem mas no início foi difícil, muito difícil. No quinto dia do tratamento eu comecei a rejeitar os medicamentos, vomitava muito, tinha náuseas, foi muito ruim, mas eu vim ao posto de saúde e me deram remédios, me orientaram, me deram apoio, aí eu fui melhorando e aceitando a medicação. Hoje eu estou bem, já estou no quinto mês e me sinto bem, já tenho disposição, ganhei peso e estou pra ficar bom, mas não foi fácil, não foi fácil.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Comentário? É só um recado para os jovens como eu que adoram sair, cometer excessos. Eu adoeci por minha culpa, por não saber me cuidar. Digo que todos devem se cuidar pra não adoecerem porque só eu sei o que passei, foi muito difícil e eu não desejo isso a ninguém. A gente tem que ter responsabilidade senão sofre muito. É isso.

Entrevista 11**1-O quê significa para você estar com tuberculose?**

Significa tudo, né? Em primeiro lugar o preconceito porque logo quando eu soube que estava doente, quando o médico me falou eu logo me senti com vergonha, todo mundo me olhava diferente devido a máscara que eu usei durante muitos dias e eu me sentia com vergonha, todo mundo me olhando diferente, principalmente isso, né? Eu não me sentia tão preocupada com a doença, mas com o preconceito de muitas pessoas que diziam que se chegassem perto podiam se contaminar com a mesma doença. Às vezes o médico tentava conversar comigo pra dizer que não seria uma coisa tão grave assim, contaminar através dos pratos, das roupas ou até do contato físico, mas às vezes eu me preocupo muito porque muitas pessoas conversam comigo e dizem que na antiguidade aconteciam essas coisas, então eu me preocupo com isso, foi essa a minha preocupação, aí depois eu soube que os exames começaram a dar negativo e eu fui me aliviando, fui tirando tudo aquilo da cabeça, mas eu acho que cheguei perto de pegar uma depressão por causa disso, porque muita gente começava a falar coisas negativas e poucas pra falar de coisas positivas. O que aconteceu foi isso.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Ficou muito diferente assim, porque meu pai e minha família tiveram bastante cuidado comigo, aí eu tive que parar de fazer muitas coisas que eu gostava, tive que parar de andar no sol, na chuva, de ter o meu dia a dia mais normal, eu tive até que parar de estudar pra fazer o tratamento direito, parar de trabalhar, então foi bastante difícil. Graças a Deus eu

tive uma família que me deu bastante apoio, meu pai, meus tios e tias me deram bastante apoio e eu levei meu tratamento mais a sério por causa disso.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Eu me sinto muito satisfeita porque pra mim, logo no começo eu dizia que não chegaria até o fim, que eu não ia chegar até ao fim do tratamento porque quando o médico me falou que era bastante sério, que eu teria que tomar os medicamentos direito, eu dizia que não ia chegar até o fim porque assim...(pausa), às vezes eu me esqueço, às vezes por descuido... mas nessa parte a minha família deu muito em cima de mim pra eu não esquecer dos medicamentos, vir nas consultas certas, graças a Deus eu não faltei nenhuma consulta e também fiz todos os exames direito, vou fazer até o final bem direitinho pra eu conseguir a cura mais rápido. Então, eu me sinto muito feliz de estar até o final me sentindo muito bem, me sinto cem por cento recuperada. Logo no começo do tratamento eu estava vindo aqui no posto de dois em dois dias para tomar injeções, vitaminas porque eu fiquei muito fraca e debilitada mesmo, eu tinha que estar quase todos os dias aqui, os enfermeiros até já me conheciam, eu vomitava, tinha muita fraqueza, rodava a cabeça, aí eu ficava debilitada mesmo, de cama, palpitação, tudo isso eu sentia. Também fiquei muito assustada com o tanto de remédio que eu tinha que tomar.

4-Você deseja fazer algum comentário?

No momento eu acho que ainda não estou preparada pra isso, eu acho que primeiro tenho que terminar o tratamento e ver no que vai dar e depois eu pensar.

Entrevista 12

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Eu não esperava ter essa doença, eu nunca tive isso aí então, eu me sinto mal porque tiveram que fazer uma cirurgia enorme em mim (aponta uma extensa cicatriz de pleurotomia no lado direito). Antigamente eu só andava na rua sem camisa, agora não posso mais. Foi uma cirurgia pra tirar água da pleura. Fica difícil andar pela rua sem camisa com uma cicatriz enorme, foi muito péssimo, ficou muito feio.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Normal mesmo, porque ninguém sabia, quem sabia era somente o pessoal da minha família. Fica difícil falar para um amigo, nunca se sabe, ele pode espalhar. Só minha mãe e irmã é que sabem. Continuo fazendo tudo normal, não trabalho nem estudo e só saio pra me divertir.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Me sinto normal, só tenho que tomar os comprimidos. Agora eu gripei e estou com tosse, por isso vou ao médico para saber se continuo doente. Eu me senti muito bem depois do tratamento.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Não.

Entrevista 13

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

É muito triste, a gente se sente mal, é discriminado, as pessoas não falam comigo. Eu tenho um cunhado que na hora do almoço não quer que eu coma na mesa. Eu me sinto muito mal em viver com eles, eu queria ir embora, já pedi aqui no posto que me mandem de volta pra minha cidade. Tem outra coisa: a doença me apanhou de surpresa, eu tive uma febre, eu bebia e fumava muito e meu pai falava pra eu não beber que fazia mal, mas, sabe como é... influência dos amigos, amigos? Hoje não tem mais amigo, o amigo é o pai da gente. Então eu passei mal, a vista escurecia e me levaram pra unidade (em Mocajuba). Fiz um monte de exames, fiz exame pra saber se era doença do cachorro (calazar), fiz exame de tudo, mas não deu nada, mas eu fui ficando pior, já estava quase morto não podia andar só se me carregasse, aí fiz uma chapa (raios-x do tórax) e o doutor me disse que eu tinha uma mancha e me mandou pra Belém, foi que me trouxeram pra unidade, não podia nem pegar sol, tinha que vir de táxi, ainda hoje me canso muito. Agora eu me sinto feliz porque estão me cuidando bastante, me dão o remédio completo, mas tem vez que eu não tomo a injeção porque pra eu tomar lá onde eu estou parando (morando) tenho que pagar a pessoa pra poder me aplicar, porque é muito longe pra vir tomar na unidade e os motoristas não me deixam andar de graça nos ônibus, ontem mesmo eu tinha que vir falar com a médica e o motorista me fez descer. A pessoa doente deveria poder andar de graça, principalmente liberar a passagem quando a pessoa não tem trabalho nem dinheiro assim como eu. Agora mesmo o sol está quente e eu vou ter que voltar a pé pra casa, vou devagarzinho e levo uma hora pra chegar em casa.

Eu gostaria de ficar até o final do tratamento se eu tivesse uma casa pra ficar, mas onde eu moro não dá porque meu cunhado não gosta de mim, já me expulsou de casa e quis me bater. Agora eu estou ainda mais longe, na casa de um conhecido, é por isso que eu quero ir embora, estou assim, fraco e não posso me defender, ele pode até me matar. Eu já pedi minha transferência e parece que vão me dar na sexta-feira.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Eu não faço nada ainda porque não posso, eu tenho muita dor nas juntas, acho que é problema da doença, não posso fechar as mãos, carregar qualquer peso, me dói tudo. Eu fico deitado e as pessoas passando por debaixo da minha rede, quase me derrubando. Sou muito maltratado na casa da minha irmã, não durmo bem porque tem muito carapanã (mosquito) e ficam assistindo televisão até tarde e eu fico acordado, até que o sono chega, mas eu durmo pouco. É muito triste a vida desse jeito, não ter mãe é muito triste.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Eu me sinto melhor, ainda estou tossindo um pouco, acho que é devido ao sol. Eu vomitei sangue uma noite inteira, acho que foi uma comida muito salgada que eu comi. Eu escarrei sangue e fiquei mal, fiquei com medo e falei pra doutora, aí ela me mandou fazer o exame de escarro e já zerou (negativou). Já engordei, eu pesava 39 quilos e hoje estou com

43,700. Eu me sinto feliz, graças a Deus estou melhor, estão cuidando bem de mim, a equipe me trata bem, é bom dia pra cá, bom dia pra lá. O primeiro tratamento que eu fiz não deu certo, acho que isso foi uma recaída e eu não quero mais pegar essa enfermidade.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Não.

Entrevista 14

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Significa mudança. Desde quando eu descobri que tinha esse problema, até por que no começo não dava no exame de escarro, então eu iniciei o tratamento por prova terapêutica e antes disso eu sofri muito, porque eu ia no médico eu tinha os sintomas, mas no exame de escarro não aparecia, e tem as dores, tem a febre, eu tenho dois filhos pequenos aí complicou por que eu não posso trabalhar tenho que me resguardar, as vezes esforço eu não posso fazer, por que se fizer muito esforço dói, então muda toda a tua vida, muda toda a tua história, meus filhos as vezes olham assim, vêem que eu estou com dor, estou passando mal, não posso dar assistência a eles, aí eu tenho que apelar para a minha mãe ou para a avó deles, é complicado estar com essa doença. No começo tem a febre e as dores, mas depois a febre passa, mais aí tem as dores, entendeu? Se fizer um esforço maior você sente aquela dor e para, falta de ar, eu sinto falta de ar, eu varro a casa mais rápido, sinto aquela falta de ar e tenho que parar, as vezes eu busco ar e não consigo é um problema no teu pulmão né? É tipo uma ferida que fica aberta dói e se tu fizeres um esforço maior aí tu já sentes aquela dor e tem que parar, muda toda a tua rotina, todo o seu sistemático do dia muda, é complicado, preferia não estar com isso.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Tem aquele compromisso de tomar o remédio todo dia, em jejum. Trabalho, eu trabalhava com venda, então eu andava muito no sol, também gostava de sair, tudo isso eu tive que me privar disso, muito esforço físico eu não posso fazer, se tem alguma coisa que vai exigir muito esforço meu, seja no trabalho, ou seja, no dia a dia eu não posso fazer. Eu já estou no quinto mês de tratamento, mas o meu histórico lá no prontuário você pode verificar, que a febre passou, mas a dor não e é isso que complica, eu sinto dor ainda do mesmo jeito, o pulmão que estava lesionado é o direito e eu acredito que ainda esteja lesionado por que eu sinto dores, entendeu? Trabalho nem pensar, já apareceram oportunidades de emprego para mim, mas eu não posso pegar, lazer também só aquele lazer, bem light né? Nada que tenha que fazer esforço, casa, família eu procuro fazer as coisas mais leves, eu tenho a minha mãe que me ajuda, aí eu estou contando só com a ajuda do meu marido mesmo, eu não estou podendo fazer nada por causa dessas dores e pelo tratamento, que não pode pegar sol, não pode fazer muito esforço físico, sereno, chuva, nada disso, eu já fazendo o tratamento certinho, tomando os remédios procurando não fazer muitos esforços eu ainda sinto, sinto dores, ainda sinto as vezes aquele gosto saindo na boca de vez em quando vem, entendeu?

Isso tudo eu tenho falado, aí onde eu faço o tratamento eu tenho falado sobre isso, eu achava que deveria ser feito uma manutenção de pelo menos, são seis meses, né? No mínimo de tratamento, de dois em dois meses, para saber se o tratamento está fazendo

efeito, e se não está, por que no meu caso eu acho que tem alguma coisa complicando alguma coisa errada, por que as dores não passaram entendeu? E no nosso dia a dia sempre tem alguma coisa que vai exigir o teu esforço, imagina tu não pode varrer uma casa, carregar um peso que sente dor, não posso carregar meu filho por que dói, me dá falta de ar, complica.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Foi bom por que aliviou o sintomático, eu não sinto febre, é uma esperança que eu tenho de ficar boa, o tratamento, não é? Por que é a única forma da gente ficar boa é fazendo o tratamento, mas eu ainda tenho aquele medo de estar alguma coisa errada, assim, é ruim por que tu enfrentas preconceito das pessoas. Olha tem médicos, que pelo que eu fui informada é que no começo assim, corre o risco de contágio, mas que com quinze dias fazendo o tratamento já não têm, e um dia desses eu fui entrar no centro de saúde, e no prontuário estava escrito que era o meu quinto mês de tratamento e aí ela colocou uma máscara, sabe? Abriu a porta e eu me senti mal com isso, por nem eu que não sou pneumologista sei que com quinze dias já não oferece risco de contagem, estou errada? Não né? Aí as pessoas têm preconceito. Olha isso é uma doença que eu adquiri e eu não sei nem como, quer dizer que todo mundo está arriscado de pegar, então não sei como foi, simplesmente eu peguei e as pessoas agem com preconceito, até mesmo os próprios médicos que são pessoas que já estudaram, sabem quais são os riscos, fazem isso, é muito ruim esta com isso, justamente por causa do preconceito. Às vezes tu vais a um lugar, tu não pode ficar muito tempo numa fila, como foi, por exemplo, no caso da bolsa família que tem fila no sol, aí eu fui falar para a mulher que eu não poderia ficar no dia da inscrição que eu estava fazendo tratamento, não poderia pegar sol, para ela me passar, ela me passou, mas ela me expôs para todo mundo, aí o pessoal ficou me olhando meio torto assim, sabe? É por falta de informação, eu acho que deveriam informar, quando se falasse da tuberculose deveria informar que a pessoa que faz o tratamento correto, já com quinze dias não oferece mais o risco de contágio, por que a gente é visto assim como leproso eu acho, é horrível, horrível, essa é a parte ruim de todo tratamento, e a parte boa é a esperança de ficar boa, com os remédios, que dê resultado essa é a parte boa.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Eu acho que deveria ser feito uma manutenção melhor no tratamento, um controle maior, pois desde o começo eu venho me queixando sobre essas dores, né? Então no caso agora que eu senti muito forte que a doutora veio pedir um raio x que eu só consegui marcar para o dia cinco de setembro, podia ter uma coisa assim, para ser mais rápido, a pessoa que está fazendo tratamento de tuberculose de repente ela está sentindo uma dor mais aguda, ela tivesse como fazer o exame mais rápido, o raio x para saber o que está acontecendo, uma prioridade maior, é maior burocracia nesse centro de saúde! Aí levei o papel e a mulher disse: (eu com dor né?) volta só na terça, porque para deixar esse papel aqui tem que ser na terça, aí ela disse: bate uma xérox, agora você volta aqui com dez dias para saber se conseguiu marcar o raio x ou não, fui lá ontem e pegaram e só conseguiram marcar para cinco de setembro, quero ver se nesse período, se tiver alguma coisa errada, eu vou morrer por causa de um raio-x? E aqui eles acham que só deve ser feito o raio-x no final do tratamento e se a doença tiver progredindo e não regredindo, aí complica por que o tempo passou é um tempo maior e a tuberculose é tipo um bacilo que vai comendo mesmo o pulmão, então eu acho que há negligência nessa parte, eu acho que nessa parte deveria ser mudado, ter maiores prioridades, por que quando a pessoa se queixa assim de dor, a febre tudo bem que passou, mas a dor é normal? Não acho eu acho que pode ser normal até

o segundo, terceiro mês, sentindo uma dor, mas todo o tratamento sentindo aquele dor chata, enjoada, aquela falta de ar, aquela pontada, aquele aperto aí você fala para o médico, o médico não ter como te mandar fazer um raio-x para verificar o que está acontecendo se está surtindo efeito os remédios, eu acho que deveria melhorar nessa parte sabe?

Entrevista 15

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Foi um desastre! Essa doença é muito ruim de ter porque dá um medo horrível de ir pro buraco. Eu me senti assim: era como se eu estivesse morrendo porque estava perdendo as forças, a vida estava fugindo de mim, eu estava cada vez mais fraca, até que resolvi procurar o posto de saúde. Não é fácil ter essa doença, não é fácil.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Meu dia a dia é cheio de medo: medo de passar a doença para os outros, de não conseguir me curar e morrer. Estou sem trabalhar porque não posso ficar andando muito, pegando sol e chuva, então, fico em casa, até tento ajudar nos serviços de casa, mas me canso muito, aí fico deitada. É um dia a dia cheio de regras: é tomar o remédio na hora certa, não tossir perto dos outros, não pegar sol, chuva, comer bem, não pode isso, não pode aquilo. Eu tenho um grande medo de passar a doença pras pessoas, fico me perguntando quantos eu contaminei. Eu adoeci porque não me cuidava direito, pegava muito sol e comia muita besteira, aí fiquei doente. Meu medo é de passar a doença pra pessoas lá de casa, toda vez que alguém tosse eu penso: pronto, esse está doente e vai me culpar de estar doente! Eu até evito ficar perto dos outros, mas a casa não é muito grande e eu não tenho como me esconder mais do que eu já faço. Evito o contato, abraçar, chegar perto o máximo que eu posso. A família me apóia, cuida de mim graças a Deus, mas eu noto que eles também têm medo de ficar doente. Eu separei minhas coisas e noto que eles ficaram aliviados. Quando eu bebo água eles pegam logo meu copo, lavam e guardam logo nas minhas coisas pra ninguém tomar nada nele. Eu fico triste, mas acho que é a melhor coisa a fazer. É muito triste, eu me sinto frágil, mas tenho que me mostrar forte.

3-Como se sente realizando este tratamento?

O tratamento tem um lado bom e um lado ruim. O bom é que eu já consigo dormir porque quase não tusso mais e já estou recuperando as forças, mas é muito difícil tomar esses remédios direitinho como me falaram. As vermelhas até que descem bem, mas as brancas (pausa), essas são difíceis de engolir, graças a Deus que eu já estou terminando o segundo mês e me disseram que elas vão sair do tratamento. Quando eu tomo os remédios me sinto mal, fico mole e com vontade de deitar. No começo foi pior porque eu tinha enjôo, dor no estômago, cheguei a vomitar, mas depois passou. Hoje eu só tenho dor nas costas e cansaço, mas me disseram que é assim mesmo, que eu tenha paciência que depois melhora. Eu quase não consigo fechar as mãos por causa da dor nas juntas, às vezes eu tenho vontade de parar com os remédios, mas penso na minha família, em mim e assim vou levando, mas estou melhorando.

4- Você deseja fazer algum comentário?

Eu queria que o posto prestasse mais atenção na gente. Eu estava doente, fui várias vezes ao posto pra tirar uma ficha pro médico e não conseguia. Quando eu consegui não tinha material pra fazer o exame, aí eu passei mais quinze dias até conseguir fazer o exame. Depois que me deram o diagnóstico foi tudo bem, eles me tratam bem, mas eu conheço várias pessoas que tem tosse e digo pra eles procurarem o posto, mas eles dizem que tem muita burocracia pra conseguir o atendimento e eu acho que eles estão com a mesma doença. Se o posto facilitasse as coisas eu acho que eles procurariam logo e não tanto tempo depois de doente como eu.

Entrevista 16

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Significou muito, muito mesmo. A Senhora já pensou o que é um pai de família não poder trabalhar? É assim que eu me sinto: não tenho condições de sustentar minha família, graças a Deus que os meus irmãos me ajudam e eu vou levando. Espero ficar bom pra recuperar o tempo perdido. Essa doença acaba com a gente, deixa a gente assim, arrasado, com as pessoas olhando meio de lado como se eu tivesse com um mal terrível, não gostam nem de chegar perto.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Meu dia é parado porque não faço nada. Minha esposa diz que eu tenho que repousar e é só isso que eu faço, já estou enjoado de não fazer nada, já voltei a ter um pouco mais de disposição, mas tenho medo de facilitar e piorar, sabe como é (pausa), já facilitei uma vez e olha no que deu (pausa). Homem se acha forte e que a doença nunca vai lhe derrubar. A gente acaba aprendendo a lição na gente mesmo. A doença mudou a minha vida, sou uma pessoa diferente, acho que a gente precisa se cuidar e não abusar da vida, porque só temos essa. Pra mim foi um susto muito grande quando eu fiquei doente, a gente sempre conhece alguém que já teve essa doença, mas eu pensava que nunca ia acontecer comigo mas aconteceu, e agora, é lutar pra me livrar dela e esquecer. É muito triste não poder chegar perto dos filhos, ficar me controlando pra não tossir nem falar perto deles. Eu passo o dia todo só, acho que é melhor assim.

3-Como se sente realizando este tratamento?

O tratamento é muito bom, estou melhorando bastante comparando com o que eu estava. Eu acho que já estava doente há bastante tempo, sentia febre, dor na costa, mas, achava que era uma gripe, só que essa gripe não passava e eu fui piorando, emagreci, não comia e comecei a ficar fraco, aí procurei um conhecido que eu tenho na unidade de saúde e ele conseguiu uma ficha pra mim porque senão eu teria que ir de madrugada pra pegar uma ficha pro médico. Nosso bairro é pobre, tem muita gente e só esse posto, mas graças a Deus eu consegui e fui bem atendido, lá eles tratam a gente bem, orientam, dão o remédio, tudo direitinho.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Comentário? Espero ficar bom e também não ter passado essa doença pra ninguém. Não desejo ela pra ninguém, ninguém mesmo, depois, só quero esquecer e levar uma vida nova.

Entrevista 17

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Para mim foi um susto, né? Ninguém espera ficar doente ainda mais de uma doença no pulmão que pode acabar com a gente, né? Eu fiquei muito mal, enfraquecido e sem disposição para nada. Tinha febre, cansava fácil com qualquer coisinha e depois apareceu uma tosse que não me deixava dormir direito. Parecia que a cada dia eu ia ficando mais fraco e sem forças, logo eu que sou uma pessoa muito esperta e ativa, que gosto de levantar cedo e ir logo procurando o que fazer. O pessoal de casa já estava reparando na minha falta de iniciativa, de disposição, daí me aconselharam a procurar um médico no posto de saúde. Logo no início eu achei que era uma gripe mal curada e procurei tomar bastante limonada, mas não tive melhora e fiquei com medo de piorar ainda mais do eu já estava, daí eu fui bem cedinho pra fila e graças a Deus, consegui ser atendido no mesmo dia. Fui bem atendido, o médico fez umas perguntas, me examinou e pediu uma chapa do pulmão e o escarro, daí eu fiz logo o escarro, mas não consegui fazer a chapa porque não tinha vaga, só fiz depois de um mês, mas o exame do escarro deu positivo e eles começaram logo o meu tratamento.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Depois que eu comecei o tratamento tudo ficou muito bom. Com uns quinze dias eu já estava bem, parecia até que tinha voltado ao normal, minha disposição começou a voltar, a tosse diminuiu muito e eu já conseguia dormir, parecia um milagre, realmente esse tratamento é muito bom, exatamente como me falaram aqui no posto. Hoje já voltei a trabalhar, mas fiquei dois meses afastado do serviço esperando que o exame desse negativo. Estou no quarto mês desse tratamento que é de seis meses e estou contando os dias para voltar a ter uma vida normal, porque a gente é jovem e sente falta das diversões normais da idade, apesar de já me achar curado, pois não sinto mais nada. Só continuo com esse tratamento por insistência da minha mãe e porque aqui no posto a enfermeira me falou muito sobre o tempo de tratamento e que eu só vou ficar totalmente curado se fizer os seis meses e que se eu abandonar antes desse tempo vou ter uma recaída bem pior e com mais remédios pra tomar, e eu acredito mesmo no que ela disse por que até agora tudo vem acontecendo do jeito que ela me falou por isso ainda não faltei a nenhuma consulta e nem deixei de tomar os remédios. A enfermeira e todo o pessoal daqui atende a gente muito bem. Sempre converso com outros doentes e eles falam a mesma coisa. No mais, é só tomar o remédio todo dia, me alimentar bem, sair pra trabalhar, voltar pra casa e descansar e esperar o dia da cura.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Me sinto melhor a cada dia que passa. Graças a Deus não me senti mal com os remédios porque vi muita gente passando mal com esse tratamento, gente que até abandonou porque não agüentava mais passar mal. Eu não, não senti nada de ruim, só venho melhorando. Acho que ficar curado de uma doença como essa é como nascer de novo. É assim que eu

me sinto, estou muito ansioso para terminar logo e me livrar dessa obrigação e voltar a minha vida normal.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Apenas comentar que achei o serviço daqui muito bom, sou bem atendido e acho que foi esse atendimento, junto com o apoio da minha mãe que estão me ajudando a cumprir com o tratamento direitinho.

Entrevista 18

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Uma coisa inacreditável, eu nunca esperava que isso fosse acontecer comigo porque eu sou forte, me alimento bem, faço bastante exercício físico enfim, tenho uma vida bastante ativa, não entendo como é que eu fui adoecer. Para mim foi muito difícil acreditar e aceitar essa doença. Apesar de ter ouvido falar que algumas pessoas lá do quartel já tiveram essa doença eu nunca procurei me aproximar deles para saber alguma coisa e, realmente, eu nunca esperava ter que passar por isso, mas já estou resignado. Para mim está sendo muito difícil viver essa experiência, primeiro porque eu sou militar então a gente é logo afastado do trabalho e só pode voltar quando estiver curado, então eu estou parado, exclusivamente pra fazer o tratamento, fico em casa, me alimento, descanso e faço um ou outro serviço leve. Minha esposa não quer que eu faça nada, nem carregue peso que é pra não comprometer minha situação e acho que ela tem razão porque eu me canso facilmente. Também procurei separar minhas coisas e dormir em um quarto separado porque não quero passar essa doença pra ninguém lá de casa, evito ficar perto das minhas filhas e também não quero saber de visitas porque todo mundo fica perguntando sobre a doença e me olhando com cara de pena porque todo mundo que me conhece sabe que eu sou uma pessoa muito difícil de adoecer. Eu só vou em médico porque no exército é exigido um exame médico anual mas, tirando isso eu não tenho esse hábito, e agora estou estranhando muito essa fase mas estou me acostumando.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Meu dia a dia tem sido muito parado e isso me aborrece muito, tanto que eu tenho perdido a paciência facilmente com minha mulher e minhas filhas, coisas bobas me aborrecem, uma TV ou som um pouco alto ou uma discussão boba já me tiram do sério. Minha família tem sido muito paciente comigo, acho que é a doença que está me fazendo ficar assim com o pavio tão curto porque normalmente eu sou uma pessoa calma. Comentei sobre isso problema aqui no posto, mas me disseram que isso é normal, que depois que eu ficar curado tudo voltará ao normal. Espero que isso aconteça. Fora esses aborrecimentos, tenho levado uma vida quase normal, exceto pelo afastamento do trabalho e pela obrigação de tomar esses comprimidos todos os dias. No mais, tudo normal. Espero ficar logo bom e poder voltar a minha vida no quartel com meus amigos. Também espero poder voltar a praticar exercícios, jogar bola, correr, tudo que eu fazia antes de adoecer. Por enquanto não posso fazer nada disso.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Hoje eu já estou bem melhor se comparando com a minha situação dois meses atrás. Antes eu tinha febre e uma fadiga, uma mal estar que era uma coisa muito esquisita, a minha vontade era só ficar deitado, se eu não fosse muito forte me entregava mesmo e ia ficar só deitado. Agora não, já me sinto bem melhor apesar de que ainda me canso um pouco, basta eu subir uma escada ou limpar o pequeno jardim lá de casa pra eu já ficar sem fôlego. Me falaram que isso é da doença porque ela ataca o pulmão e a gente não consegue respirar direito. Acho que peguei essa doença lá no quartel mesmo porque de vez em quando aparecia alguém com tosse, mas a gente não ligava pra isso. Hoje eu consigo fazer essa ligação e agora vou ficar mais atento pra não adoecer de novo porque é uma situação muito ruim, vergonhosa mesmo, você pegar uma doença como essa que dá praticamente em pessoas muito pobres ou que não se cuidam direito e eu sempre me cuidei muito bem, mas, fazer o quê? O jeito é aceitar e ir levando o tratamento até o fim para ver se consigo ficar curado mesmo.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Não.

Entrevista 19

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Significa mais um problema na minha vida que é muito difícil. Este já é meu terceiro tratamento, estou fazendo esquema III de um ano. Nas outras duas vezes eu abandonei e agora o bacilo se tornou resistente, por isso que agora tenho que tomar tantos comprimidos e mais uma injeção. É muito difícil porque moro só e não tenho emprego. Tenho mãe em boa situação, mas ela não se dá bem comigo por causa da bebida, também tenho irmãos e ex-mulher, mas ninguém me ajuda, ninguém pergunta se eu estou precisando de alguma coisa. Não sei se vou conseguir levar esse tratamento até o fim, poucas pessoas que me conhecem desde pequeno é que me ajudam me dando um prato de comida ou um pacote de bolacha, e assim eu vou levando.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Eu não faço nada porque não tenho forças nem oportunidade de trabalho. Queria por um serviço de lava-jato (lavar carros), mas não tenho água encanada aqui em casa porque não tenho como pagar, então vivo da ajuda dos vizinhos e do pessoal aqui do posto. De manhã eu venho até aqui para tomar os remédios e tomar o mingau que oferecem. Aproveito para tomar bastante porque não sei se comerei outra vez. Converso com os colegas de tratamento e depois vou embora pra casa. O pessoal aqui do posto me dá umas sacolas com leite, nescau, neston, bolachas e alguns enlatados. Em casa eu não tenho como esquentar a comida, pois tenho o fogão, mas falta o botijão, então eu só como comida fria, mas é melhor que ficar com fome.

3-Como se sente realizando este tratamento?

No começo eu demorei muito pra melhorar, tinha muita tosse, mas agora já estou um pouco melhor, apesar do abalo que os remédios provoca, principalmente nos dias que eu não como. Às vezes me dá um tremor, uma fraqueza, parece que eu vou desfalecer, a vista escurece, fico tonto, aí tenho que me deitar pra não cair. Só tenho conseguido levar esse tratamento por insistência do pessoal daqui do posto, por mim eu já teria deixado de mão. Acho que o efeito do tratamento seria melhor se eu me alimentasse, veja meu corpo, estou muito magro, com os ossos aparecendo, não consigo engordar. É uma vida muito difícil.

4-Você deseja fazer algum comentário?

A bebida acaba com a gente. Eu adoeci por causa dela e também perdi tudo. Acho que não tenho mais volta.

Entrevista 20

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Uma coisa muito difícil de aceitar. São tantos problemas... Mais este! Não está sendo fácil. Na minha idade eu não esperava mais ter que passar por uma situação dessa: ter que separar minhas coisas dos meus filhos, escaldar, não chegar perto, porque eu não quero passar esse problema pra ninguém, já basta eu. Tenho me sentido muito triste porque não entendo como é que eu fui adoecer, eu me alimento bem, dentro das coisas que eu posso comer, pois sou diabética, mas, mesmo assim me alimento bem, meus filhos sempre estão preocupados comigo, vendo se não me falta nada, graças a Deus, então, não sei como é que eu fui pegar isso.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

Passo a maior parte o tempo descansando. Meus filhos não querem que eu faça nada. A minha filha vem me trazer de carro todos os dias pra tomar o remédio aqui no posto, depois me leva pra casa, aí eu fico só descansando, vendo televisão, lavo uma louça, dobro roupas e faço crochê pra me distrair. Não saio pra lugar nenhum, nem recebo visitas, só dos meus filhos. É uma vida meio chata, entediante, tem aquela obrigação de vir todos os dias ao posto e tomar esse monte de remédio, coisa que não é fácil, e ficar em casa esperando o tempo passar e a minha saúde voltar.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Como você acha que pode se sentir uma pessoa que toma 32 comprimidos por dia? Eu me sinto muito mal. Sou diabética, hipertensa, cardíaca e agora mais essa doença. Tomo vários remédios durante o dia, para todos esses problemas. Para piorar, depois que eu comecei a fazer o tratamento para essa doença me atacou o estômago e uma coceira muito grande em todo o corpo e só consigo tomar se tomar o remédio para o estômago e para alergia. No início eu vomitei muito, tinha tontura, mal estar, não conseguia ficar de pé e ainda tinha a coceira, aí eu fiz uns exames de sangue, aqui mesmo no posto e começaram a incluir mais estes dois remédios. Agora já estou um pouco melhor, mas ainda me sinto muito incomodada, tenho um calor nas pernas, parece que está queimando, tenho que andar de meias porque qualquer inseto me provoca alergia nas pernas. Minha melhora está sendo

muito devagar, às vezes tenho medo de não conseguir ficar curada, mas entrego nas mãos de deus. Meus filhos cuidam de mim, me vigiam para que eu não esqueça de tomar nenhum remédio e me alimente bem. Aqui no posto as pessoas são pacientes comigo e estão sempre prontas para me ajudar.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Só espero me livrar dessa doença o mais rápido possível, e esquecer esse triste episódio. Me sinto inferior por estar com essa doença, apesar de ter consciência que eu me cuido, me alimento direitinho. Eu pensava que essa doença só dava em pessoas muito pobres, mas não, agora que eu estou fazendo o tratamento aqui, já conheci vários doentes que tem situação financeira ou boa ou regular, então, hoje eu sei que ela não dá só em pobres, mas, mesmo assim, me sinto envergonhada e não gosto de falar sobre o meu problema, só com meus filhos que, graças a Deus não me discriminam.

Entrevista 21

1-O quê significa para você estar com tuberculose?

Foi um grande susto, né? Você está levando a sua vida normalmente, lutando, trabalhando e estudando para ter um futuro na vida e é pego de surpresa por uma doença tão grave. Para mim foi apavorante porque eu sempre ouvi falar que essa doença mata, que é muito grave, que pega, então no início, me deu muito medo, eu chorei, fiquei desesperada e depois fui me conformando com a situação. Agora já estou bem melhor, já tive muita das minhas dúvidas esclarecidas e já consigo dormir tranqüila, mas no início não foi nada fácil. Hoje eu posso dizer que a minha vida já está quase no rumo certo e vai voltar ao normal, se Deus quiser, depois que eu ficar boa dessa doença.

2-Descreva o seu dia a dia após o início do tratamento.

No momento eu estou de benefício e também parei com meus estudos na faculdade e estou ficando em casa. Venho ao posto uma vez por mês e hoje estou começando o meu segundo mês de tratamento. Acho que vou voltar ao trabalho daqui a um mês, mas não vou relaxar com o tratamento não. Eu trabalho em um banco, sou caixa e atendo todo tipo de pessoas e não posso trabalhar transmitindo a doença, tenho que esperar que meu exame dê negativo, também não estou estudando porque não tenho muito ânimo. Essa doença tira as forças da gente, dá vontade de ficar deitada o tempo todo. Agora eu já estou me sentindo melhor, mas antes de saber que estava doente já vinha me sentindo fraca, sem vontade de comer e depois apareceu uma tosse que foi o que me fez procurar o médico porque não dava pra atender os outros tossindo o tempo todo. Foi quando eu descobri que estava doente, aí vim encaminhada pra este posto pra iniciar o tratamento.

3-Como se sente realizando este tratamento?

Hoje, depois de um mês de tratamento já posso dizer que me sinto muito melhor, claro que ainda estou magra, com pouca disposição e ainda me canso com facilidade, mas sinto que estou melhorando. No começo foi difícil porque eu estava muito insegura, com medo de morrer, os remédios me faziam mal, eu ficava tonta e com vontade de vomitar, mas depois

passou e hoje tomo os remédios sem problema, apesar de achar que são muitos e as brancas não descem fácil, vão arranhando a garganta, mas já me orientaram que é só mais este mês com elas, depois ficarão só as vermelhas que são fáceis de engolir. Eu procuro me alimentar e descansar pra ver se fico logo boa e posso voltar a minha rotina. Espero conseguir dar conta do trabalho porque não está fácil conseguir emprego, vou me esforçar e espero que os colegas não me discriminem, que entendam que eu não estarei mais transmitindo a doença a ninguém. Sinceramente, eu tenho medo da reação deles, mas vou aguardar a hora de voltar pra ver como vou ser recebida. Eu acho que não devemos discriminar ninguém, principalmente quem trabalha em banco porque estamos sujeitos a pegar doenças, e eu acho que a minha eu peguei lá, afinal, a gente atende todo tipo de pessoas e não temos como saber quem está doente ou não, nossa função é atender a todos, daí que eu acho que pode acontecer com qualquer um, mas eu sou jovem e tenho fé que ficarei completamente boa.

4-Você deseja fazer algum comentário?

Acho que já falei tudo.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)